

OKTOBER 2024

accenture



INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET

EVALUERING AF RETTE TIL TO DØGNS BARSELSOPHOLD ELLER HJEMMEBESØG FOR FØRSTEGANGSFØDENDE

HOVEDRAPPORT



Læsevejledning

Evalueringen er struktureret i tre kapitler, som tilsammen analyserer og vurderer retten til to døgn barselsophold eller hjemmebesøg ved udskrivelse inden for 24 timer for førstegangsfødende, som har haft en ukompliceret fødsel.

Kapitel 1 består af en indledning, hvor baggrunden for retten og den metodiske ramme for evalueringen præsenteres.

Kapitel 2 indeholder to delkapitler: første del af kapitlet består af en analyse af kapaciteten på fødeområdet samlet set, herunder udviklingen i antallet af fødsler og de personalegrupper, der primært er tilknyttet fødeområdet. Kapitlets anden del beskriver og analyserer, hvordan retten til to døgn barselsophold eller hjemmebesøg for førstegangsfødende er implementeret og anvendes.

Kapitel 3 indeholder en vurdering af, i hvilket omfang retten lever op til formålet, hvorvidt der er variation forbundet med brugen af retten samt hvilke implikationer retten har for tilrettelæggelsen af arbejdet på fødestederne. Slutteligt præsenteres fremadrettede perspektiver, herunder spørgsmålet om udvidelse af retten til flergangsfødende samt indsatser, der potentielt kan bidrage til at styrke fødeområdet yderligere.

Der henvises gennem evalueringen til Appendiks, hvor metodevalg uddybes og supplerende materiale fremgår. Appendiks findes efter Kapitel 3.

I tillæg til nærværende rapport er der lavet en kort sammenfatning (Pixi), som opsummerer evalueringens hovedresultater.



INDHOLD

1. Indledning	4
2. Kapacitet og anvendelse	8
2.1 Kapaciteten på føde- og barselsgangene	9
2.1.1 Udvikling i antal fødsler	9
2.1.2 Udvikling i arbejdsstyrken	10
2.2 Implementering og anvendelsen af retten	16
2.2.1 Implementering af retten	16
2.2.2 Anvendelse af retten	19
3. Vurdering af retten og fremadrettede perspektiver	32
3.1 Anvendelsen af retten	33
3.1.1 Indfrielse af formålet ift. retten til to døgn barselsophold og hjemmebesøg	33
3.1.2 Variation forbundet med brugen af retten	34
3.1.3 Rettens indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet og prioritering af ressourcer	35
3.2 Fremadrettede perspektiver på den bedst mulige kapacitetsudnyttelse	36
3.2.1 Udvidelse af retten til flergangsfødende	36
3.2.2 Styrkelse af andre initiativer	37
Appendiks	41

1.

Indledning



Introduktion

Denne evaluering belyser fødeområdet i Danmark med afsæt i den politiske aftale 'En god start på livet'¹ fra maj 2022, hvor den daværende regering samt aftalepartierne bag finansloven for 2022 indgik aftale om at igangsætte initiativer for at forbedre forholdene på fødeområdet samt styrke kontinuitet og tryghed i svangeromsorgen.

Aftalepartierne besluttede bl.a. at alle fødesteder i Danmark, i løbet af 2022 og senest primo 2023, skulle implementere følgende tilbud til førstegangsfødende, som føder ukompliceret:

- Tilbud om to døgn's barselsophold efter fødsel samt
- Tilbud om hjemmebesøg ved udskrivning inden for 24 timer (typisk af en jordemoder, dagen efter udskrivelse).

Aftalepartierne udspecificerede ikke indholdet af de enkelte tilbud yderligere, hvilket i praksis har givet mulighed for lokal variation. Initiativet er en politisk aftalt ret, som er et tilbud til førstegangsfødende, der føder ukompliceret. Der er ikke tale om en patientrettighed i juridisk forstand, da retten ikke er lovbunden.

Evalueringen skal, sammen med Sundhedsstyrelsens *Kortlægning og analyse af normeringer på fødselsområdet*², danne fagligt grundlag for aftalepartiernes drøftelse af en yderligere styrkelse af fødeområdet i 2024.

Formål

Formålet med evalueringen er at analysere og vurdere implementering og anvendelse af retten til to døgn's barselsophold og hjemmebesøg blandt førstegangsfødende, som føder ukompliceret. Dette belyses ved undersøgelsesspørgsmålet:

I hvilket omfang og hvordan er retten til to døgn's barselsophold eller hjemmebesøg ved udskrivelse inden for 24 timer for førstegangsfødende implementeret i overensstemmelse med hensigten i fødselsaftalen, herunder hvorvidt bidrager retten til tryghed, støtte, faglig vejledning og ensartet kvalitet på tværs af landet?

Hertil præsenteres en række potentielle fremadrettede perspektiver på fødeområdet, som kan bidrage til en yderligere styrkelse af fødeområdet.

Proces for evaluering

Evalueringen er gennemført i perioden februar til oktober 2024. Forløbet er foregået i samarbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet med inddragelse af Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner.



¹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2022). *Aftale om udmøntning af midler til fødselspakken 'En god start på livet' mellem regeringen, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Alternativet og Kristendemokraterne.*

² Sundhedsstyrelsen (2024). *Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet.*

Metodisk tilgang

Implementering af retten blev påbegyndt i 2022 og 2023 på de fleste fødesteder, hvorfor der ikke har været mulighed for et helt opfølgingsår af tilbuddene på tværs af alle fødesteder. Samtlige fødesteder arbejdede fortsat med at implementere retten på tidspunktet, hvor dataindsamlingen fandt sted. Det er ikke usædvanligt, at politiske aftaler tager flere år at implementere i praksis, og derfor bidrager evalueringen med en undersøgelse af implementeringen og anvendelsen af tilbuddene på det stadie, implementeringen er på de enkelte fødesteder i foråret 2024. Evalueringen bidrager ikke desto mindre med vigtig læring og brugbare perspektiver fra de steder, der har færdigimplementeret tilbuddene og de, som er godt på vej.

Kvantitativ tilgang

Det kvantitative data er baseret på registerdata, som belyser udvikling i aktivitet og kapacitet, i perioden fra 2010 til 2023. Det varierer dog hvilke tidsperioder, som er anvendt i de kvantitative analyser, idet data enten ikke har været tilgængeligt eller muligt at opnå for den ønskede tidsperiode i samtlige analyser.

Der er beregnet proxyer for anvendelse af barselsophold og hjemmebesøg blandt førstegangsfødende ud fra data om indlæggelsestider og udekontakter efter fødsel. Der er usikkerheder ved beregning af disse proxyer, herunder at hjemmebesøg ikke er afgrænset til besøg af udvalgte faggrupper (fx jordemødre og sygeplejersker). Dette og andre usikkerheder er yderligere beskrevet i Appendiks 1 - Boks A.1 og Boks A.2.

Kvalitativ tilgang

De kvalitative interviews er gennemført som fokusgruppeinterviews og individuelle interviews med afdelingsledelse og fagpersonale fra fødeområdet samt førstegangsfødende, som har benyttet sig af tilbud om hjemmebesøg eller barselsophold. Interviewene er afholdt i foråret 2024 og bidrager med indsigter om årsager og sammenhænge, som supplerer det kvantitative data, men også selvstændige perspektiver, som ikke fremgår af det kvantitative data vedr. implementering og anvendelse af de to tilbud i perioden fra 2022 til foråret 2024.

Det formodes, at der i nogen grad er selektionsbias ifm. selektion af deltagerne på tværs af alle interviews, idet deltagerne selv har tilmeldt sig. Disse og andre usikkerheder er yderligere beskrevet i Appendiks 1 - Boks A.1.

Populationsafgræsning

I 2023 var der 57.880 fødsler i Danmark. Heraf var 21.919 førstegangsfødsler med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin (GA \geq 37 uger)³, svarende 37,8 pct. af alle fødsler. Ud af disse var 12.493 ukomplicerede fødsler og udgør 21,6 pct. ud af alle fødsler i Danmark. Det er denne population retten knytter sig til. Blandt denne population har ca. 2.000 til 4.000 et barselsophold på 0-24 timer, og disse er udgangspunktet for analyserne af udviklingen i antal hjemmebesøg⁴.

Ukomplicerede fødsler følger i denne rapport definitionen fra Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler⁵, hvilket vil sige fravær af følgende komplikationer: Akut kejsersnit, fødsel med kop eller tang, bristning grad III eller IV, episiotomi, blødning \geq 1000 ml eller et barn der har Apgar-score $<$ 9/5.

³ Gestationsalder (GA) er fosterets aktuelle alder. I denne evaluering inkluderes førstegangsfødende, med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin ved en gestationsalder på 37 uger eller mere (\geq 37).

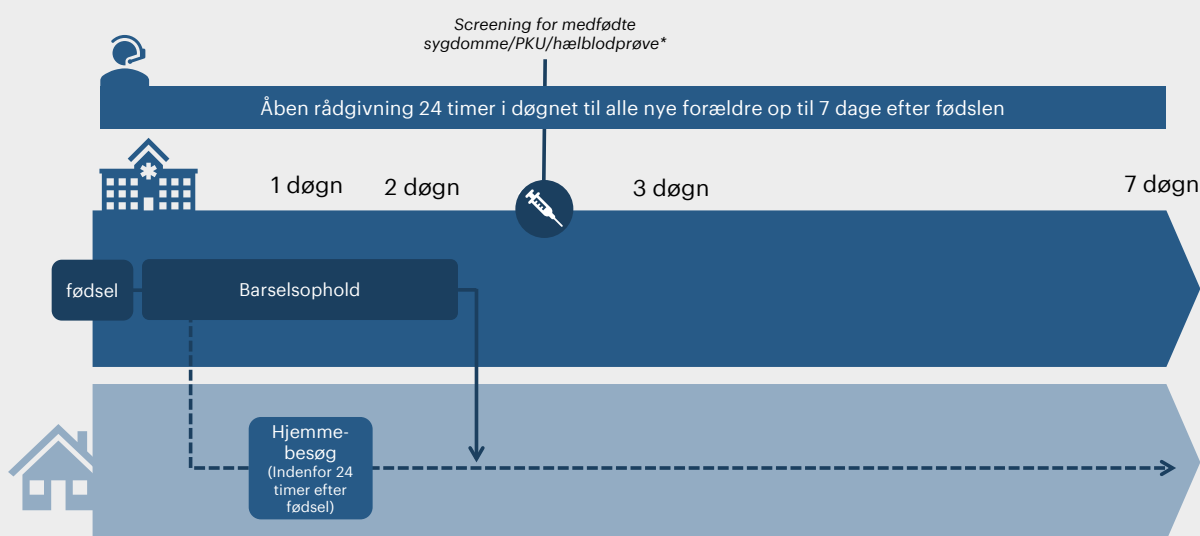
⁴ Denne populationsafgræsning er i overensstemmelse med fødselspakken 'En god start på livet' som tilsiger at tilbud om hjemmebesøg skal ske ved udskrivelse inden for 24 timer efter fødslen.

⁵ Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (2022). *Dataindberetning og datadefinitioner 2022*.

I afsnit 2.1 'Kapaciteten på føde- og barselsgangene' inddrages også data for flergangsfødende og komplicerede fødsler mhp. at få et mere fyldestgørende billede af den samlede aktivitet på fødegangene.

I Figur 1.1 illustreres patient-flowet for førstegangsfødende, som føder ukompliceret, og som gør brug af retten (yderligere beskrevet i Appendiks - Boks A.1). Af figuren fremgår det, at førstegangsfødende enten kan: fortsætte deres indlæggelse på fødestedet efter fødsel via tilbud om to døgn barselsophold eller slutte deres indlæggelse på fødestedet inden for 24 timer efter fødsel og gøre brug af tilbud om hjemmebesøg.

Figur 1.1 Patient-flow for førstegangsfødende som føder ukompliceret



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2022). Aftale om udmøntning af midler til fødselspakken 'En god start på livet' mellem regeringen, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Alternativet og Kristendemokraterne; Sundhedsstyrelsen (2022). Anbefalinger for svangreomsorgen; Sundhedsstyrelsen (januar, 2024). Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet.

Note: *Prøvetagning på barnet inkluderer screening for medfødte sygdomme, PKU og hælbloodprøve 48-72 timer efter barnets fødsel.

2.

Kapacitet og anvendelse



Dette kapitel består af '2.1 Kapaciteten på føde- og barselsgangene' som er baseret på kvantitative data, herunder data fra Sundhedsstyrelsens *Kortlægning og analyse af normeringer på Fødeområdet (efterfølgende: Normeringsanalysen)* fra januar 2024⁶ samt analyser baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsen. Kapitel 2.2 'Implementering og anvendelse af retten til to døgn's barselsophold eller hjemmebesøg' er baseret på kvantitative data fra Sundhedsdatastyrelsen samt kvalitative data bestående af individuelle interviews og fokusgrupper med afdelingsledelse, fagpersonale og førstegangsfødende.

2.1 Kapaciteten på føde- og barselsgangene

I det følgende skitseres udviklingen i aktivitet og personalekapacitet på fødegangene. Tilrettelæggelsen af kapaciteten på fødeområdet er kendetegnet ved, at patient-flowet er akut, hvilket stiller særlige krav til måden, hvorpå fødeafdelinger planlægger og anvender kapacitet.

Analyserne i kapitel 2.1 inkluderer alle fødsler, dvs. førstegang- og flergangsfødsler er inkluderet.

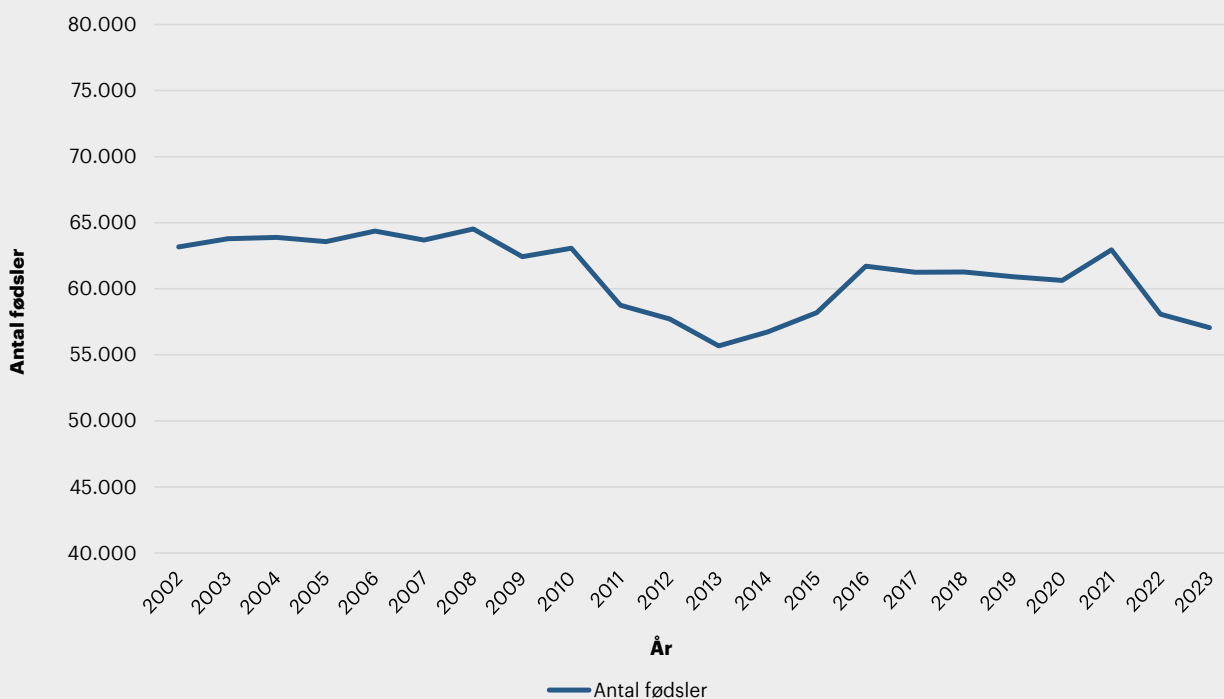
2.1.1 Udvikling i antal fødsler

Antallet af fødsler har været svagt faldende siden 2002

Overordnet har antallet af fødsler i Danmark været faldende fra 63.170 fødsler i 2002 til 57.055 i 2023, jf. Figur 2.1, om end med periodevis udsving. I 2013 var der færrest fødsler (55.686 fødsler).

I perioden for evalueringen (2010 til 2023) steg fødselstallet fra 2012 til 2016, stagnerede fra 2016 til 2021 og er faldet siden da.

Figur 2.1 Antal fødsler i Danmark, 2002-2023



Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (pr. 3. maj 2024) fra eSundhed.dk.

Note: Populationen dækker alle fødsler i Danmark.

⁶ Sundhedsstyrelsen (2024). *Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet*.



2.1.2 Udvikling i arbejdsstyrken

Følgende afsnit belyser aktiviteten i form af alle fødsler (herunder ukomplicerede og komplicerede fødsler) holdt op mod arbejdskraften på fødeområdet opgjort i antal årsværk i perioden fra 2010 eller 2012 til 2022⁷, jf. Appendiks - Boks A.4. Arbejdskraften på fødeområdet består primært af jordemødre, læger, sygeplejersker og SOSU-assistenters⁸.

Arbejdsstyrken på fødeområdet er samlet set steget

Af Tabel 2.1 fremgår udviklingen i antal årsværk blandt jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenters (tilknyttet fødeområdet) samt hver faggruppes procentvise bidrag til udviklingen i den samlede arbejdsstyrke bestående af de tre faggrupper fra 2010 til 2022. Hver faggruppes bidrag er vægtet efter hver faggruppes andel af den samlede arbejdsstyrke i 2010⁹. Ligeledes fremgår udviklingen i antal årsværk samt en procentvis ændring i antal årsværk blandt læger (tilknyttet det obstetriske- og gynækologiske område) fra 2010 til 2022.

Samlet set er arbejdsstyrken bestående af jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenters steget fra 2.224 til 2.525 årsværk fra 2010 til 2022, svarende til en stigning på 14 pct, jf. Tabel 2.1. Udviklingen skyldes en stigning i antallet af årsværk blandt jordemødre, der er større, end faldet i antallet af årsværk blandt sygeplejersker og SOSU-assistenters tilsammen. Nedenfor afrapporteres resultater for jordemødre og læger, og i Tabel 2.1 ses resultaterne for alle faggrupperne.

⁷ Data for 2023 er ikke medtaget, da det ikke var inkluderet i det udleverede dataudtræk fra Sundhedsstyrelsen, hvilket skyldes at data er genanvendt fra Normeringsanalysen.

⁸ 'Andre' faggrupper er ekskluderet fra denne analyse, da der indgår 70+ stillingsbetegnelser, hvoraf størstedelen ikke har relevans for analysen. I Normeringsanalysen, fremgår alle stillingsbetegnelser for 'andre'.

⁹ Vægtning refererer til en metode, hvor man giver forskellige elementer forskellige grader af betydning, baseret på en bestemt faktor. I dette tilfælde er hver faggruppes bidrag vægtet efter deres andel af den samlede arbejdsstyrke i 2010. Det betyder, at faggrupper, som udgjorde en større del af arbejdsstyrken, får en større vægt i beregningerne, mens faggrupper med en mindre andel får en tilsvarende mindre vægt. Dette sikrer, at resultaterne afspejler den faktiske sammensætning af arbejdsstyrken fra det pågældende år.

- *Jordemødre*: I perioden fra 2010 til 2022 er antallet af jordemødre (årsværk) steget med 499. Dermed har udviklingen for antal jordemødre (årsværk) bidraget med en stigning på 22 pct. til den samlede udvikling i antal årsværk i arbejdsstyrken (minus læger).
- *Læger*: I perioden fra 2010 til 2022 er antallet af læger (årsværk) steget med 111. Dermed er antal læger (årsværk) steget 28 pct. i perioden.

Tabel 2.1 Udvikling i andelen (pct.) af årsværk for hver faggruppe ud af den samlede arbejdsstyrke, 2010-2022

Faggruppe	2010	2022	Procentvis ændring i arbejdsstyrken**
Samlet antal (minus læger)*	2.224	2.525	14 pct.
Jordemødre	1.209	1.708	22 pct.
Sygeplejersker	738	645	- 4 pct.
SOSU-assistenters	278	172	- 5 pct.
Læger	397	508	28 pct.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (pr. januar 2024)

Note: Faggrupperne er opgjort i årsværk. Et årsværk svarer til 1.924 timer på et kalenderår.

*Arbejdsstyrken for læger er opgjort for hele det gynækologiske- og obstetriske område, mens resterende faggrupper er opgjort for fødeområdet. Læger indgår derfor ikke i totalen. 'Andre' faggrupper er ekskluderet fra denne analyse, da der indgår 70+ stillingsbetegnelser, hvoraf størstedelen ikke har relevans for analysen. I Normeringsanalysen, fremgår alle stillingsbetegnelser for 'andre'¹⁰.

**Den procentvise udvikling i jordemødres, sygeplejerskers og sosu-assistenters årsværk er vægтет i forhold til deres andel af arbejdsstyrken i 2010, for at udregne deres respektive bidrag til den samlede stigning i arbejdsstyrken på 14%.

De primære faggrupper på fødeområdet har færre fødsler per årsværk over tid¹⁰

Antallet af fødsler per faggruppe er en proxy for den samlede aktivitet på fødeområdet, herunder også den aktivitet, der går ud over selve fødslen, ligesom faggrupperne varetager opgaver før og efter fødslen, jf. Appendiks - Boks A.4. Ifølge Autorisationsloven¹¹ og Normeringsanalysen¹², varetager jordemødre ukomplicerede fødsler, men bistår også ved komplicerede fødsler. Foruden jordemødre udgør sygeplejersker og SOSU-assistenters de primære faggrupper på fødeområdet. Der kan være opglidning på tværs af disse faggrupper.

I perioden 2010 til 2022 har jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenters på fødeområdet færre fødsler per årsværk, jf. Figur 2.2.

- *Jordemødre*: I perioden fra 2010 til 2022 er antal fødsler per jordemoder (årsværk) faldet fra 52 til 34, hvilket dækker over et markant fald fra 2010 til 2012 (fra 52 til 43), og et mere stabilt fald med mindre periodevise udsving fra 2013 til 2022 (fra 39 til 34).
- *Jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenters (samlet)*: I perioden fra 2010 til 2022 er antal fødsler per årsværk faldet nogenlunde stabilt fra 28 til 23.

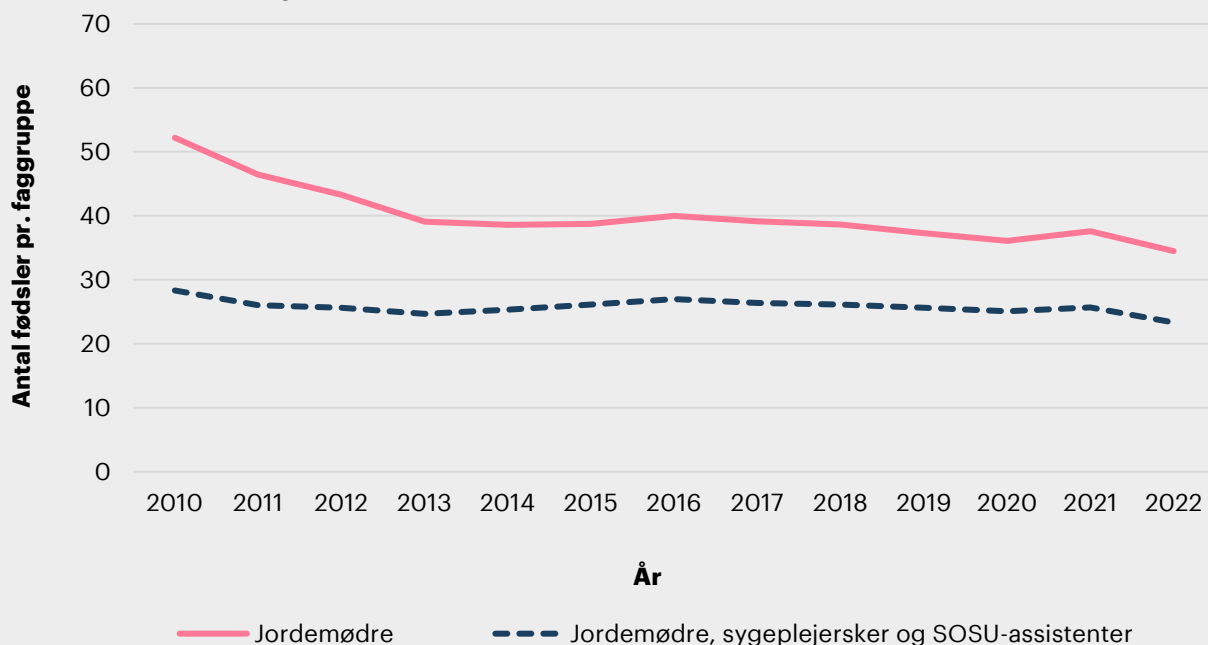
¹⁰ Sundhedsstyrelsen (2024). *Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet*. Se yderligere information om 'andre' faggrupper på side 50 (Tabel B2) i referencen.

¹¹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024). *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*.

¹² Sundhedsstyrelsen (2024). *Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet*.

Figur 2.2

Udvikling i antal fødsler per årsværk (for hhv. jordemødre samt jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenters samlet) tilknyttet til fødeområdet, 2012-2022



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (pr. januar 2024) og det Medicinske Fødselsregister (pr. 19. maj 2024) fra eSundhed.dk

Note: Faggrupperne er opgjort i årsværk. Et årsværk svarer til 1.924 timer på et kalenderår. Populationen afviger fra analyserne af ukomplicerede førstegangsfødsler, da alle fødsler er medtaget, og der ikke er lavet nogen form for populationsafgrænsning.

Antal komplicerede fødsler per årsværk er næsten uændret over tid

Antallet af komplicerede fødsler er en proxy for den aktivitet, der vedrører komplicerede fødsler, jf. Appendiks - Boks A.4. Ifølge lovgivningen på fødeområdet skal en jordemoder henvise til eller tilkalde en læge ved komplicerede fødsler¹³ og jordemødre skal bistå lægen og evt. fortsætte behandling efter komplikationer. Læger og jordemødre varetager arbejdet med komplicerede fødsler i samarbejde med SOSU-assistenters og sygeplejersker, hvor der kan være opgaveglidning på tværs af faggrupperne.

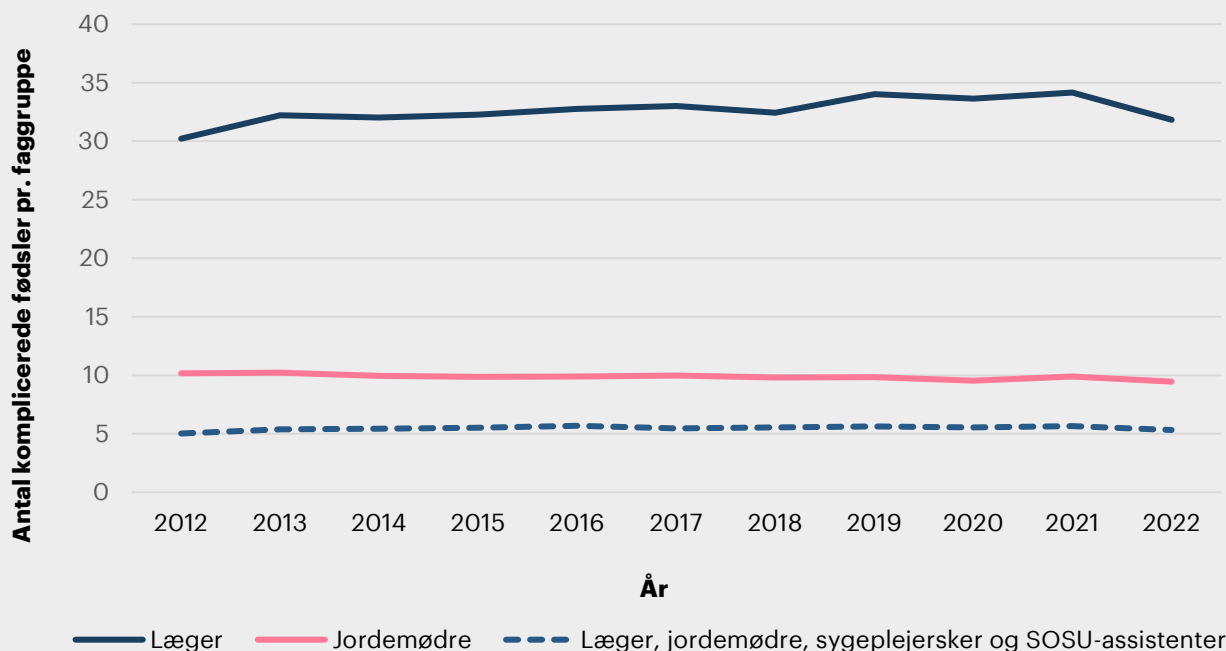
Overordnet er antallet af komplicerede fødsler per jordemoder (årsværk) og per læge, jordemoder, sygeplejerske og SOSU-assistent samlet (årsværk) nogenlunde uændret i perioden, mens antallet af komplicerede fødsler per læge (årsværk) er steget svagt i perioden fra 2012 til 2022, jf. Figur 2.3. Det bemærkes, at arbejdsstyrken af læger er opgjort på et højere afdelingsniveau end jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenters, hvilket betyder, at lægerne i denne opgørelse har andre opgaver end på blot fødeområdet.

- **Læger:** I perioden fra 2012 til 2022 er antal komplicerede fødsler per læge (årsværk) steget svagt fra 30 til 32 med mindre periodevise udsving.
- **Jordemødre:** I perioden fra 2012 til 2022 er antal komplicerede fødsler per jordemoder (årsværk) stort set uændret (fra 10 til 9).
- **Læger, jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenters (samlet):** I perioden fra 2012 til 2022 er antal komplicerede fødsler per årsværk samlet set uændret (5).

¹³ Sundhedsstyrelsen (2001). *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.* VEJ nr. 151 af 08/08/2001. Tilgået d. 4.6.2024 via: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2001/151>

Figur 2.3

Udvikling i antal komplicerede fødsler per årsværk (for hhv. læger tilknyttet det obstetriske- og gynækologiske område samt jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenten tilknyttet fødeområdet), 2012-2022



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (pr. januar 2024) og det Medicinske Fødselsregister (pr. 14. april) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Faggrupperne er opgjort i årsværk. Et årsværk svarer til 1.924 timer på et kalenderår. Kompliceret fødsel er defineret ved at mindst én af de nævnte komplikationer eller indgreb er forekommet: Akut kejsersnit, fødsel med kop eller tang, bristning grad III eller IV, episiotomi, blødning ≥ 1000 ml eller et barn, der har Apgar-score $< 9/5$.

Antal ukomplicerede fødsler per jordemoder er faldet og uændret for de øvrige faggrupper

Antallet af ukomplicerede fødsler er en proxy for aktiviteten inden for ukomplicerede fødsler, jf. Appendiks - Boks A.4. Jordemødre varetager selvstændigt arbejdet med ukomplicerede fødsler med assistance fra sygeplejersker og SOSU-assistenten og har udvidet forbeholdt virksomhedsområde, som følger af Autorisationsloven¹⁴ og Styrelsen for Patientsikkerhed¹⁵.

Overordnet er antallet af ukomplicerede fødsler per jordemoder svagt faldende i perioden fra 2012 til 2022, mens antallet af ukomplicerede fødsler per jordemoder, sygeplejersker og SOSU-assistenten samlet er uændret i samme periode, jf. Figur 2.4:

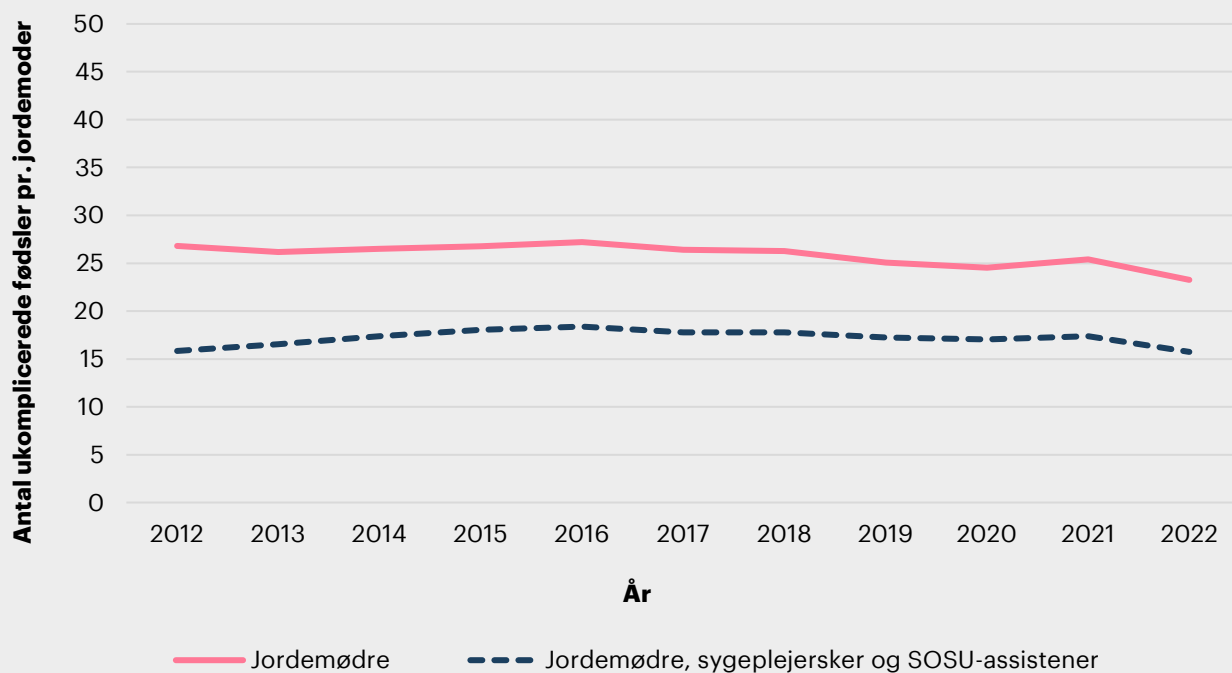
- *Jordemødre:* Fra 2012 til 2022 er antallet af ukomplicerede fødsler per jordemoder faldet fra 27 til 23, dog med periodevise udsving.
- *Jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenten (samlet):* Fra 2012 til 2022 er antallet af ukomplicerede fødsler per årsværk uændret (16), dog med mindre periodevise udsving.

¹⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024). *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*.

¹⁵ Styrelsen for Patientsikkerhed (2024). *Udvidet forbeholdt virksomhedsområde for jordemødre*. Kan tilgås via: <https://stps.dk/sundhedsfaglig/ansvar-og-retningslinjer/sundhedsfaglig-vejledning/udvidet-forbeholdt-virksomhedsomraade-til-jordemodre>

Figur 2.4

Udvikling i antal ukomplicerede fødsler per årsværk for hhv. jordemødre samt jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenter samlet tilknyttet til fødeområdet, 2012-2022



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (pr. januar 2024) og det Medicinske Fødselsregister (pr. 14. april) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Faggrupperne er opgjort i årsværk. Et årsværk svarer til 1.924 timer på et kalenderår. Kompliceret fødsel er defineret ved at mindst én af de nævnte komplikationer eller indgreb er forekommet: Akut kejsersnit, fødsel med kop eller tang, bristning grad III eller IV, episiotomi, blødning ≥ 1000 ml eller et barn, der har Apgar-score $< 9/5$.

OPSUMMERING - Kapaciteten på føde- og barselsgangene

- Antallet af fødsler i Danmark er i perioden fra 2002 til 2023 faldet fra 63.170 til 57.055, svarende til et fald på 6.115 fødsler. I perioden var der i 2013 færrest fødsler (55.685).
- Arbejdsstyrken på fødeområdet er samlet set steget i perioden fra 2010 til 2022. Stigningen i antallet af jordemødre (årsværk) er større end faldet i antallet af sygeplejersker og SOSU-assistenters (årsværk) ud af den samlede arbejdsstyrke. Antallet af læger (årsværk), inden for det obstetriske- og gynækologiske område, er ligeledes steget.
- Antal fødsler per jordemoder samt jordemødre, sygeplejersker og SOSU-assistenters samlet har været faldende i perioden fra 2010 til 2022.
- Ved inddeling efter ukomplicerede og komplicerede fødsler holdt op mod faggrupperne på fødeområdet, er forholdet stort set uændret i perioden fra 2012 til 2022.

2.2 Implementering og anvendelsen af retten

Kapitel 2.2 omhandler implementering og anvendelse af retten til to døgnbarselsophold eller hjemmebesøg ved udskrivelse inden for 24 timer.

I første delafsnit '2.2.1 Implementering af retten' behandles den nuværende udbredelse af retten på tværs af regionerne, herunder gennemførte tiltag for at understøtte implementering samt oplevede barrierer. I andet delafsnit '2.2.2 Anvendelse af retten' præsenteres og analyseres fund fra dataanalyser vedr. udvikling i barselsophold og hjemmebesøg i perioden fra 2012 til 2023. Hertil inddrages resultater fra interviews ift.:

- Kendskab, efterspørgsel og kommunikation af retten
- Karakterisering af førstegangsfødende, som anvender retten til hhv. barselsophold eller hjemmebesøg
- Rettens indfrielse af formålet, jf. aftaleteksten
- Forvaltning af retten ift. tilrettelæggelsen af arbejdet og prioritering af ressourcer.

2.2.1 Implementering af retten

Status på implementering af retten til to døgnbarselsophold eller hjemmebesøg er afdækket ved kvalitative interviews, hvor alle fødesteder i Danmark er repræsenteret, jf. Appendiks - Boks A.1.

Status på implementering af retten er foretaget ud fra følgende definitioner:

- 'Fuldt implementeret': Alle fødesteder tilbyder retten.
- 'Delvist implementeret': Et eller flere fødesteder tilbyder retten.
- 'Ikke implementeret': Ingen fødesteder tilbyder retten.

For barselsophold betyder 'Fuldt implementeret', og 'Delvist implementeret' at fødestederne (henholdsvis alle fødesteder eller et eller flere fødesteder) organisatorisk har implementeret retten, men at der undtagelsesvist, fx i tilfælde af fuld kapacitet, udskrives førstegangsfødende, som føder ukompliceret og ønsker barselsophold, inden for to døgn.

For hjemmebesøg betyder 'Fuldt implementeret' og 'Delvist implementeret', at fødestederne (henholdsvis alle fødesteder eller et eller flere fødesteder) tilbyder minimum ét hjemmebesøg, når førstegangsfødende, som føder ukompliceret, udskrives inden for 24 timer efter fødsel. Hertil bemærkes at telefonisk eller virtuel rådgivning fra barselsafsnit i de første syv døgn efter fødsel ikke anses som hjemmebesøg.

Retten til to døgnbarselsophold er fuldt implementeret på 19 ud af 20 fødesteder, mens hjemmebesøg er fuldt implementeret på 13 ud af 20 fødesteder

Retten til to døgnbarselsophold kan efter ovenstående definition kategoriseres som fuldt implementeret i Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Hovedstaden, mens Region Sjælland delvist har implementeret retten på tidspunktet for evalueringen. Region Midtjylland havde allerede tilbuddet før 2022, mens Region Syddanmark, Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden havde tilbud af kortere varighed. For hjemmebesøg gælder det, jf. definitionen, at retten er fuldt implementeret i Region Syddanmark og Region Midtjylland, mens Region Nordjylland og Region Hovedstaden delvist har implementeret retten, og Region Sjælland ikke har implementeret retten på evalueringstidspunktet. En del af de fødesteder, som tilbyder retten, har udvidet med et ekstra hjemmebesøg (typisk på dag 3) ifm. prøvetagning på barnet¹⁶.

¹⁶ Sundhedsstyrelsen (2022). *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. Prøvetagning på barnet inkluderer screening for medfødte sygdomme, PKU og hæmblodprøve 48-72 timer efter fødsel.

De regionale variationer i implementering kan dels forklares af, at fødestederne havde forskellige efterfødselstilbud før retten blev indført i 2022, herunder stor variation i længden af barselsophold samt hvorvidt de tilbød hjemmebesøg, og dels hvilken tilgang de har haft til implementeringen af retten.

Tabel 2.2 viser et overblik over status på implementering af retten for hhv. to døgns barselsophold og hjemmebesøg, ved udskrivelse inden for 24 timer, samt tilbud før retten i hver region.

Tabel 2.2 Status på implementering af retten på tværs af regioner (forår 2024)

Region	To døgns barselsophold	Hjemmebesøg ved udskrivelse inden for 24 timer	Tilbud før retten
Syddanmark	Fuldt implementeret (4 ud af 4 fødesteder)	Fuldt implementeret (4 ud af 4 fødesteder)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle fødesteder tilbød barselsophold i ca. et døgn. • 1 ud af 4 fødesteder tilbød hjemmebesøg.
Midtjylland	Fuldt implementeret (5 ud af 5 fødesteder)	Fuldt implementeret (5 ud af 5 fødesteder)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle fødesteder tilbød barselsophold i min. to døgn • 2 ud af 5 fødesteder tilbød hjemmebesøg.
Nordjylland	Fuldt implementeret (3 ud af 3 fødesteder)	Delvist implementeret* (2 ud af 3 fødesteder)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle fødesteder tilbød barselsophold af varierende længder. • 1 ud af 3 fødesteder tilbød hjemmebesøg.
Sjælland	Delvist implementeret* (2 ud af 3 fødesteder)	Ikke implementeret (0 ud af 3 fødesteder)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle fødesteder tilbød barselsophold af varierende længder. • Ingen fødesteder tilbød hjemmebesøg.
Hovedstaden	Fuldt implementeret (5 ud af 5 fødesteder)	Delvist implementeret (2 ud af 5 fødesteder)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle fødesteder tilbød barselsophold i ca. et til to døgn. • 1 ud af 5 fødesteder tilbød hjemmebesøg.
Alle regioner	Fuldt implementeret (19 ud af 20 fødesteder)	Fuldt implementeret (13 ud af 20 fødesteder)	<ul style="list-style-type: none"> • Varierende længde barselsophold. • 5 ud af 20 fødesteder tilbød hjemmebesøg.

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper) og afdelingsledelse (20 individuelle interviews), forår 2024.

Note: Der er 22 fysiske fødesteder i alt i Danmark, men 20 organisatoriske fødesteder. Det skyldes, at der er to fødesteder, som hver har to lokationer, hvorfor dataindsamlingen bygger på interviews med 20 fødesteder.

*I Region Sjælland er tilbud om to døgns barselsophold 'Delvist implementeret', idet ét fødested tilbyder retten i det omfang det er muligt og tilstæber at tilbyde to døgns barselsophold. Region Sjælland har i forbindelse med høringsrunde af denne rapport præciseret, at alle førstegangsfødende tilbydes indlæggelse og at alle, der udskrives før de to døgn er gået, udelukkende bliver udskrevet, såfremt de er trygge ved situationen.

Forskellige årsager bidrager til variation i implementering

På tidspunktet, hvor evalueringen blev gennemført, havde stort set alle fødesteder, implementeret ret til to døgns barselsophold, mens implementeringen af hjemmebesøg på undersøgelsestidspunktet var mere spredt.

I Tabel 2.3 er de væsentligste årsager til variation i implementering opsummeret på tværs af fødesteder. Foruden de nævnte årsager til variation i implementering af tilbuddene, er fødeområdet karakteristika som værende et akutområde ligeledes en vigtig faktor, som betyder, at ingen fødesteder altid kan garantere hverken to døgn barselsophold eller hjemmebesøg.

Tabel 2.3

Væsentligste årsager til variation i implementering af retten til to døgn barselsophold og hjemmebesøg for førstegangsfødende, som føder ukompliceret

ÅRSAGER TIL VARIATION I IMPLEMENTERING	
Fleksibilitet	Fleksibilitet til implementering af retten: Idet der ikke har været udformet konkrete retningslinjer for implementering og forvaltning af retten, har fødestederne haft fleksibilitet til at implementere retten.
Fødestedets udgangspunkt	Tilbud før retten: Fødesteder, der allerede havde tilbud om både barselsophold og hjemmebesøg, har haft lettere ved implementeringen, da det har krævet færre justeringer i forhold til eksisterende praksis. Kapacitetsmæssigt udgangspunkt: Fødestederne har haft forskellige udgangspunkter ift. fysisk kapacitet og personaleressourcer. Flere fødesteder har oplevet udfordringer med implementeringen af retten til barselsophold grundet udfordret kapacitet, mens andre fødesteder har oplevet at mangle personaleressourcer for at implementere retten til barselsophold og hjemmebesøg, jf. Appendiks – Boks A.5.
Forskelle i optageområde	Diversitet i population af fødende: Fødesteder har oplevet, at diversitet i populationen af fødende har haft indflydelse på, hvilke tilbud der er meningsfulde at implementere. Fx har nogle fødesteder, som ikke har implementeret retten til hjemmebesøg, fremhævet at det skyldes relativt få førstegangsfødende eller ingen eller lav efterspørgsel efter hjemmebesøg, hvorfor fødestederne ikke har fundet det ressourcemæssigt meningsfuldt at implementere hjemmebesøg af hensyn til personaleressourcer. Geografi ift. hjemmebesøg: Flere fødesteder har vurderet det ressourcemæssigt ineffektivt for fødestederne at implementere hjemmebesøg ved lange geografiske afstande til borgere uden for storbyerne. Ved korte afstande i storbyerne kan trafikale forhold være udfordrende. På den baggrund, har flere fødesteder ikke implementeret retten til hjemmebesøg.
Variierende tilgang til implementering	Forskellig tilgang til implementering på tværs af regioner: Alle fødesteder har ansat mere personale, jf. Fødselsaftalen 'En god start på livet', hvor der blev afsat yderligere 100 årsværk til fødeområdet på tværs af regionerne. Hertil varierer tilgang til implementering imellem fødestederne. Fx har et fødested udarbejdet beslutningsstøtteværktøj til valg af tilbud og andre har udvidet tilbuddene (fx forlænget barselsophold til to døgn og tidsrummet for ambulantly fødsel eller implementeret tilbud om to hjemmebesøg frem for ét for at gøre hjemmebesøg til et mere attraktivt tilbud), jf. Appendiks – Boks A.6.

Andre forhold

Lokale og regionale barrierer: Enkelte fødesteder oplever, at regional og lokal omprioritering af økonomi til fødeafdelinger eller besparelser samt kapacitetsplanlægning (fx inddragelse af fysiske stuer fra fødeafdelinger til andre specialer) har haft indflydelse på implementering af retten. På enkelte fødesteder oplever afdelingsledelse og fagpersonale, at det har medvirket til, at implementering ikke har kunnet lykkes. Hertil har nogle fødesteder oplevet generelle rekrutteringsproblemer.

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper) og afdelingsledelse (20 individuelle interviews), forår 2024.

Samlet set har retten skabt mere ensartethed i tilbuddene på tværs af regionerne, dog med visse lokale variationer i tilbuddene. Der har ikke været udformet specifikke retningslinjer for indhold, implementering eller måling af kvaliteten af initiativerne om to døgns barselsophold eller hjemmebesøg for førstegangsfødende. Den åbne tilgang til implementering af tilbuddene fra centralt hold har derfor ført til variation i tilbuddene.

2.2.2 Anvendelse af retten

I det følgende behandles anvendelse af retten til hhv. to døgns barselsophold og hjemmebesøg blandt førstegangsfødende, med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin ($GA \geq 37$ uger), som har født ukompliceret (herefter omtalt blot førstegangsfødende). Anvendelse af retten belyses med kvantitative og kvalitative data, jf. Appendiks - Boks A.1; Boks A.7; Tabel A.1; Tabel A.2 og Tabel A.3, hvilket er behæftet med usikkerheder, jf. Appendiks - Boks A.1 og Boks A.2.

Udvikling i barselsophold og hjemmebesøg

Følgende afsnit belyser udviklingen i barselsophold og hjemmebesøg fra 2012 til 2023. Som tidligere nævnt, er indlæggelsestiden, fra den fødendes fødsel til udskrivelse, brugt som proxy for længden på barselsophold, og antal udekontakter, op til 72 timer efter den fødendes udskrivelse efter fødsel, som proxy for hjemmebesøg. Foruden analyserne i afsnittet er der supplerende analyser, jf. Appendiks - Boks A.8, Boks A.9 og Boks A.10.

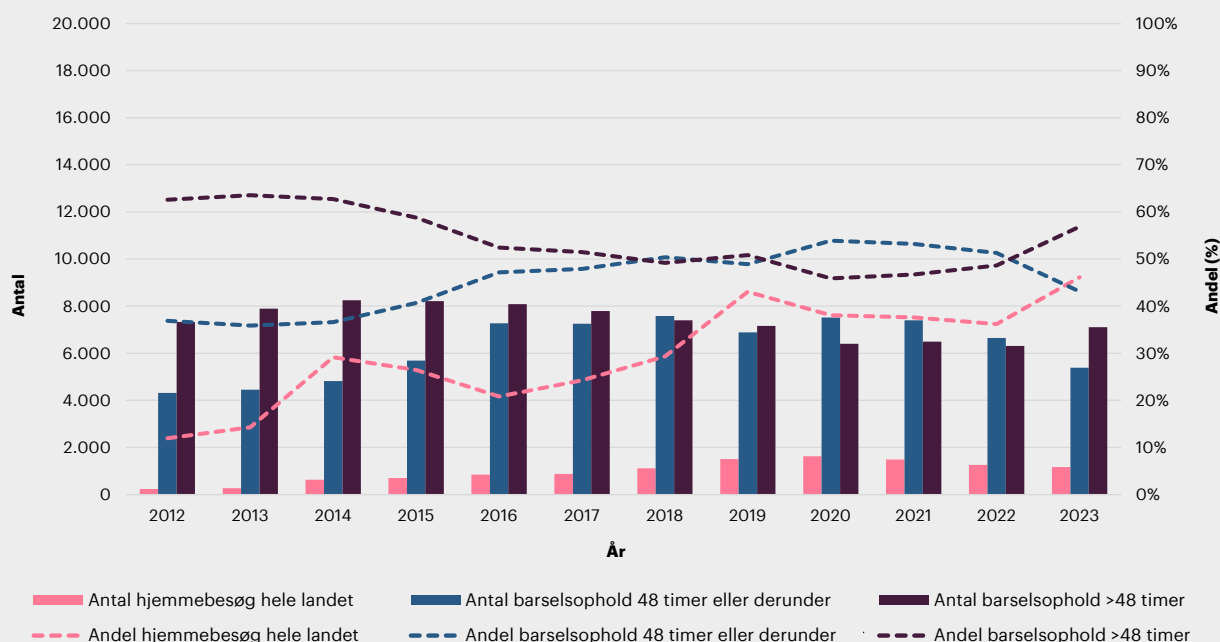
Der gøres opmærksom på, at længden af et barselsophold ikke direkte afspejler kvaliteten. Fx kan en kort indlæggelsestid være udtryk for, at den førstegangsfødende har følt sig tryk og tilstrækkeligt faglig vejledt til at kunne blive udskrevet. Omvendt kan en kort indlæggelsestid også være udtryk for, at den førstegangsfødende ikke har fået tilbuddet, eller fx har fået tilbudt plads på flermandsstue og derfor valgt at tage hjem.

Antal barselsophold på mere end to døgn og hjemmebesøg blandt førstegangsfødende er steget efter implementering af retten

Nedenstående figur beskriver udviklingen i antal og andel (pct.) fødsler med barselsophold på to døgn eller mindre, over to døgn samt hjemmebesøg blandt førstegangsfødende. Barselsophold følges som indlæggelsestid, og da fødende med hjemmebesøg også har været indlagte i en (ofte kortere) periode, vil de derfor også tælle med. Af den årsag er det ikke muligt at summere andelen af barselsophold og hjemmebesøg.

Figur 2.5

Antal og andel (pct.) barselsophold i to døgn eller mindre og barselsophold i mere end to døgn blandt alle førstegangsfødende, som føder ukompliceret, samt antal og andel (pct.) fødsler med hjemmebesøg blandt førstegangsfødende, som føder ukompliceret og udskrives inden for 24 timer, 2012-2023



Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (pr. 14. april 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen og (pr. 3. maj 2024) fra eSundhed.dk.

Note: Populationen er afgrænset til fødsler blandt førstegangsfødende med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin (GA \geq 37 uger).

*Hjemmebesøg er afgrænset til at førstegangsfødende udskrives inden for 24 timer efter fødsel og at deres udekontakter finder

Af Figur 2.5 fremgår følgende tendenser for perioden fra 2012 til 2023:

- I 2012 udgjorde andelen af fødsler med hjemmebesøg 12 pct. blandt alle førstegangsfødende, som blev udskrevet inden for 24 timer efter fødslen. I 2023 udgjorde de 46 pct.
- I 2012 udgjorde andelen af fødsler med barselsophold på to døgn eller mindre 37 pct. ud af alle førstegangsfødende. I 2023 udgjorde de 43 pct.
- I 2012 udgjorde andelen af fødsler med barselsophold på mere end to døgn omvendt 63 pct. ud af alle førstegangsfødende. I 2023 udgjorde de 57 pct.
- I perioden fra 2022 til 2023, hvor implementering af retten blev påbegyndt, steg andelen af fødsler med barselsophold på mere end to døgn med 8 pct. point (fra 49 pct. til 57 pct.). Omvendt faldt andelen af barselsophold på to døgn eller mindre, ud af alle førstegangsfødende, tilsvarende 8 pct. point (fra 51 pct. til 43 pct.). Hertil steg andelen af fødsler med hjemmebesøg med 10 pct. point (fra 36 pct. til 46 pct) i samme periode.

Næsten halvdelen af hjemmebesøgene finder sted senere end retten foreskriver. I 2023 fik 12 pct. hjemmebesøg inden for et døgn, mens 41 pct. fik hjemmebesøg mellem et til to døgn og 47 pct. fik hjemmebesøg mellem to til tre døgn efter fødselstidspunkt, jf. Appendiks – Boks A.10.

Det kan ikke udledes direkte af ovenstående figur, om ændringerne i barselsophold og hjemmebesøg er direkte relateret til implementeringen af retten. Interviews med fagpersonale indikerer imidlertid, at der er en sammenhæng.

Stigningen i længden af barselsophold, som er over 48 timer, bliver af fagpersonalet forklaret ved, at

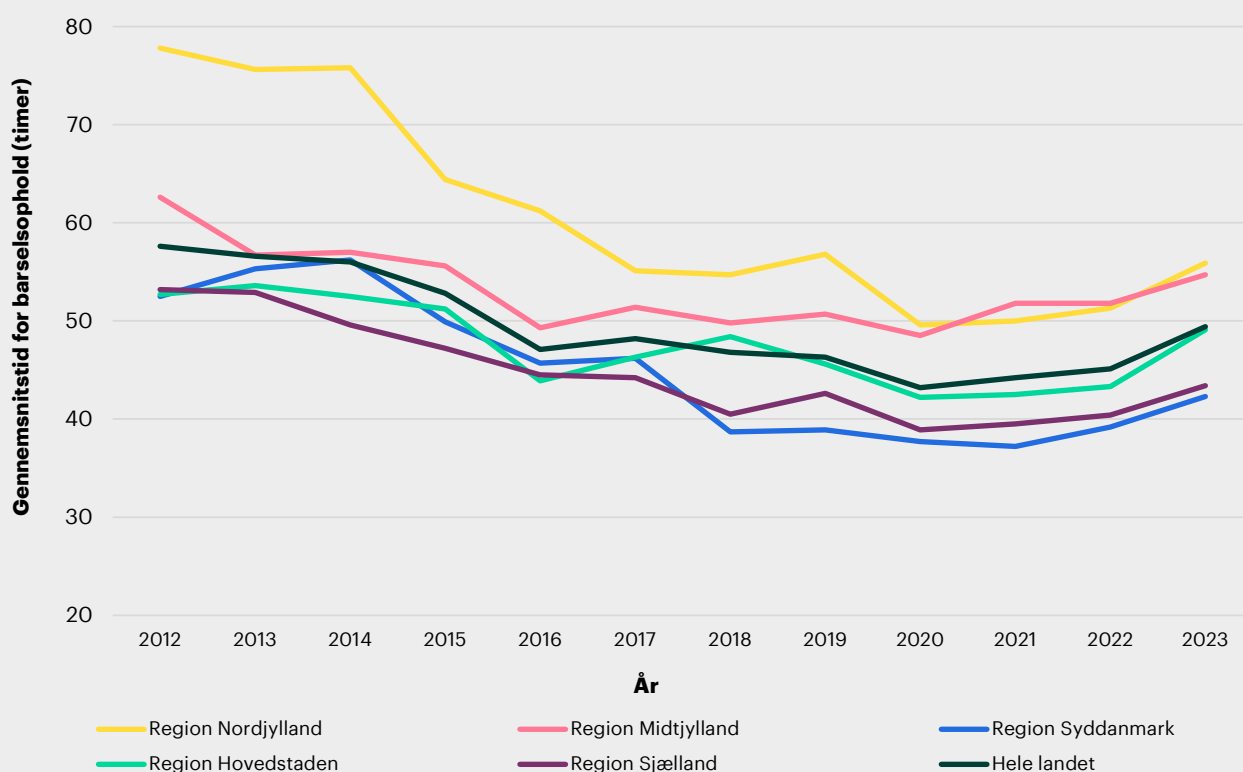
førstegangsfødende tilbydes prøvetagning på barnet mellem 48 og 72 timer efter fødsel¹⁷, hvorfor nogle bliver på hospitalet, indtil prøverne er foretaget. Stigningen i andelen af hjemmebesøg, der foretages mellem 48 og 72 timer efter fødslen kan bl.a. forklares ved, at nogle fødesteder tilbyder ekstra hjemmebesøg på dag tre efter hjemkomst.

Gennemsnitlig varighed af barselsophold blandt førstegangsfødende er steget fra 2020 til 2023

I det følgende belyses udvikling i længden på barselsophold (målt i timer) blandt førstegangsfødende, inden for hver enkel region og i hele landet.

I Figur 2.6 illustreres, at udvikling i barselsopholdenes varighed blandt førstegangsfødende er faldende i perioden fra 2012 til 2020 i alle regioner, mens den er stigende fra 2020 til 2023 (fra 43 til 49 timer i hele landet). Den største stigning i gennemsnitlig varighed af barselsophold var fra 2022 til 2023 på 4,3 timer (landsgennemsnit). Hertil er gennemsnitstider for barselsophold højere i Region Nordjylland og Region Midtjylland end i hele landet i hele perioden, mens resterende regioner havde kortere gennemsnitstider end landsgennemsnittet.

Figur 2.6 Gennemsnitstid for barselsophold (timer) blandt førstegangsfødende, som føder ukompliceret, fordelt på behandlingsregion, 2012-2023



Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (pr. 14. april 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Populationen er afgrænset til fødsler for førstegangsfødende med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin (GA ≥ 37 uger). Gennemsnitstiden er alene beregnet blandt fødende, hvor varigheden af barselsophold er oplyst.

Markant stigning i andel førstegangsfødende med hjemmebesøg fra 2022 til 2023 i Region Syddanmark

I det følgende belyses udvikling i andelen af fødsler med hjemmebesøg blandt førstegangsfødende der udskrives inden for 24 timer efter fødsel, inden for hver enkel region og i hele landet, jf. Figur 2.7.

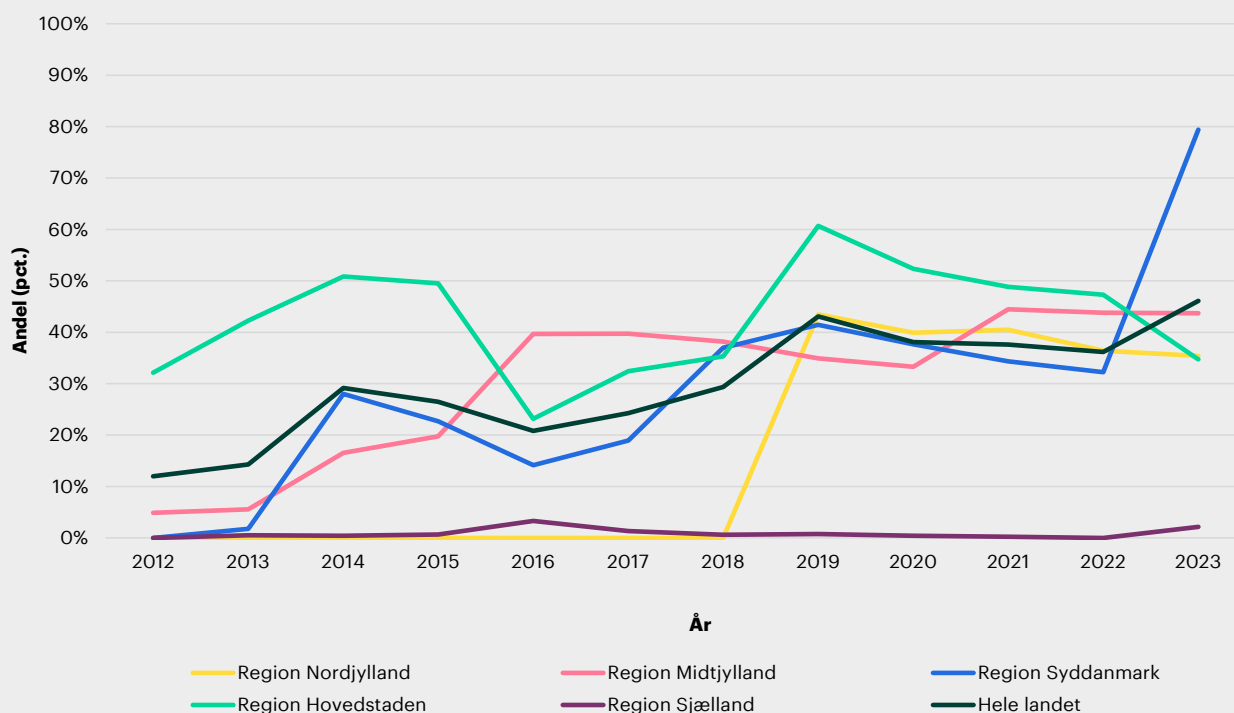
Udviklingen bærer generelt præg af store periodiske udsving fra 2012 til 2023 på tværs af regionerne.

¹⁷ Sundhedsstyrelsen (2022). *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. Prøvetagning på barnet inkluderer screening for medfødte sygdomme, PKU og hæl blodprøve 48-72 timer efter fødsel.

Fokuseres der på udviklingen fra 2022 til 2023 ses det, at andelen af fødsler med hjemmebesøg blandt førstegangsfødende, der udskrives inden for 24 timer, er faldet i Region Hovedstaden, uændret i Region Midtjylland og Region Nordjylland, mens den er steget i Region Syddanmark. I Region Sjælland er der meget få med hjemmebesøg i hele perioden fra 2012 til 2023, hvilket gør det usikkert at drage en konklusion for denne region.

I 2023 var andelen af fødsler med hjemmebesøg blandt førstegangsfødende, der udskrives inden for 24 timer efter fødsel størst i Region Syddanmark (79 pct.), efterfulgt af Region Midtjylland (44 pct.), Region Nordjylland (35 pct), Region Hovedstaden (35 pct.), og Region Sjælland (2 pct.).

Figur 2.7 Udvikling i andel fødsler (pct.) med hjemmebesøg blandt førstegangsfødende, som føder ukompliceret og udskrives inden for 24 timer, inden for hver region, 2012-2013.



Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (pr. 14. april 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Populationen er afgrænset til fødsler blandt førstegangsfødende med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin (GA ≥ 37 uger).

Kendskab, efterspørgsel og kommunikation af retten

Følgende afsnit bygger på fagpersonalets og afdelingsledelsens oplevelse af kendskabet til og efterspørgslen af hhv. barselsophold og hjemmebesøg blandt førstegangsfødende, som føder ukompliceret, samt fagpersonalets kommunikation heraf. Dette suppleres med førstegangsfødendes beretninger om kendskab, efterspørgsel og kommunikation af retten til hhv. barselsophold og hjemmebesøg.

Øget efterspørgsel på barselsophold blandt førstegangsfødende, som føder ukompliceret

Fagpersonalet beretter, at førstegangsfødende generelt er opmærksomme på retten, men at de særligt har fokus på barselsophold. Efterspørgsel efter retten varierer lokalt og er afhængig af, hvilke tilbud fødestedet havde før retten blev indført. Fx oplever fagpersonalet, at der er større efterspørgsel på retten til barselsophold på fødesteder, der som noget nyt tilbyder to døgn barselsophold. Hertil bemærkes, at nogle fødesteder har haft en særlig indsats i relation til kommunikation om tilbuddene, hvilket til dels kan forklare den stigende efterspørgsel. Fagpersonalet oplever dog ikke samme tendens for hjemmebesøg, som kun en mindre andel af førstegangsfødende efterspørger.

Der er opstået et narrativ om, at barselsophold er sundhedsfagligt anbefalet og et bedre tilbud end hjemmebesøg

Ifølge fagpersonalet er der opstået et narrativ om, at barselsophold er sundhedsfagligt anbefalet, og at det udgør et bedre tilbud end ambulante fødsel med hjemmebesøg, selvom der ifølge fagpersonalet ikke er sundhedsfagligt belæg for, at det ene tilbud er bedre end det andet. De vurderer desuden, at narrativet særligt hænger sammen med formuleringen af, at tilbuddene udgør en 'ret'. Fagpersonalet mener, at det er en udfordring, at førstegangsfødende ikke nødvendigvis forholder sig til deres eget behov, men at de efterspørger barselsophold, fordi der eksisterer et narrativ om, at dette tilbud er bedre end ambulante fødsel med hjemmebesøg. Da tilbuddene hver især passer bedre til bestemte grupper af førstegangsfødende, har fagpersonalet derfor fokus på at vejlede førstegangsfødende til at tage imod det tilbud, der passer bedst til deres behov.

Fagpersonale informerer førstegangsfødende løbende i graviditets- og fødselsforløbet om efterfødselstilbud, men førstegangsfødende oplever ikke konsekvent kommunikation

Fødestederne har forskellige strategier for at informere førstegangsfødende om retten. Nogle fødesteder har lagt meget arbejde i at informere om retten ved fx at udarbejde og implementere et beslutningsstøtteværktøj til jordemoderkonsultationerne mhp. at understøtte en dialog om, hvilket tilbud der passer til den enkelte førstegangsfødendes behov. Andre fødesteder har beskrevet retten på deres hjemmeside, men ikke udarbejdet specifikke retningslinjer for information. Generelt kommunikerer fødestederne ikke barselsophold eller hjemmebesøg som en 'ret', men præsenterer det som særlige tilbud fødestedet har til førstegangsfødende.

Fagpersonalet beretter, at de som udgangspunkt præsenterer efterfødselstilbuddene i forskellige fora løbende i graviditeten og umiddelbart efter fødslen. Det varierer dog mellem fødestederne, hvilke og hvor mange kommunikationskanaler, der gøres brug af, jf. Boks 2.1.

Boks 2.1 Information om retten til førstegangsfødende

- Officielt informationsmateriale (informationstavler i venteværelse, brochurer, sociale medier mm.)
- Jordemoderkonsultationer under graviditeten
- Udarbejdelse af fødselsplan (ønsker for fødslen)
- Fødselsforberedelse
- Umiddelbart efter fødsel

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper) og afdelingsledelse (20 interviews), forår 2024.

De førstegangsfødende, som har bidraget til evalueringen, har i varierende grad oplevet konsekvent kommunikation af retten gennem graviditeten og umiddelbart efter fødslen. Enkelte førstegangsfødende er ikke blevet informeret om retten af fagpersonalet, men er blevet bekendte med retten gennem deres netværk eller egen research. De har dog fået information af fagpersonalet, hvis de selv har efterspurgt deres muligheder. Førstegangsfødende, som har benyttet sig af hjemmebesøg, er blevet informeret gennem fagpersonalet før og/eller efter fødsel. Overordnet har de førstegangsfødende, været tilfredse med kommunikationen af tilbuddene.

Fagpersonalets tilgang til at tilbyde og efterleve retten varierer lokalt ud fra fysiske og ressourcemæssige kapaciteter

Fagpersonalet beretter, at kommunikation af tilbuddene i høj grad afhænger af fødestedets kapacitet. I praksis betyder det, at fagpersonalet vejleder og rådgiver førstegangsfødende om de tilgængelige muligheder, men også italesætter, hvis der er kapacitetsudfordringer, som kan ændre på retten til

barselsophold eller hjemmebesøg. Det bemærkes, at der ikke er objektive definitioner af, hvornår en afdeling er kapacitetsmæssigt udfordret, hvorfor der er tale om fagpersonalets egne oplevelser af kapaciteten.

Overordnet kan fødestederne have kapacitetsmæssige udfordringer, som skyldes mangel på fysisk kapacitet (stuer og sengepladser) og/eller ressourcemæssig kapacitet (personale). Begrænset fysisk kapacitet er især en udfordring ift. at opfylde retten til to døgn barselsophold, mens ressourcemæssig kapacitet særligt er en udfordring ift. at opfylde retten til hjemmebesøg.

Fødesteder med oplevede fysiske kapacitetsudfordringer fortæller, at de forventningsafstemmer med førstegangsfødende i jordemoderkonsultationerne og efter fødslen, at de ikke altid kan efterleve et ønske om to døgn barselsophold. Fødesteder med oplevet begrænset ressourcemæssig kapacitet til hjemmebesøg, vil oftest opfylde retten, hvis den aktivt efterspørges af den førstegangsfødende.

Karakteristik af førstegangsfødende, som anvender retten til hhv. barselsophold og hjemmebesøg

Følgende afsnit bygger primært på fagpersonalets vurdering af, hvad der karakteriserer de førstegangsfødende, som vælger hhv. barselsophold eller hjemmebesøg, suppleret med førstegangsfødendes egne beretninger om hvilke faktorer, der havde indflydelse på deres valg. Det bemærkes, at fagpersonalet generelt mener, at det er vanskeligt at generalisere karakteristika ved førstegangsfødende, som anvender retten, hvorfor nedenstående er baseret på deres umiddelbare oplevelser.

Forskellige faktorer påvirker, om førstegangsfødende vælger at benytte sig af barselsophold eller hjemmebesøg

De primære faktorer for valg af tilbud om barselsophold eller hjemmebesøg beskrives i Boks 2.2 og Boks 2.3.

Boks 2.2 Primære faktorer for valg af tilbud om to døgn barselsophold

- **Geografi:** Førstegangsfødende som bor langt væk fra hospitalet, har tendens til at foretrække barselsophold for at undgå lang kørsel ved eventuel genindlæggelse eller ifm. prøvetagning på barnet¹⁸.
- **Netværk:** Førstegangsfødende beretter, at deres netværks positive oplevelser med barselsophold har medvirket til deres valg. Netværkets oplevelser af barselsvilkår påvirker dermed hospitalsvalg, hvorfor nogle fødende vælger et andet hospital end det, de først var henvist til, baseret på forventninger til tilbud på de forskellige fødesteder.
- **Ammeetablering:** Førstegangsfødende og dele af fagpersonalet har en formodning om, at længere barselsophold forbedrer vilkårene for ammeetablering.

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper) og førstegangsfødende (6 fokusgrupper), forår 2024.

¹⁸ Sundhedsstyrelsen (2022). *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. Prøvetagning på barnet inkluderer screening for medfødte sygdomme, PKU og hæmblodprøve 48-72 timer efter fødsel.

Boks 2.3 Primære faktorer for valg af tilbud om hjemmebesøg

- **Geografi:** Førstegangsfødende som bor tæt på hospitalet vælger oftere hjemmebesøg, idet de oplever en tryghed i at være hjemme og stadig fysisk tæt på hospitalet.
- **Ressourcer og netværk:** Ressourcestærke førstegangsfødende med et netværk geografisk tæt på hjemmet vælger oftere hjemmebesøg.
- **Forberedelse:** Førstegangsfødende, som føler sig godt forberedte på forløbet (fx gennem fødselsforberedelse), vælger oftere hjemmebesøg, idet de i højere grad føler sig trygge ved at tage hjem.
- **Sårbarhed:** Nogle sårbare førstegangsfødende, som i højere grad vurderes at have behov for barselsophold, vælger tilbuddet om hjemmebesøg. Det kan skabe utryghed hos fagpersonalet, idet der ikke er mulighed for direkte at observere og hjælpe de første dage efter fødslen. Ligeledes oplever fagpersonale det som problematisk, at dem med størst behov ikke anvender tilbuddet i ønsket grad.
- **Begrænset fysisk kapacitet på barselgangen:** Tilbud om barsel på flermandsstue eller på en anden fysisk lokation kan være årsag til valg af hjemmebesøg.
- **Praktikaliteter:** Utilfredsstillende forplejning på hospitalet, utilfredsstillende indeklima, husdyr i hjemmet m.m. fordrer valg af hjemmebesøg.

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper) og førstegangsfødende (6 fokusgrupper), forår 2024.

Retten indfrielse af formålet

Formålet med retten til to døgn barselsophold eller hjemmebesøg ved udskrivelse inden for 24 timer efter fødsel er at *"bidrage til at sikre en ensartet kvalitet i efterfødselsindsatsen på tværs af landet samt sikre tryghed, støtte og faglig vejledning for familierne i de første dage efter fødslen"*¹⁹. Evalueringen belyser fagpersonalets og førstegangsfødendes oplevelser af, hvorvidt retten er med til at indfri formålet om tryghed, støtte og faglig vejledning for førstegangsfødende. Denne del af evalueringen er udelukkede baseret på kvalitative data, jf. Appendiks – Boks A.1.

To døgn barselsophold opleves positivt isoleret set

De førstegangsfødende, som benyttede sig af to døgn barselsophold, oplevede det som trygt at have personalet tæt på både ift. hurtig hjælp og faglig vejledning i den første tid. Fagpersonalet oplever det isoleret set også som positivt, at de kan monitorere de førstegangsfødende og let kan besvare spørgsmål og vejlede om fx amning. Fagpersonalet oplever dog også, at førstegangsfødende stiller mange ikke-akutte spørgsmål, der ikke kræver indlæggelse for at kunne blive besvaret.

Det påpeges, at to døgn barselsophold ikke er nødvendigt for alle førstegangsfødende, men har fordele ift. faglig vejledning. Fx er det positivt, at den barslende kan opstarte amningen på fødestedet, da det kan være svært for fagpersonalet at vejlede om amning telefonisk eller virtuelt. Hertil oplevede størstedelen af de førstegangsfødende, som havde to døgn barselsophold, at der generelt var god tid til faglig vejledning.

To døgn barselsophold er ikke fagligt begrundet og begrænser personalets prioritering og tilrettelæggelse af arbejde

Både fagpersonale og førstegangsfødende oplever, at de førstegangsfødende, som bliver udskrevet efter to døgn, er klar til at komme hjem, og at nogle førstegangsfødende havde været klar til tidligere udskrivelse. Fagpersonalet peger på, at der ikke er sundhedsfagligt belæg for, at netop to døgn barselsophold skaber tryghed for førstegangsfødende, hvilket bl.a. skyldes at amning typisk ikke er

¹⁹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2022). *Aftale om udmøntning af midler til fødselspakken 'En god start på livet' mellem regeringen, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Alternativet og Kristendemokraterne.*


etableret inden for de første to døgn. Hertil oplever begge grupper, at nogle førstegangsfødende, som har haft to døgn barsehold, kan blive udfordret efter udskrivelse ift. familiedannelse i eget hjem, da det typisk kræver tilvænning at være på egen hånd.

Både førstegangsfødende og fagpersonalet oplever, at enestuer er en vigtig prioritet for førstegangsfødende. Det skyldes bl.a. at der er flere forstyrrelser på delestuer, hvilket resulterer i, at mange førstegangsfødende vælger at tage tidligere hjem. Fagpersonalet oplever generelt en tendens til at familier stiller højere krav til individualiseret behandling, end de gjorde tidligere. I praksis prøver fagpersonalet at imødekomme familiernes ønsker til fysiske rammer, men det kan være udfordrende i travle perioder.

Nogle førstegangsfødende oplevede, at travlhed blandt personalet havde en negativ indvirkning på oplevelsen af tryghed. Fagpersonalet oplever ligeledes, at travlhed fører til, at mere kritiske patienter prioriteres over ukomplicerede førstegangsfødende, hvilket resulterer i, at der ikke altid opleves at være tilstrækkelig tid til spørgsmål og vejledning ift. fx amning.

Efter implementering af retten ses det at førstegangsfødende oftest er indlagt mere end to døgn, fordi der tages prøver på den nyfødte (screening for medfødte sygdomme, PKU og hælblodprøve) imellem 48 og 72 timer efter fødslen²⁰. Dermed undgår førstegangsfødende at skulle køre tilbage til hospitalet til prøvetagning på barnet kort tid efter udskrivelse.

Tabel 2.4 Fagpersonalets og førstegangsførendes oplevelse af om retten til to døgn barsehold indfrier formålet

Indfrielsen af formålet med retten til to døgn barsehold		
	Bidrag til tryghed og støtte	Bidrag til faglig vejledning
Positive faktorer	 Fødende er fysisk tæt på fagpersonale (monitorering)	 Generelt god tid til at stille spørgsmål og få vejledning*
	 Fødende er 'klar' til udskrivelse	 Særligt gavnligt ift. ammevejledning
Negative faktorer	 Kræver omstilling for familien at komme hjem efter udskrivelse*	 Længere ventetid i travle perioder*
	 Travlhed blandt personalet kan føre til utilstrækkelig tid til spørgsmål	 Ikke sundhedsfagligt belæg for to døgn barsehold  Mindre tid til spørgsmål og vejledning, pga. prioritering af kritiske patienter

 : Fagpersonale  : Førstegangsfødende

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper), forår 2024.

Note: Faktorer nævnt i tabellen er oplevet af størstedelen eller alt fagpersonale, som blev interviewet. Undtagelser er antydet med *, som indikerer at det er oplevet af enkelte.

²⁰ Sundhedsstyrelsen (2022). *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. Prøvetagning på barnet inkluderer screening for medfødte sygdomme, PKU og hælblodprøve 48-72 timer efter fødsel.



Hjemmebesøg opleves positivt men kræver forberedelse inden udskrivelse samt kompetencer ifm. ammevejledning

Alle førstegangsfødende, som benyttede sig af hjemmebesøg, oplevede, at de var klar til at komme hjem ved udskrivelse, og at det var tryghedsskabende at få vejledning og støtte i vante rammer. Ligeledes oplever fagpersonalet, at hjemmebesøg har en positiv effekt på tryghed og støtte, fordi de førstegangsfødende mødes i vante omgivelser. Begge grupper oplever, at hjemmebesøg styrker den førstegangsføddendes empowerment²¹ og self-efficacy²², da familiedannelsen starter i eget hjem inden for 24 timer efter fødslen. Hertil fremhæver fagpersonalet, at partnerens mere aktive rolle i hjemmet opleves som positivt. Både fagpersonalet og førstegangsfødende oplever, at hjemmebesøg kombineret med muligheden for telefonisk kontakt til fødestedet døgnet rundt de første syv dage efter fødslen²³, bidrager til tryghed for førstegangsfødende.

Fagpersonalet oplever, at førstegangsfødende og partneren generelt er forberedte når hjemmebesøg afvikles, ligesom de førstegangsfødende beretter, at de har samlet spørgsmål til bunke og forberedt sig forud for besøget. Blandt de relativt få respondenter som ikke har oplevet tryghed og støtte, har det oftest skyldtes at hjemmebesøget bliver rykket uden yderligere kommunikation.

Førstegangsfødende og fagpersonale beretter, at fagpersonalet ved hjemmebesøg er mindre forstyrret end på hospitalet, hvilket bidrager positivt til fokuseret vejledning. Fagpersonalet fremhæver, at hjemmebesøg kan forbedre ammeopstart. Begge grupper mener dog, at det er vigtigt, at førstegangsfødende får tilstrækkelig vejledning på hospitalet inden udskrivelse, så de er godt klædt på til at tage hjem. Hertil oplever fagpersonalet, at visitering af fødende, som skal have hjemmebesøg, er vigtigt. Det skyldes, at hjemmebesøg ikke opleves som det rette tilbud for alle førstegangsfødende (se afsnit 2.2.2 'Karakteristik af førstegangsfødende, som anvender retten til hhv. barselsophold og hjemmebesøg'). Ydermere bemærker fagpersonalet at hjemmebesøg kræver andre kompetencer ift. ammevejledning, da besøgene afvikles selvstændigt og der dermed ikke kan trækkes på kollegaer.


















21 Komiteen for Sundhedsoplysning (u.å). Empowerment er at styrke ens handleevne, kontrol over beslutninger, der påvirker ens levevilkår og hverdag. Tilgået d. 15.4.2024 via: <https://empowerment.dk/>

22 Komiteen for Sundhedsoplysning (u.å). Self-efficacy er egen oplevelsen af egne evner til at mestre en udfordring eller nå et mål, samt oplevelse af kontrol over begivenheder i eget liv. Tilgået d. 15.4.2024 via: <https://empowerment.dk/laer-at-tackle/om-laer-at-tackle/metode/>

23 Sundhedsstyrelsen (2022). *Anbefalinger for svangreomsorgen*.

Tabel 2.5

Fagpersonalets og førstegangsfødendes oplevelse af om retten til hjemmebesøg indfrier formålet

Indfrielsen af formålet med retten til hjemmebesøg		
	Bidrag til tryghed og støtte	Bidrag til faglig vejledning
Positive faktorer	<ul style="list-style-type: none">   Bidrager til tidligere opstart af familiedannelse, da familien hurtigt kommer hjem i vante rammer   Syv dages telefonisk hotline fungerer som en 'livline'   Styrker fødendes 'empowerment' og 'self-efficacy'  Fødende er 'klar' til udskrivelse'  Partneren spiller en mere aktiv rolle. 	<ul style="list-style-type: none">   Personalet er fokuseret, da der ikke er forstyrrelser fra andre patienter  Vejledning tager udgangspunkt i egne omgivelser  Kan forbedre ammeopstart, hvis førstegangsfødende har fået tilstrækkelig vejledning inden udskrivelse.
Negative faktorer	<ul style="list-style-type: none">  Kritisk hvis hjemmebesøget bliver rykket uden yderligere kommunikation*. 	<ul style="list-style-type: none">   Kræver grundig forberedelse (særligt ift. amning) på fødegangen inden udskrivelse af fødende  Længere ventetid på faglig vejledning, sammenlignet med indlæggelse*  Kræver fokus på visitation af fødende  Forudsætter kompetencer for personalet særligt ift. ammevejledning.

 : Fagpersonale  : Førstegangsfødende

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper), forår 2024.

Note: Faktorer nævnt i tabellen er oplevet af størstedelen eller alt fagpersonale, som blev interviewet. Undtagelser er antydet med *, som indikerer at det er oplevet af enkelte.

Forvaltning af retten ift. tilrettelæggelsen af arbejde og prioritering af ressourcer

Forvaltning af retten påvirker i varierende grad prioriteringen af ressourcer på føde- og barselsgange

Fagpersonale og afdelingsledelse oplever, at forvaltningen af retten påvirker muligheden for at prioritere ressourcer og tilrettelægge arbejdet på føde- og barselsgangene, hvilket imidlertid varierer betydeligt regionalt og lokalt. Der har ikke tegnet sig et entydigt regionalt billede, hvorfor resultaterne er struktureret ud fra, om de lokale fødesteder i høj grad eller i lav grad er påvirket af at forvalte retten ift. til prioriteringen af ressourcer, jf. Tabel 2.6.

Tabel 2.6

Fødesteders oplevelse af om forvaltning af retten påvirker prioritering af ressourcer og tilrettelæggelse af arbejdet på føde- og barselsgangene i høj eller lav grad

	Forvaltning af retten påvirker i høj grad prioriteringen af ressourcer og tilrettelæggelse af arbejdet	Forvaltning af retten påvirker i lav grad prioriteringen af ressourcer og tilrettelæggelse af arbejdet
Karakteristika ved fødesteder		
Størrelse	Store fødesteder	Små og mellemstore fødesteder
Lokation	Universitetshospitaler i landets største byer	Fødesteder uden for de store universitetsbyer
Population	Mange førstegangsfødende Mange sårbare fødende Flere komplekse fødsler	Færre førstegangsfødende
Tilbud før retten	Primært ambulante fødsler eller kortere barselsophold	Samme eller lign. tilbud før retten blev besluttet
Faktorer der påvirker prioriteringen af ressourcer		
Fysisk kapacitet (stuer og senge)	Begrænset fysisk kapacitet (stuer og senge) ift. at tilbyde barselsophold	Ingen eller få udfordringer for den fysiske kapacitet ift. at tilbyde barselsophold
Ressourcer (personale)	Svært at forvalte hjemmebesøg, idet ressourcer tages fra bemanningen på føde- eller barselsgang. Flere opkald fra fødende med hjemmebesøg.	Tilstrækkelig mængde efterspørgsel på hjemmebesøg ift. at beskæftige én ressource fuldtid eller deltid på mellemstore fødesteder. Færre førstegangsfødende tilknyttet fødestedet medvirker til, at det ikke opleves meningsfuldt at implementere hjemmebesøg.
Geografi ift. hjemmebesøg	Organisatorisk udfordrende og tidskrævende ift. logistik og transporttid idet der kan være store geografiske afstande mellem fødesteder og fødende. Herudover trafikale forhold såsom kø og manglende parkering.	Organisatorisk udfordrende og tidskrævende ift. logistik og transporttid idet der ofte er store geografiske afstande mellem fødested og fødende.

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper) og afdelingsledelse (20 individuelle interviews), forår 2024.

Note: *Omfattende tiltag vedrører fx ansættelse af implementeringskonsulenter, opnormering eller reorganisering af personale for at kunne implementere tilbud om hhv. to døgn's barselsophold eller hjemmebesøg.

Generelt har indførelse af retten størst betydning for tilrettelæggelsen af arbejdet på de store fødesteder. Fagpersonalet på disse fødesteder oplever en stor efterspørgsel af barselsophold samtidig med store andele af førstegangsfødende, hvilket stiller krav til prioriteringen og planlægning af kapaciteten. Kendetegnende for de store fødesteder er, at de enten ikke har implementeret hjemmebesøg eller undlader at promovere hjemmebesøg, da tilbuddet kræver, at der tages ressourcer fra bemanningen på føde- eller barselsgangene.

Generelt har indførelsen af retten mindre betydning for tilrettelæggelsen af arbejdet på små og mellemstore fødesteder uden for landets største byer. De fødesteder, som har et begrænset antal sengepladser angiver, at de har fleksibilitet i planlægningen ift. at kunne lægge flere patienter ind på samme stue, låne stuer fra andre afdelinger eller har implementeret hjemmebesøg, for at aflaste barselsafsnittene. Andre fødesteder, med få førstegangsfødende, har i en prioritering af ressourcer valgt udelukkende at fokusere på retten til barselsophold.

Barselsophold udfordrer fysisk kapacitet på større fødesteder, mens hjemmebesøg er logistisk og organisatorisk udfordrende

Flere fødesteder påpeger det positive i, at retten består af to tilbud – to døgn barselsophold og hjemmebesøg – som giver mulighed for at tilrettelægge efterfødselsforløb, der i højere grad er målrettet fødendes individuelle behov og samtidig er en fordel for personalets fleksibilitet til at prioritere ressourcer hensigtsmæssigt.

På trods af at fødeområdet er karakteriseret ved at være akut og med et dynamisk patient-flow, oplever fødesteder ofte i lange perioder ad gangen, at udfordringer med fysisk kapacitet vanskeliggør forvaltningen af retten til barselsophold.

Nogle fødesteder med begrænsede fysiske rammer har fokuseret på at øge brugen af hjemmebesøg ved at tilbyde mere end ét hjemmebesøg, hvor det andet hjemmebesøg inkluderer prøvetagning på barnet²⁴ i eget hjem. Andre har indført alternative tiltag som opleves nødvendige hvis retten til barselsophold skal kunne efterleves i de givne fysiske rammer. Dette er eksempelvis:

- Tilbud om flersengsstue, hvis ikke der er ledige enkelt sengstuer. Fagpersonale oplever, at det kan resultere i, at førstegangsfødende vælger at blive udskrevet før to døgn, da de ikke ønsker flersengsstue.
- Tilbud om barselsophold på en anden hospitalsafdeling. Personalet bruger længere tid på at transportere sig mellem afdelinger, og det kan ligeledes påvirke planlægning af sengekapaaciteten på de afdelinger, der udlåner sengepladserne.
- Barselsophold på en anden fysisk matrikel. Fagpersonale oplever, at det kan resultere i fravalg af barselsophold, da nogle familier ikke ønsker selv at transportere sig fra et fødested til et andet.

Hjemmebesøg opleves af fødestederne som ressourcemæssigt ineffektivt, når fx store geografiske afstande fra fødesteder og imellem de førstegangsfødende kræver meget transporttid mellem besøgene. Ligeledes kan trafikale forhold i større byer være udfordrende (fx pga. kø og manglende parkeringsmuligheder). Fødesteder med få fødende, der ønsker hjemmebesøg, tager i praksis en jordemoder ud af føde- eller barselgangen for at køre på hjemmebesøg dagen efter udskrivelse. Det betyder at ressourcen 'mangler' på fødestedet.

Fødesteder, som i længere tid har tilbudt to døgn barselsophold og ikke oplever udfordringer ift. fysisk kapacitet, oplever ikke ændringer i tilrettelæggelsen af arbejdet, fordi de enten ikke har haft en stigning i længden på barselsophold eller ikke er udfordrede af at håndtere et højere antal førstegangsfødende, som ønsker barselsophold. Ligeledes oplever de fødesteder, hvor hjemmebesøg allerede er implementeret og forvaltes, at det er lettere at opnormere personalet med en hel eller halv ressource, som udelukkende foretager hjemmebesøg. Nogle af de fødesteder, som har haft succes med at forvalte retten til hjemmebesøg, oplever til gengæld en stigning i opkald fra førstegangsfødende i de første syv dage efter fødslen ifm. udrulning af hjemmebesøg, da fagpersonalet har gjort mere ud af at informere om telefonisk rådgivning. Det har udfordret personalet i deres tilrettelæggelse af arbejdet.

²⁴ Sundhedsstyrelsen (2022). *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. Prøvetagning på barnet inkluderer screening for medfødte sygdomme, PKU og hæmblodprøve 48-72 timer efter fødsel.

OPSUMMERING - Implementering og anvendelse af retten til to døgn barselsophold eller hjemmebesøg

Implementering af retten:

- Retten til to døgn barselsophold er fuldt implementeret på 19 ud af 20 fødesteder, mens hjemmebesøg er fuldt implementeret på 13 ud af 20 fødesteder. Implementering af hjemmebesøg har krævet iværksættelse af flere tiltag sammenlignet med barselsophold. Hertil er der stor variation i, hvilke tiltag fødestederne i regionerne har iværksat og hvilke barrierer, de har oplevet, ifm. implementering af begge tilbud.

Anvendelse af retten:

- Fra 2022 til 2023 ses en markant stigning på 8 pct. point (49 pct. til 57 pct.) i andelen af barselsophold på mere end to døgn, ud af alle førstegangsfødende. Tilsvarende sås et fald på 8 pct. point (51 pct. til 43 pct.) i andelen af barselsophold på to døgn eller mindre, ud af alle førstegangsfødende.
- Fra 2022 til 2023 ses en markant stigning på 10 pct. point (36 pct. til 46 pct.) for andelen af fødsler med hjemmebesøg (op til 72 timer efter fødslen).
- Fagpersonalet informerer førstegangsfødende om tilbuddene løbende i graviditets- og fødselsforløbet, men kommunikation om tilbuddene afhænger i høj grad af fødestedets kapacitet, som til tider kan lede til, at de oprindelige tilbud om barselsophold eller hjemmebesøg ændres. Størstedelen af førstegangsfødende oplever kommunikation om efterfødselstilbuddene tilfredsstillende.
- Fagpersonalet oplever, at der er opstået et narrativ om, at barselsophold er sundhedsfagligt anbefalet og et bedre tilbud end hjemmebesøg.
- Fagpersonalet observerer, at nogle sårbare førstegangsfødende vælger hjemmebesøg, trods at fagpersonalet anbefaler barselsophold. Fagpersonale mener, at det er problematisk, at dem med størst behov ikke anvender tilbuddet i en grad, som fagpersonalet vurderer, der er behov for.
- To døgn barselsophold opleves positivt isoleret set. Dog oplever fagpersonalet og afdelingsledelse at netop to døgn ikke fagligt begrundet og begrænser personalets prioritering og tilrettelæggelse af arbejdet i praksis.
- Hjemmebesøg opleves positivt isoleret set. Dog oplever fagpersonalet, at hjemmebesøg kræver andre kompetencer ift. ammevejledning og at det forudsætter grundig forberedelse ift. vejledning inden udskrivelse.
- Flere fødesteder fremhæver det positive i, at retten består af to tilbud, som giver mulighed for at tilrettelægge efterfødselsforløb, der i højere grad er målrettet fødendes individuelle behov og samtidig er en fordel for personalets fleksibilitet til at prioritere ressourcer hensigtsmæssigt.
- Forvaltning af retten til to døgn barselsophold udfordrer fysisk kapacitet på større fødesteder, mens forvaltning af retten til hjemmebesøg generelt opleves logistisk og organisatorisk udfordrende.

3.

Vurdering af retten og fremadrettede perspektiver



I det følgende vurderes anvendelse af retten. Herudover præsenteres fremadrettede perspektiver.

3.1 Anvendelsen af retten

I følgende afsnit belyses, hvordan og hvorvidt retten indfrier formålet om at styrke tryghed, støtte og faglig vejledning til førstegangsfødende, variation forbundet med brugen af retten samt indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet og prioritering af ressourcer²⁵.

3.1.1 Indfrielse af formålet med retten til to døgn barselsophold og hjemmebesøg To døgn barselsophold

Fagpersonalet og afdelingsledelsen oplever, at retten til to døgn barselsophold isoleret set giver øget tryghed og støtte blandt dem, der bruger den. Særligt den fysiske nærhed mellem personale og barslende er positivt, da personalet hurtigt kan hjælpe og monitorere løbende.

Fagpersonalet og afdelingsledelsen fremhæver dog, at to døgn barselsophold ikke er fagligt begrundet og begrænser personalets prioritering og tilrettelæggelse af arbejde. I praksis er der udfordringer ved afgrænsningen af barselsophold på to døgn varighed. Fx oplever fagpersonalet og førstegangsfødende, at mange førstegangsfødende, som har haft to døgn barselsophold, er klar til udskrivelse før tid, jf. afsnit 2.2.2 'Retten indfrielse af formålet'. Samtidig oplever både førstegangsfødende og fagpersonalet i varierende grad, at retten bidrager med tid til faglig vejledning. I det omfang retten ikke bidrager med faglig vejledning skyldes, det ifølge fagpersonale, kapacitetsudfordringer, og at førstegangsfødende med ukomplicerede fødselsforløb nedprioriteres i travle perioder, jf. afsnit 2.2.2 'Retten indfrielse af formålet'.

En effekt af retten er desuden en stigning i andelen af førstegangsfødende, som har barselsophold i to til tre døgn, jf. afsnit 2.2.2 'Udvikling i barselsophold og hjemmebesøg'. Det mener fagpersonalet skyldes prøvetagning på barnet²⁶ ifm. udskrivning, da prøverne foretages 48-72 timer efter fødsel, og mange derfor bliver på fødestedet, til prøverne er taget.

Generelt oplever afdelingsledelsen og fagpersonalet, at de ressourcer, der bliver bundet på at efterleve retten, ofte kan være brugt bedre på andre patientgrupper, end førstegangsfødende, som føder ukompliceret.

Hjemmebesøg

På de fødesteder, hvor hjemmebesøg er implementeret, oplever fagpersonalet og afdelingsledelsen at retten til hjemmebesøg isoleret set giver øget tryghed og støtte blandt dem, der bruger den. At familiedannelsen starter i eget hjem inden for 24 timer efter fødslen kombineret med syv dages telefonisk rådgivning opleves positivt blandt førstegangsfødende og fagpersonalet, jf. afsnit 2.2.2 'Retten indfrielse af formålet'. Fagpersonale og førstegangsfødende påpeger dog, at hjemmebesøg kræver den rette forberedelse – både fødendes egen forberedelse og fagpersonalets vejledning, jf. afsnit 2.2.2 'Kendskab, efterspørgsel og kommunikation af retten'. Mangel på forberedelse kan have negativ effekt på fødendes oplevelse af tilstrækkelig vejledning, tryghed og støtte ved hjemmebesøg, jf. afsnit 2.2.2 'Retten indfrielse af formålet'.

Fagpersonalet og førstegangsfødende oplever, at fraværet af de forstyrrelser, der er på føde- og barselsgangene, er positivt for den faglige vejledning i eget hjem. En del fagpersonale er dog udfordrede i vejledningen om amning under besøgene, da de oplever at hjemmebesøg kræver andre kompetencer til selvstændig vejledning, jf. afsnit 2.2.2 'Retten indfrielse af formålet'.

²⁵ Accenture (forår, 2024). Dataindsamling. Kvalitative interviews med afdelingsledelse, fagpersonale, og førstegangsfødende.

²⁶ Sundhedsstyrelsen (2022). *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. Prøvetagning på barnet inkluderer screening for medfødte sygdomme, PKU og hæmblodprøve 48-72 timer efter fødsel.



Efter implementering af retten anvender flere tilbud om hjemmebesøg, men det tyder også på, at flere udskrives efter 24 timer og at flere får besøg mellem to og tre dage efter fødslen, jf. afsnit 2.2.2 *'Udvikling i barselsophold og hjemmebesøg'*. Dermed er gevinsterne ved hjemmebesøg i nogen grad baseret på et udvidet tilbud, sammenlignet med det tilbud som var tiltænkt med fødselspakken *'En god start på livet'*.

Generelt oplever afdelingsledelsen og fagpersonalet at de ressourcer der bliver bundet på at efterleve retten, kræver en tilstrækkelig mængde af førstegangsfødende, som ønsker hjemmebesøg, da det opleves logistisk og organisatorisk udfordrende at forvalte retten til hjemmebesøg.

3.1.2 Variation forbundet med brugen af retten

I følgende afsnit belyses og diskuteres førstegangsfødendes anvendelse af retten samt ensartethed og kvalitet i efterfødselstilbud efter implementering af retten.

Førstegangsfødendes anvendelse af retten

Jf. afsnit 2.2.2 *'Karakteristik af førstegangsfødende, som anvender retten til hhv. barselsophold og hjemmebesøg'* oplever fagpersonalet generelt, at resourcestærke og forberedte fødende har gavn af hjemmebesøg, mens sårbare, mindre forberedte og fødende, som bor geografisk langt væk fra deres fødested, har gavn af barselsophold. I praksis varierer det dog, om fødende vælger at gøre brug af det tilbud, som fagpersonalet anbefaler. På den baggrund oplever fagpersonalet til tider en u hensigtsmæssig balance i anvendelsen af tilbuddene, da det ikke altid er dem med størst behov, som anvender tilbuddene på den måde og i det omfang, som fagpersonalet vurderer hensigtsmæssigt.

Fagpersonalet oplever en tendens til, at nogle sårbare førstegangsfødende vælger hjemmebesøg frem for barselsophold, trods anbefaling om barselsophold. Omvendt anvender nogle førstegangsfødende tilbud om to døgn barselsophold, selvom fagpersonalet vurderer, at de er klar til udskrivelse før to døgn. At førstegangsfødende selv kan vælge hvilket tilbud de ønsker at gøre brug af, kan hæmme fagpersonalets ønsker og bestræbelser på at differentiere tilbud til førstegangsfødende med ukomplicerede fødselsforløb ud fra faglige hensyn.

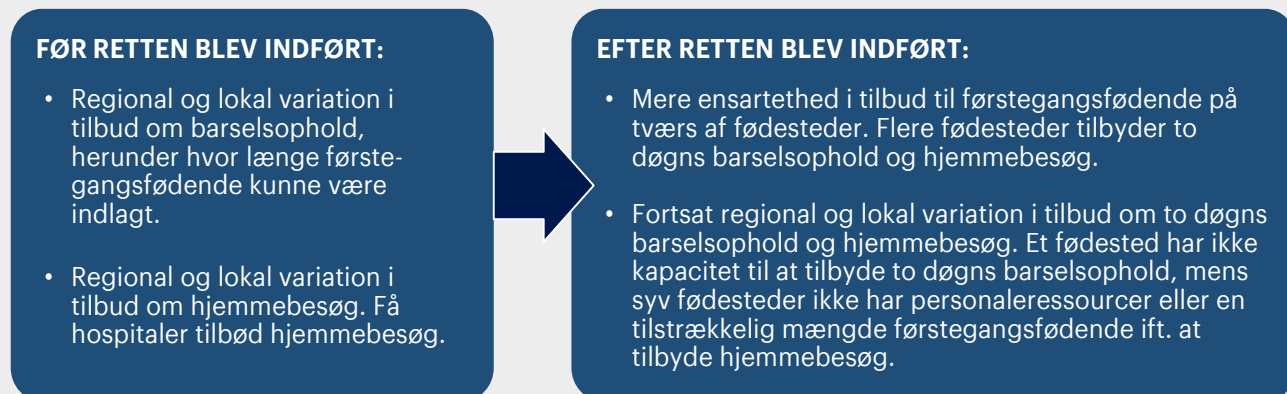
Ensartethed og kvalitet i efterfødselstilbud efter implementering af retten

Resultaterne fra afsnit 2.2.1 *'Implementering af retten'* viser overordnet en øget ensartethed i efterfødselstilbud til førstegangsfødende efter implementering af retten, men med en vis variation i efterfødselstilbuddene på tværs af regioner og fødesteder, ligesom ikke alle fødesteder på undersøgelsestidspunktet havde implementeret retten fuldt ud, jf. Figur 3.1²⁷.

²⁷ Accenture (forår, 2024). Dataindsamling. Kvalitative interviews med afdelingsledelse, fagpersonale, og førstegangsfødende.

Figur 3.1

Opsummering af variation i efterfødselstilbud før og efter retten til to døgn barsehold og hjemmebesøg for førstegangsfødende som føder ukompliceret



Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper) og afdelingsledelse (20 individuelle interviews), forår 2024.

Note: Retten til to døgn barsehold og hjemmebesøg for førstegangsfødende, som føder ukompliceret, blev implementeret på størstedelen af hospitalerne i løbet af 2022-2023.

Der er ikke udformet specifikke retningslinjer for indhold, implementering eller måling af kvaliteten af initiativerne om to døgn barsehold eller hjemmebesøg for førstegangsfødende. Den åbne tilgang til implementering af tilbuddene fra centralt hold har derfor givet mulighed for lokal fleksibilitet og ført til variation i tilbuddene, hvilket opleves som positivt på fødestederne. I forhold til nærværende evaluering begrænser det dog muligheden for at opstille konkrete mål til vurdering af, hvorvidt retten har bidraget til ensartet kvalitet på tværs af regionerne. Desuden har fødestederne oplevet forskellige faktorer, som har påvirket mulighederne for at implementere tilbuddene ensartet.

3.1.3 Rettens indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet og prioritering af ressourcer

De positive og negative indvirkninger, som blev udledt i afsnit 2.2.2 'Forvaltning af retten ift. tilrettelæggelsen af arbejde og prioritering af ressourcer', fremgår af Tabel 3.1.



Tabel 3.1

Positive og negative indvirkninger ved forvaltning af retten ift. tilrettelæggelsen af arbejde og prioritering af ressourcer

Positive indvirkninger	<ul style="list-style-type: none"> • Det opleves, at hjemmebesøg kan aflaste barselsgangene ift. fysisk kapacitet (stuer og sengepladser). • Hjemmebesøg kan opleves som en kapacitetsmæssig fordel for fødesteder, med en tilstrækkelig mængde af førstegangsfødende ift. at beskæftige en hel eller halv personaleressource.
Negative indvirkninger	<ul style="list-style-type: none"> • Barselsophold kan opleves negativt ift. tilrettelæggelsen af arbejdet, da det presser den fysiske kapacitet (stuer og sengepladser) • Inddragelse af både gynækologiske og ikke-gynækologiske stuer kan forekomme ifm. forvaltning af retten til to døgns barselsophold. • Det opleves ikke meningsfuldt at fjerne personaleressourcer, som udfører klinisk arbejde på føde- og barselsgange, hvis forvaltningen af hjemmebesøg udfordres af geografiske afstande og trafikale forhold, eller hvis antallet af førstegangsfødende, som ønsker hjemmebesøg, er lavt. • Det opleves, at forvaltning af retten til hjemmebesøg skaber mere aktivitet på fødestedet grundet flere telefonopkald fra fødende, særligt de, som anvender tilbud om hjemmebesøg.

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper), forår 2024.

Note: Faktorer nævnt i tabellen, er oplevet af størstedelen eller alt fagpersonale, som blev interviewet. Undtagelser er antydnet med *, som indikerer at det er oplevet af enkelte.

Store dele af afdelingsledelserne og fagpersonalet ønsker behovsorienterede og individuelt tilrettede efterfødselstilbud til førstegangsfødende, frem for at førstegangsfødende selv vælger mellem enten barselsophold eller hjemmebesøg. Det vil dels give større fleksibilitet til at tilrettelægge arbejdet og dermed tilgodese patient-flowet på afdelingerne, men også give et større rum for faglig vurdering af den enkeltes behov, jf. afsnit 2.2.2 *'Forvaltning af retten ift. tilrettelæggelsen af arbejde og prioritering af ressourcer'*. Nogle fødesteder arbejder derfor allerede med at differentiere tilbuddene og kommunikationen af dem, jf. afsnit 2.2.2 *'Kendskab, efterspørgsel og kommunikation af retten'*²⁸.

3.2 Fremadrettede perspektiver på den bedst mulige kapacitetsudnyttelse

I følgende afsnit belyses og diskuteres spørgsmålet om udvidelsen af retten til flergangsfødende og styrkelse af andre initiativer.

3.2.1 Udvidelse af retten til flergangsfødende

Fagpersonale og afdelingsledelsen vurderer det uhensigtsmæssigt at udvide retten til flergangsfødende, da der ikke er sundhedsfagligt belæg herfor, og ud fra hensynet til bedst mulig kapacitets- og ressourceudnyttelse.

Ifølge fagpersonalet og afdelingsledelsen er flergangsfødende generelt mere trygge ved efterfødselstiden og har mindre behov for støtte og vejledning for at føle sig trygge. Derfor vurderes gevinsten ved at give ret til barselsophold og hjemmebesøg ikke at kunne stå på mål med de negative konsekvenser i relation til yderligere bindinger på kapacitets- og ressourceanvendelse - særligt i lyset af, at der nogle steder er udfordringer med at implementere retten til førstegangsfødende, og at der opleves en risiko for, at en ret til flergangsfødende, som føder ukompliceret, kan give risiko for nedprioritering af andre mere kritiske patienter.

²⁸ Accenture (forår, 2024). Dataindsamling. Kvalitative interviews med afdelingsledelse og fagpersonale.



Fagpersonalet fremhæver et generelt ønske om bedre tid til faglig vurdering ift. at identificere sårbare fødende samt bedre muligheder for at tilrettelægge individualiserede efterfødselstilbud efter sårbare fødendes behov²⁹. Flergangsfødende, som har haft dårlige oplevelser (fx traume, fødselsdepression, mv.) ved deres tidligere fødsel, kan også have behov for ekstra støtte. Fagpersonalet oplever desuden, at der over tid er kommet flere fødende med diagnoser og udfordringer, som resulterer i, at flere har et øget behov for pleje end tidligere.

3.2.2 Styrkelse af andre initiativer

Størstedelen af det interviewede fagpersonale og afdelingsledelse nævner, at det er essentielt, at førstegangsfødende har en god oplevelse ifm. deres fødsel, da det bidrager til at styrke familiedannelse og fordrer bedre forløb ved fremtidige graviditeter og fødsler. Fagpersonalet oplever generelt, at førstegangsfødende, som ikke har oplevet tryghed og støtte ved første fødsel, kræver mere støtte og pleje ved fremtidige fødsler. Dermed kan retten til barselsophold eller hjemmebesøg for førstegangsfødende, som føder ukompliceret, også ses som en forebyggende investering for de kvinder, som føder mere end én gang.

Fagpersonalet efterspørger særligt styrkelse af initiativer om fødselsforberedelse og ammevejledning, mens efterspørgslen på efterfødselssamtaler har været nævnt af færre. Ift. efterfødselssamtaler nævner fagpersonalet, at mange fødende i højere grad er fokuserede på selve fødslen frem for efterfødselsforløbet men angiver ikke specifikke initiativer. I Tabel 3.2 uddybes initiativerne om fødselsforberedelse og efterfødselstilbud:

²⁹ Eksempler på sårbare fødende kan være fødende med psykisk sygdom (f.eks. depression, angst, mv.), misbrug og mødre uden partner eller med sparsomt netværk og pårørende.

Tabel 3.2

Tiltag der kan styrkes ifølge fagpersonale, afdelingsledelse og førstegangsfødende

Fødselsforberedelse	<ul style="list-style-type: none"> • Fødselsforberedelse indebærer en række vigtige læringselementer og opleves som betydningsfuldt for førstegangsfødende, og særligt for dem, som føder ambulantly. Der er i dag forskel på fødestedernes tilbud om fødselsforberedelse. Nogle fødesteder har fastholdt gruppebaseret fødselsforberedelse³⁰, mens en større andel har indført fødselsforberedelse for store grupper i auditorier eller som webinarer. • Jordemødre er generelt kritiske ift. den auditorie- og webinarbaserede fødselsforberedelse, som ikke opleves at klæde de førstegangsfødende tilstrækkeligt på til fødslen eller efterfødselsforløbet.
Ammevejledning	<ul style="list-style-type: none"> • Fagpersonalet ønsker at styrke kompetencer ift. ammevejledning, idet en del fagpersonale ikke oplever, at de har tilstrækkelig viden og kompetencer til at yde ammevejledning. Dette er særligt en udfordring ved hjemmebesøg, hvor fagpersonalet skal yde vejledning selvstændigt. For førstegangsfødende fylder amning meget, og flere oplever udfordringer med både etablering og fastholdelse af amning. • Flere fødesteder beretter, at en stor andel af fagpersonalet på barselsafsnittene ikke er uddannede i ammevejledning, hvilket påvirker kvaliteten af den vejledning de fødende modtager. Fagpersonalet efterspørger helt konkret, at flere bliver internationalt certificerede ammekonsulenter (IBLCE)³¹. • Resultaterne fra LUP Fødende 2023 viser, at kvinder gennemsnitligt 'i nogen grad' oplever at få den hjælp, de har behov for til at amme på fødestedet (score: 3,80 ud af 5). Resultatet er en af de laveste scorere i undersøgelsen ³².

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper), afdelingsledelse (20 individuelle interviews) og førstegangsfødende (6 fokusgrupper), forår 2024.

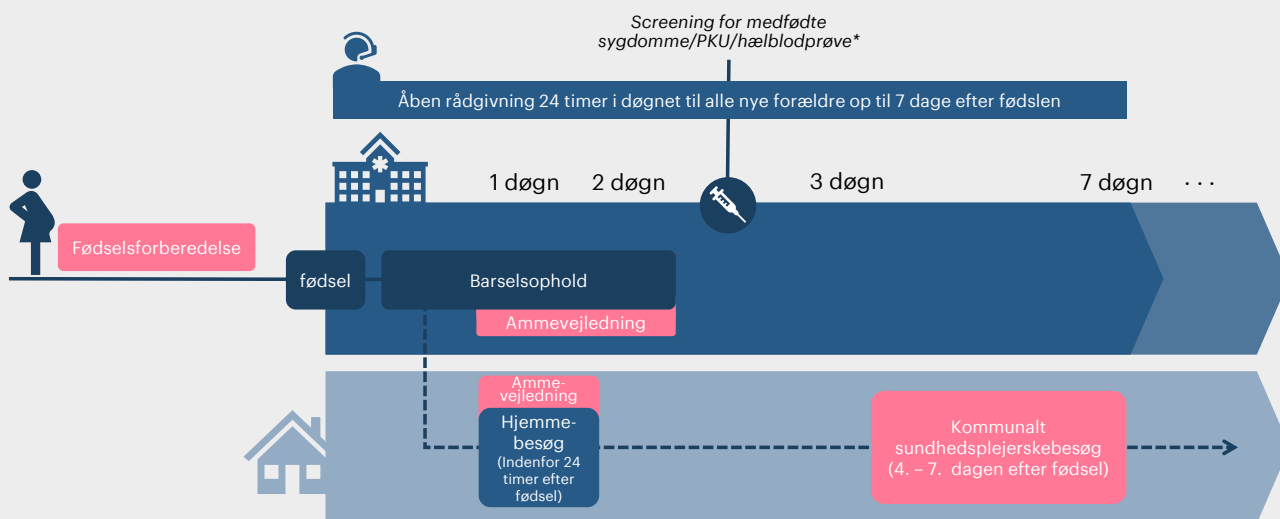
30 Gruppebaseret fødselsforberedelse er yderligere beskrevet i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen fra 2022.

31 IBLCE (u.å.). *How to become an ibclc*. Tilgået d. 2.5.2024 via: <https://ibclc-commission.org/how-to-become-an-ibclc/>

32 Center for Patientinddragelse (2024). *LUP Fødende 2023*.

Fagpersonalet fremhæver, at der bør være større fokus på sektorovergang fra hospital til kommune, da der er potentiale for at skabe mere transparens om det første sundhedsplejerskebesøg og eventuelle konsekvenser i sektorovergangen (fx at det første sundhedsplejerskebesøg udsættes, hvis fødende udskrives efter tre døgn (se yderligere beskrivelse af konsekvenser i Appendiks - Boks A.11). Dette kan fx opnås ved at tydeligere kommunikation til fødende om udskrivelsestidspunktets påvirkning af tidspunkt for første sundhedsplejerskebesøg.

Figur 3.2 Patient-flow for førstegangsfødende, som føder ukompliceret, med markering af ønskede fremtidige initiativer



Kilde: Accenture (2024). Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper), afdelingsledelse (20 individuelle interviews), og førstegangsfødende (6 interviews). Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2022). Aftale om udmøntning af midler til fødselspakken 'En god start på livet' mellem regeringen, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Alternativet og Kristendemokraterne; Sundhedsstyrelsen (2022). Anbefalinger for svangreomsorgen; Sundhedsstyrelsen (januar, 2024). Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet.

Note: *Prøvetagning på barnet inkluderer screening for medfødte sygdomme, PKU og hælbloodprøve 48-72 timer efter barnets fødsel. Bokse med lyserød farve markerer ønskede fremtidige initiativer for førstegangsfødende som føder ukompliceret.

Overordnet vurderes det, at initiativer om fødselsforberedelse og ammevejledning potentielt kan bidrage til at styrke tryghed, støtte og faglig vejledning for særligt førstegangsfødende både før og efter fødslen. Hertil er der potentiale for at styrke eller øge transparensen i sektorovergangen fra hospital til kommune. En vigtig overvejelse ved fremtidige initiativer er desuden, at der ikke lægges uforholdsmæssigt beslag på hverken den fysiske eller personalemæssige kapacitet, og at det ikke kompromiterer fleksibiliteten i tilrettelæggelsen af arbejdet på fødegangene.

OPSUMMERING - Vurdering af implementering af retten

Implementering af retten:

- Fagpersonalet og afdelingsledelsen oplever at retten til to døgn's barselsophold isoleret set giver øget tryghed og støtte blandt dem, der bruger den. Fagpersonalet og afdelingsledelsen fremhæver dog at to døgn's barselsophold ikke er fagligt begrundet og begrænser personalets prioritering og tilrettelæggelse af arbejde.
- Fagpersonalet og afdelingsledelsen oplever at retten til hjemmebesøg isoleret set giver øget tryghed og støtte blandt dem, der bruger den. Fagpersonalet oplever dog at hjemmebesøg kræver forberedelse inden udskrivelse af førstegangsfødende og at fagpersonalet mangler andre kompetencer ved hjemmebesøg (ift. ammevejledning).
- Retten tager ikke højde for at differentiere efterfødselstilbud, da førstegangsfødende, som føder ukompliceret, selv kan vælge hvilket tilbud, de ønsker. Hertil anvender førstegangsfødende med en sårbarhedsproblematik ikke tilbud om barselsophold i en grad, som fagpersonalet vurderer, der er behov for.
- Der ses en øget ensartethed i efterfødselstilbud til førstegangsfødende efter implementering af retten. Dog er der ikke udformet specifikke retningslinjer for indhold, implementering eller måling af kvaliteten af initiativerne om to døgn's barselsophold eller hjemmebesøg for førstegangsfødende. Den åbne tilgang til implementering af tilbuddene fra centralt hold har derfor givet mulighed for lokal fleksibilitet og ført til variation i tilbuddene.
- En positiv effekt af retten er kombinationen af de to tilbud - to døgn's barselsophold og hjemmebesøg. Denne kombination giver mulighed for forløb, der i højere grad er målrettet de fødendes behov.
- Fødesteder oplever, at det er vanskeligt at forvalte både retten til to døgn's barselsophold og hjemmebesøg og dermed opleves det ikke meningsfuldt for alle fødesteder at prioritere ressourcer til begge tilbud.

Anvendelse af retten:

- Fagpersonale og afdelingsledelse anbefaler ikke udvidelse af retten til flergangsfødende, dels fordi de ikke vurderer det hensigtsmæssig for kapaciteten på føde- og barselgangen, og dels fordi de ikke mener, der er et sundhedsfagligt belæg herfor.
- Fagpersonalet ønsker øget fokus på at identificere sårbare fødende, og bedre muligheder for at tilrettelægge individualiserede efterfødselstilbud efter sårbare fødendes behov.
- Fagpersonalet og førstegangsfødende mener, at der er behov for at styrke initiativer såsom fødselsforberedelse og ammevejledning samt øge transparens ift. sektorovertag fra hospital til kommune.

A

Appendiks



Metodevalg og supplerende materiale

Boks A.1

Scope og vidensindsamling for evalueringen

Evalueringen er tilrettelagt i to dele:

Kapitel 2: Beskrivelse og analyse af kapaciteten på føde- og barselsgangene (Kapitel 2.1) samt implementering og anvendelse af retten til to døgn barselophold eller hjemmebesøg blandt førstegangs fødende (Kapitel 2.2).

Kapitel 3: Vurdering af anvendelse af retten og fremadrettede perspektiver.

Der anvendes en iterativ tilgang, hvilket indebærer løbende koordinering, review og afstemning af beslutninger med Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennem hhv. ugentlige og månedlige statusmøder. Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner har været involveret løbende ift. sparring samt adgang til data og informanter.

Genstandsfelt

Evalueringen omhandler implementering af retten til to døgn barselophold og hjemmebesøg, samt førstegangsfødendes anvendelse af to døgn barselophold eller hjemmebesøg. Fokus er på anvendelse af retten, og idet retten blev påbegyndt implementeret i 2022 og 2023, er 2023 det første og eneste mulige opfølgingsår.

Evalueringens genstandsfelt er førstegangsfødende med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin (GA \geq 37 uger³³), som har født ukompliceret, idet denne gruppe er omfattet af retten. Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF) definerer en ukompliceret førstegangsfødsel som fravær af akut kejsersnit, fødsel med kop eller tang, bristning grad III eller IV, episiotomi (kirurgisk snit for at øge åbningen bagtil i skeden, i daglig tale også klip), blødning \geq 1000 ml eller et barn, der har Apgar-score $<$ 9/5 (skala til at bestemme et barns tilstand 5 min efter fødsel³⁴). Komplicerede fødsler frasorteres i videst muligt omfang fra dataanalyser, givet DKF's definition.

Afgrænsning

Retten er afgrænset til efterfødselsforløbet på fødestedet³⁵ samt udekontakter op til tre døgn (72 timer) efter fødsel. Datamæssigt er retten afgrænset til de organisatoriske enheder og faggrupper, som varetager forløbet på fødestedet samt sygehuskontakter. I denne afgrænsning indgår altså tid fra fødselstidspunkt frem til en uge efter fødslen³⁶, da fødestederne tilbyder åben rådgivning til alle nye forældre op til syv dage efter fødsel og har ansvaret indtil de fødende overgår til anden sektor³⁷.

Evalueringens undersøgelsesdesign

Evalueringens er baseret på et overordnet undersøgelsesspørgsmål:

I hvilket omfang og hvordan er retten til to døgn barselophold/hjemmebesøg for førstegangsfødende implementeret i overensstemmelse med hensigten i fødselsaftalen, herunder hvorvidt retten bidrager til tryk, støtte, faglig vejledning og ensartet kvalitet på tværs af landet?

33 Gestationsalder (GA) er fosterets aktuelle alder. I denne evaluering inkluderes førstegangsfødende, med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin ved en gestationsalder på 37 uger eller mere (\geq 37).

34 Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (2022). *Dataindberetning og datadefinitioner 2022*.

35 Fødested er defineret som fødsel på et sygehus i Danmark.

36 Sundhedsstyrelsen (2024). *Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet*. Afgrænsningen til ca. to uger efter fødslen følger Normeringsanalysen.

37 Sundhedsstyrelsen (2022). *Anbefalinger for svangreomsorgen*.

For at kunne svare fyldestgørende på undersøgelsesspørgsmålet har Accenture, i samarbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet, opstillet en række evalueringskriterier, som tilsammen dækker alle de aspekter, som undersøgelsesspørgsmålet rummer. Den kvantitative analyseplan og de kvalitative spørgeguides er udarbejdet på baggrund af evalueringskriterierne, så det sikres, at alle evalueringskriterierne belyses.

Formålet med de kvantitative analyser er dels at beskrive og analysere udviklingen i kapaciteten på føde- og barselsgange samt implementering og anvendelse af retten til to døgn's barselsophold eller hjemmebesøg blandt førstegangsfødende, som føder ukompliceret.

Formålet med de kvalitative interviews er at afdække afdelingsledelsens og fagpersonalets oplevelser af kendskabet til, kommunikation om og efterspørgsel af retten og perspektiver på, hvorvidt retten er med til at indfri dets formål om støtte, tryghed og faglig vejledning for førstegangsfødende, samt indvirkningen på tilrettelæggelsen af arbejdet og prioritering af ressourcer. Interviews med førstegangsfødende belyser målgruppens oplevelser af tilbuddene. For at sikre repræsentativitet, er informanterne regionalt og geografisk fordelt, fra både større og mindre fødesteder, samt baseret på et bredt udsnit af fagpersonale (særligt jordemødre og sygeplejersker), som bistår fødsler på fødegangen, arbejder på barselsafsnit, eller udfører hjemmebesøg.

Fund fra den kvalitative og den kvantitative dataanalyse er løbende blevet sammenstillet, så hypoteser fra interviews er afprøvet i den kvantitative dataanalyse og omvendt, når det var muligt. Det samlede datagrundlag anvendt både i evalueringens Kapitel 2 og Kapitel 3 udgør besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålet.

Evalueringens datakilder

Den kvantitative dataanalyse er baseret på registerdata leveret af Sundhedsdatastyrelsen, primært med data fra det Medicinske Fødselsregister (MFR), suppleret med data fra Landspatientregisteret (LPR). Hertil er der suppleret med data fra Det Kommunale og Regionale Løndatakontor (KRL) om arbejdsstyrken på fødeområdet målt i antal årsværk.

I foråret 2024 afholdte Accenture samlet 34 interviews fordelt på:

- Tre fokusgruppeinterviews med førstegangsfødende fra alle fem regioner, som har benyttet retten til to døgn's barselsophold (6 deltagere)
- Tre fokusgruppeinterviews med førstegangsfødende fra tre ud af fem regioner, som har benyttet retten til hjemmebesøg (7 deltagere)
- 20 individuelle interviews (26 deltagere) med afdelingsledelse fra alle landets fødesteder
- Otte fokusgruppeinterviews med fagpersonale bestående af jordemødre, sygeplejersker og læger (30 deltagere) fra føde- og barselsgange på otte forskellige fødesteder, hvor alle fem regioner er repræsenteret.

Til ovenstående interviews er der benyttet semistrukturerede interviewguides, som er udarbejdet i overensstemmelse med evalueringskriterierne. Danske Regioner har gennem deres faglige netværk givet input til spørgeguides. Alle interviewdeltagere har givet mundtligt samtykke til, at deres perspektiver må anvendes i evalueringen.

Forbehold ved den kvantitative metode

Der eksisterer ikke direkte data, der angiver, hvorvidt en fødende har gjort brug af retten i forbindelse med et barselsophold eller hjemmebesøg. Det skyldes, at de to tilbud ikke registreres særskilt i de

elektroniske patientjournalssystemer, og derfor heller ikke fremgår af LPR³⁸. Derfor anvendes data for gennemsnitlig indlæggelsestid ved barselsophold samt antal udekontakter efter fødslen, blandt førstegangsfødende, som proxyer for brug af retten.

Hospitalet registrerer indlæggelsestid for førstegangsfødende, der er indlagt efter fødslen, men det findes således ikke i struktureret dataformat hvorvidt 1) indlæggelse skyldes en kompliceret fødsel (fx akut kejsersnit), 2) der er valgt ambulante fødsel med udskrivelse fra hospitalet efter 4-12 timer, eller 3) der er gjort brug af retten til to døgnsoverhold blandt førstegangsfødende ved en ukompliceret fødsel. Proxyen for to døgnsoverhold er derfor beregnet ved den fødendes ophold (indlæggelse) fra barnets fødselstidspunkt og frem til den fødendes udskrivningstidspunkt fra fødselskontakten. Proxyen for hjemmebesøg følger den fødende, og udregnes ved moderens indlæggelsestid (fra barnets fødselstidspunkt) frem til den fødendes udekontakter 72 timer efter barnets fødselstidspunkt. Hertil er hjemmebesøg afgrænset efter, at førstegangsfødende er udskrevet senest 24 timer efter fødsel, som retten foreskriver, jf. *'En god start på livet'*³⁹.

Ved tvivlsspørgsmål undervejs i dataanalysen, har Accenture løbende afstemt udvalgte datapunkter med Sundhedsdatastyrelsen for at sikre datavaliditeten. Det bemærkes, at ovenstående proxyer samt afgrænsning af komplicerede og ukomplicerede fødsler også anvendes for flergangsfødende, når relevant.

Et centralt forbehold ved de kvantitative data er desuden, at det ikke er muligt at skelne mellem fødende, som har takket hhv. ja og nej til tilbud om barselsophold og hjemmebesøg, hvilket betyder, at der kan være førstegangsfødende, som har takket nej, men alligevel indgår i proxyerne. Omvendt kan der også indgå nogle i proxyerne, som har et barselsophold eller hjemmebesøg af andre årsager, end at de har efterspurgt eller takket ja til at gøre brug af retten. Det formodes dog at gælde for en mindre andel af ukomplicerede førstegangsfødende.

Foruden data fra KRL og MFR om kapaciteten på fødeområdet (Kapitel 2.1), var analyser af udvikling i sengepladser og belægningsgrad ønsket. Dette er ikke inkluderet, da datagrundlaget ikke er tilstrækkeligt til at se på sengepladser og belægning på føde- og barselsafsnitsniveau. Dette skyldes, at hospitalet indberetter data på afdelingsniveau (gynækologisk-obstetrisk afdeling), hvilket inkluderer sengepladser til andre patientgrupper end fødende. Da det derfor ikke er muligt at skelne mellem relevante sengepladser for denne evaluering og øvrige sengepladser, er det i samarbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderet, at det ikke er meningsfuldt at inkludere disse analyser baseret på det tilgængelige datagrundlag.

Forbehold ved den kvalitative metode

De væsentligste usikkerheder i det kvalitative data vedrører selektion og repræsentativitet af deltagere.

Udvælgelsen af deltagere til interviews har været målrettet, hvilket kan bidrage til selektionsbias. Deltagere til interviews med afdelingsledelse blev nøje udvalgt vha. Danske Regions netværk for jordemødre. Af disse, hjalp afdelingsledere fra otte fødesteder med at identificere fagpersonale til at deltage i fokusgruppe interviews fra de pågældende fødesteder. Dermed kan der være selektionsbias ifm. udvælgelse af fagpersonalet. Fx kan afdelingsledelsen have udpeget fagpersonale, som de ved,

38 Sundhedsdatastyrelsen (2023). LPR indeholder informationer om undersøgelser og behandlinger af befolkningen på sygehuse og behandling af sygehusansat personale i eget hjem i Danmark. Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen, indberetter sygehusene en række oplysninger. Alle disse oplysninger samles som data i LPR, der administreres af Sundhedsdatastyrelsen. Yderligere information og dokumentation kan tilgås via: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret>

39 Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2022). *Aftale om udmøntning af midler til fødselspakken 'En god start på livet' mellem regeringen, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Alternativet og Kristendemokraterne.*

har et positivt syn på retten.

Deltagere til fokusgruppe interviews med førstegangsfødende blev dels identificeret via Facebook-grupper (terminsgrupper for 2023 og 2024) og vha. afdelingsledelse (fødende fra 2023 og 2024). Dermed er deltagere fundet via to forskellige kanaler, hvor de enten selv har haft mulighed for at tilmelde sig, eller er blevet inviteret af fagpersonale. Dermed kan der være selektionsbias ifm. udvælgelse af førstegangsfødende. Fx kan de, som har deltaget, have haft stærke holdninger og meninger, som de gerne ville dele, siden de har tilmeldt sig eller er blevet udvalgt. Der var desuden et ønske om at interviewe førstegangsfødende, som hverken havde benyttet sig af tilbud om barselsophold eller hjemmebesøg. Det har dog ikke været muligt at finde deltagere, som ikke havde benyttet sig af nogle tilbud, hvorfor denne gruppe ikke er repræsenteret.

Afdelingsledelse på fødestederne i Danmark er i høj grad repræsenteret, mens repræsentativiteten af fagpersonale og førstegangsfødende er lavere. For sidstnævnte gruppe skyldes det dels, at der ikke er foretaget fokusgruppeinterviews med førstegangsfødende, som ikke havde benyttet sig af nogle efterfødselstilbud. Det skyldes, at det ikke har været muligt at finde deltagere, og dermed er evalueringen ikke repræsentativ for denne gruppe af førstegangsfødende. Fagpersonalet peger på, at der i praksis er meget få førstegangsfødende, som ikke gør brug af nogle tilbud, hvilket kan forklare udfordringen med at identificere deltagere. De fokusgruppeinterviews, som er afholdt med førstegangsfødende, der enten har benyttet sig af retten til to døgn's barselsophold eller hjemmebesøg, bærer begge præg af, at der er få førstegangsfødende, som har deltaget fra de enkelte regioner. For gruppen, som har benyttet sig af tilbud om hjemmebesøg, indgår der ikke deltagere fra Region Nordjylland, da det ikke var muligt at identificere nogle. Ligeledes er der ingen deltagere fra Region Sjælland, hvilket skyldes, at regionen ikke havde implementeret tilbud om hjemmebesøg på tidspunktet, hvor dataindsamlingen fandt sted.

Angående fokusgruppeinterviews med fagpersonale er kun otte fødesteder på tværs af regionerne repræsenteret, og dermed er resultaterne fra interviews med netop denne gruppe ikke repræsentativ for alle fødesteder i Danmark. Dog er repræsentativitet forsøgt imødekommet ved at udvælge fødesteder som er regionalt og geografisk fordelt, fra både større og mindre fødesteder, samt baseret på et bredt udsnit af fagpersonale (særligt jordemødre og sygeplejersker), som bistår fødsler på fødegangen, arbejder på barselsafsnit, eller udfører hjemmebesøg.

Desuden er en generel svaghed ved kvalitative interviews, at de baserer sig på individers subjektive holdninger, forestillinger og oplevelser. Det er afgørende at de indsamlede informationer fra interviews er autentiske, dvs. at deltagerne fortæller sandfærdigt om et emne, for at sikre intern validitet. Trods interviewdeltagere i denne evaluering er nøje udvalgt, er det vigtigt at være opmærksom på, at det er en svaghed ved den kvalitative metode.

	To døgn barselsophold	Hjemmebesøg
Beregning af proxy	<p>Proxyen for to døgn barselsophold beregnes ved den fødendes ophold (indlæggelse) fra barnets fødselstidspunkt og frem til fødendes udskrivningstidspunkt fra fødselskontakten.</p>	<p>Proxyen for hjemmebesøg beregnes ved den fødendes ophold (indlæggelse) fra barnets fødselstidspunkt og frem til den fødendes udekontakter 72 timer efter barnets fødselstidspunkt. Hertil er proxyen afgrænset efter at fødende har barselsophold på maks 24 timer efter fødsel inden udskrivelse.</p>
Usikkerheder for proxy	<ul style="list-style-type: none"> • Indberetning af start- og sluttidspunkt for indlæggelse efterregistreres til tider pga. travlhed. • Hvis den fødende har et ophold pga. medicinsk indikation (enten på grund af alvorlig sygdom, skade eller tilstand, der kræver specialiseret behandling eller overvågning) efter fødsel, og der ikke er oprettet en ny diagnosekode for moderens indlæggelse, kan dette ikke frasortes i data. • Fra 2019 og frem er opholdets varighed beregnet på baggrund af eksakte tidspunkter (dato, timer og minutter), mens varighed i perioden fra 2012 til 2018 er beregnet på baggrund af tidspunkter afgrænset ved dato og time. Dette skyldes, at MFR først fra 2019 medtog minutter. 	<ul style="list-style-type: none"> • På mange fødesteder forudsætter hjemmebesøg ambulante fødsel*, dvs. at fødende udskrives indenfor et bestemt tidsinterval. Data er dog ikke afgrænset til de ambulante fødselstilbud, men i stedet 24 timer, som retten foreskriver. • Udekontakter er ikke afgrænset til jordmoderbesøg, da det resulterede i meget få hjemmebesøg, som ikke var i overensstemmelse med det antal hjemmebesøg, som flere fødesteder afrapporterede ifm. interview. • Pga. dataindberetninger og valg af afgrænsninger kan det forekomme, at samme fødende på samme tid i analysen indgår med et barselsophold og et hjemmebesøg. Der er imidlertid tale om meget få tilfælde. • Hvis barnets fødselstidspunkt er ukendt, er der medtaget hjemmebesøg inden for tre dage efter fødselsdatoen.

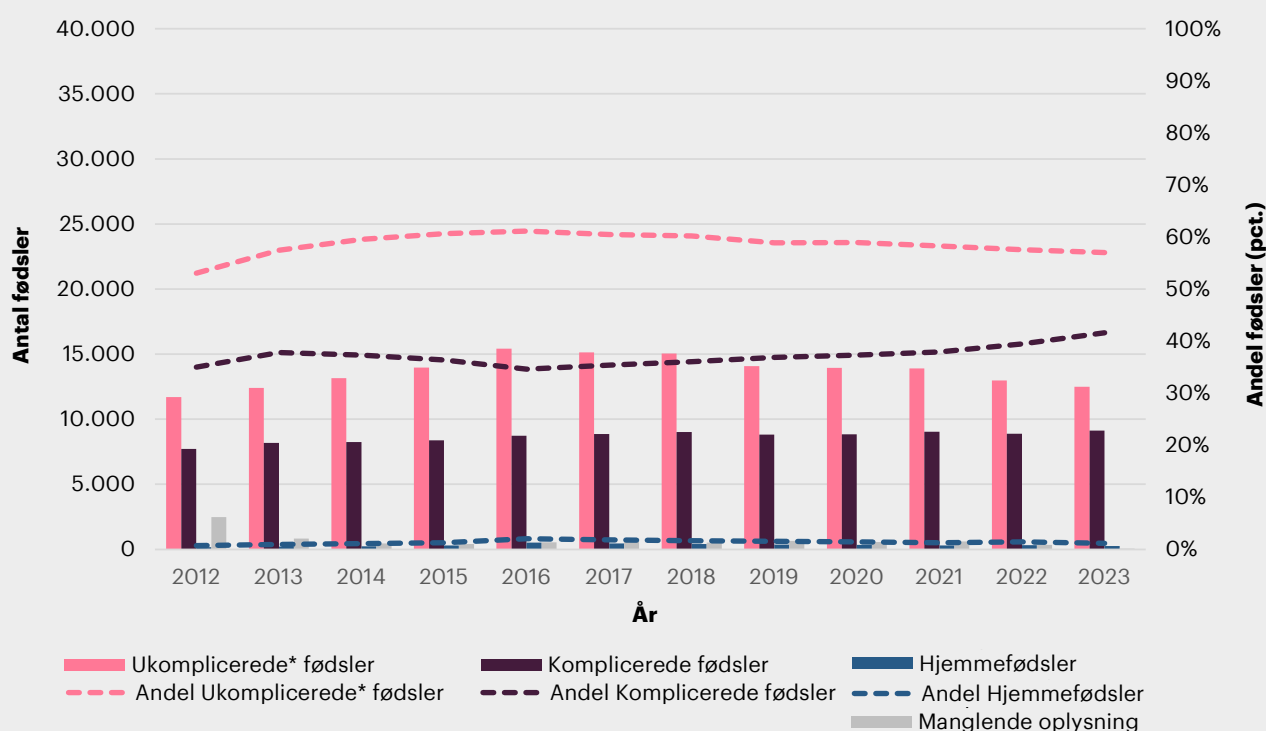
Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (pr. 14. april 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Note: *Kvalitativt definerer fødesteder ambulante fødsel som udskrivelse 4 til 12 timer efter fødsel.

Boks A.3

Udvikling i antal og andel fødsler blandt førstegangsfødende, fordelt på hjemmefødsler og fødselens kompleksitet, 2012-2023

I perioden fra 2012 til 2023 faldt antallet af førstegangsfødende, med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin (GA \geq 37 uger), fra 22.036 til 21.919, svarende til et fald på 117 førstegangsfødende. Andelen af ukomplicerede fødsler er steget fra 53 pct. til 57 pct., mens andelen af komplicerede fødsler er steget fra 35 pct. til 42 pct. i perioden. Andelen af hjemmefødsler er uændret (1 pct.), mens andelen af fødsler med 'manglende oplysning' er faldet fra 11 pct. til 0 pct. i perioden.



Figur: Udvikling i antal og andel (pct.) fødsler blandt førstegangsfødende, fordelt på hjemmefødsler og fødselens kompleksitet, 2012-2023

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra det Medicinske Fødselsregister (pr. 14. april 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Note: *Populationen er afgrænset til fødsler blandt førstegangsfødende med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin (GA \geq 37 uger). Der grupperes på, om den fødende føder hhv. enten hjemme, med ukendt kompleksitet pga. manglende oplysninger, ukompliceret eller kompliceret. Hvis manglende oplysninger om enten grad af bristning, blødningsmængde eller apgarscore efter 5 minutter er disse fødende kategoriseret som 'Manglende oplysning'. I opgørelsen kan antallet af fødende sidestilles med antallet af fødsler i den afgrænsede population.

Boks A.4

Forbehold ved analyser omhandlende 'Udvikling i arbejdsstyrken'

Der er grundlæggende flere forbehold, som skal tages, når man analyserer antal fødsler holdt op mod arbejdsstyrken, hvilket gælder alle analyser i afsnit 2.1.2.

Forbehold ved antal fødsler

Figur 2.2 behandler udviklingen i det samlede antal fødsler holdt op imod arbejdsstyrken i perioden fra 2010 til 2022, mens de resterende to analyser (Figur 2.3 og Figur 2.4) inkluderer perioden fra 2012 til 2022. Dette skyldes, at det ikke er muligt at fordele på hhv. ukomplicerede og komplicerede fødsler i 2010 og 2011, da blødningsmængde for førstegangsfødende ikke er oplyst i perioden. Dog er 2010 og 2011 vurderet relevant at inkludere i kapacitetsberegninger ift. det samlede antal fødsler, idet antallet af fødsler var på sit laveste niveau i 2013 (i perioden fra 2002 til 2023), og derfor kan inklusion af tidligere år (2010 og 2011) hjælpe til at undgå fejlagtige konklusioner, som følge af udsving i fødselstal.

Der er ligeledes forbehold ifm. den anvendte definition for ukomplicerede og komplicerede fødsler⁴⁰, da der ikke findes en universel definition for ukomplicerede og komplicerede fødsler. Ydermere kan andre faktorer komplicere fødslen hos flergangsfødende. Hertil kommer, at der desuden er forskel på at undersøge kompleksiteten af fødsler og graviditeter. Fx undersøger Sundhedsstyrelsen, i Normeringsanalysen fra januar 2024, populationen af graviditeter i øget risiko⁴¹.

Forbehold ved arbejdsstyrken

Da data om antal årsværk er genanvendt fra Sundhedsstyrelsens *Normeringsanalyse*, inkluderer analyserne data fra perioden fra 2010 til 2022. Antal årsværk er valgt frem for antal ansatte, idet årsværk tager højde for at fagpersonale kan være ansat på hhv. fuldtids- deltid- og timelønnede kontrakter. Antal årsværk viser ikke ændringer i arbejdsopgaver og antal kontakter med patienter over tid. Hertil fremhæves i *Normeringsanalysen*, at der er sket en forbedring i kvalitet, større sygelighed og stigende forventninger på fødeområdet, hvilket kan føre til, at arbejdsmængden forbundet med en fødsel ikke er den samme i dag, som den var i fx 2010. Fra *Normeringsanalysen* fremgår det også, at fraværet (inkl. sygefravær og adoptions- og barselsorlov) er steget markant på tværs af faggrupper, både som andel af årsværk og i absolutte tal. Fraværet på fødeområdet voksede fra 2013 til 2022 samlet set med 209 årsværk (inkl. gruppen af 'andre' men fraregnet faggruppen af læger).

De vigtigste forbehold ved at inddrage arbejdsstyrken i Figur 2.2, Figur 2.3 og Figur 2.4 er, at læger er opgjort med tilknytning til det gynækologiske og obstetriske område, mens resterende faggrupper er opgjort med tilknytning til fødeområdet (som er en mindre del af det gynækologiske- og obstetriske område). Det betyder, at det kan være vanskeligt at kombinere analyser bestående af læger og de resterende faggrupper, idet tilknytningsforhold er opgjort på forskellige niveauer.

Faggruppen 'andre' er inkluderet i *Normeringsanalysen*, men ekskluderet fra nærværende analyse, da der indgår 70+ stillingsbetegnelser, hvoraf størstedelen ikke vurderes at udgøre den primære arbejdsstyrke på fødeområde. Eksempler på dette er stillingsbetegnelser såsom telefonister, psykologer og kliniske diætister, mv. I *Normeringsanalysen*, fremgår alle stillingsbetegnelser for kategorien 'andre'⁴².

Forbehold ved at analysere antal fødsler holdt op mod arbejdsstyrken

Antal fødsler holdt op mod arbejdsstyrken anvendes som proxy for aktiviteten på fødeområdet. Til det knytter sig en lang række forbehold. Der bør fx tages forbehold for, at fødeområdet spænder over langt flere opgaver end selve fødslen, og at opgaverne ved fødslen er blevet mere komplicerede for personalet at varetage. Hertil er der flere tidskrævende kontakter under graviditet og efter fødsel samt mere personale til stede ved fødsel, som også kan have betydning for selve fødslen⁴³.

Når udviklingen i antallet af fødsler holdes op mod specifikke faggrupper isoleret, skal der tages forbehold for, at ikke al fagpersonale, som spiller en rolle på føde- og barselgangene, er repræsenteret. Udviklingen holdt op mod specifikke faggrupper kan dog omvendt give indsigt i relevante faggrupper, som spiller en afgørende rolle. Et andet forbehold er, at fagpersonalet kan have forskelligartede arbejdsopgaver, fx administrative, hvorfor reel arbejdstid på føde- og barselgange kan variere både på tværs af faggrupper og tid.

40 Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (2022). *Dataindberetning og datadefinitioner 2022*. Ukomplicerede førstegangsfødsler er baseret på Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF) definition som fravær af følgende komplikationer: Akut kejsersnit, fødsel med kop eller tang, bristning grad III eller IV, episiotomi, blødning ≥ 1000 ml eller et barn, der har Apgar-score $< 9/5$. Komplicerede fødsler er i overensstemmelse dermed i denne rapport defineret ved, at mindst én af de førnævnte komplikationer eller indgreb er forekommet. Dog findes alternative definitioner af ukomplicerede og komplicerede fødsler.

41 Sundhedsstyrelsen (2024). *Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet*. I analysen undersøges populationen af graviditeter i øget risiko – se uddybning på s. 51 i publiceringen.

42 Sundhedsstyrelsen (2024). *Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet*. Se yderligere information om 'andre' faggrupper på side 50 (Tabel B2) i referencen.

43 Sundhedsstyrelsen (2024). *Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet*.

Boks A.5**Regionernes tiltag ved kapacitetsudfordringer og effekter heraf ifm. to døgn barselsophold**

- Fødesteder har haft fokus på fleksibilitet i planlægningen ift. bedst mulig kapacitetsudnyttelse, så retten efterleveres. Det har ført til at nogle fødesteder har gjort mere ud af at tilbyde hjemmebesøg til førstegangsfødende, idet tilbud om hjemmebesøg opleves meningsfuldt, når en tilstrækkelig mængde fødende anvender tilbuddet.
- Fødesteder har tilbudt førstegangsfødende, som føder ukompliceret, to-sengs stuer eller barselsophold på anden matrikel. Det har dels ført til en oplevelse af, at nogle førstegangsfødende som føder ukompliceret generelt venter lang tid på at blive tilset ved indlæggelse grundet utilstrækkelig bemanning af personaleressourcer i praksis. Dels har det også ført til en oplevelse af, at nogle familier tager hjem før to døgn, selvom fagpersonalet vurderer barselsophold mere hensigtsmæssigt. Det kan fx være sårbare førstegangsfødende som tager hjem, hvilket skaber utryghed hos fagpersonalet, idet de ikke har mulighed for direkte at observere og hjælpe de førstegangsfødende.

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper) og afdelingsledelse (20 individuelle interviews), forår 2024.

Boks A.6**Implementeringstilgang fordelt på regioner**

Tiltag iværksat forbundet med implementering af retten på tværs af regioner	Syd-danmark	Midt-jylland	Nord-jylland	Sjælland	Hoved-staden
Ansættelse af mere personale, jf. Fødselsaftalen 'En god start på livet', hvor der blev afsat 100 flere årsværk til fødeområdet på tværs af regioner ⁴⁴	x	x	x	x	x
Etablering og/eller styrkelse af retten til hjemmebesøg, herunder rekruttering/opnormering, opkvalificering af fagpersonales kompetencer, indkøb af udstyr til hjemmebesøg ⁴⁵ , og tilbud om ekstra hjemmebesøg ⁴⁶	x	x	x		x
Styrkelse af retten til barselsophold, herunder åbning af stuer og/eller senge, opnormering på føde- og barselsafsnit samt opkvalificering af personalets kompetencer (ift. ammevejledning)	x	x	x		x
Styrkelse af barselsambulatorium. Fx opnormering til at varetage (virtuelle) opkald	x			x*	x
Ansættelse af implementeringskonsulent(er) til at arbejde med retten	x				
Overordnet omorganisering af fagpersonale som varetager barselsophold og hjemmebesøg, for at kunne efterleve begge tilbud	x	x			x

Tabel: Tiltag forbundet med implementering af retten på tværs af regioner (forår 2024)

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper) og afdelingsledelse (20 individuelle interviews), forår 2024.

Note: *Tiltag iværksat i maj 2023 på et fødested i Region Sjælland, men ikke fastholdt;

**Tiltag iværksat, men hovedsageligt grundet mange opsigelser på et fødested i Region Sjælland. Det bemærkes, at opgørelsen ikke er udtømmende, hvorfor fødesteder kan have iværksat andre tiltag, som ikke er beskrevet.

44 Danske Regioner (2023). *Danske Regioners opfølgning på fødselsaftalen 'En god start på livet' – forår 2023*.

45 Udstyr inkluderer både køretøj til transport ifm. hjemmebesøg og udstyr til prøvetagning på barnet (screening for medfødte sygdomme, PKU og hælbloodprøve).

46 Nogle fødesteder har implementeret tilbud et ekstra hjemmebesøg, som typisk inkluderer prøvetagning på barnet på dag 3.

Tabel A.1

Oversigt over kvalitativ dataindsamling – interviews afholdt med afdelingsledelse

Individuelle interviews afholdt med afdelingsledelse fra alle fødesteder i Danmark					
Nr.	Region	Fødested	Antal deltagere	Stillingsbetegnelse(r) for deltager(er)	Dato for interview
1	Midtjylland	Regionshospitalet Gødstrup	1	Chefjordemoder	19. marts 2024
2	Midtjylland	Regionshospitalet Viborg	1	Chefjordemoder	22. marts 2024
3	Midtjylland	Regionshospitalet Randers	1	Chef jordemoder	21. marts 2024
4	Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	1	Chefjordemoder	26. marts 2024
5	Midtjylland	Regionshospitalet Horsens	1	Chefjordemoder	18. marts 2024
6	Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	1	Chefjordemoder	3. april 2024
7	Nordjylland	Thisted (Aalborg Universitetshospital)	1	Chefjordemoder	2. april 2024
8	Nordjylland	Regionshospitalet Nordjylland	3	Chefjordemoder, chefsygeplejerske og jordemoder	20. marts 2024
9	Syddanmark	Sygehus Sønderjylland	4	Vice chefjordemoder, chefsygeplejerske, oversygeplejerske og implementeringskonsulent	18. marts 2024
10	Syddanmark	Esbjerg og Grindsted Sygehus	2	Chefjordemoder og implementeringskonsulent	3. april 2024
11	Syddanmark	Odense Universitetshospital	1	Vice chefjordemoder	14. marts 2024
12	Syddanmark	Sygehus Lillebælt	1	Chefjordemoder	2. april 2024
13	Sjælland	Sjællands Universitetshospital	1	Chefjordemoder	25. marts 2024
14	Sjælland	Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse	1	Chefjordemoder	20. marts 2024
15	Sjælland	Holbæk Sygehus	1	Chefjordemoder	20. marts 2024
16	Hovedstaden	Rigshospitalet	1	Chefjordemoder	25. marts 2024
17	Hovedstaden	Hørlev-Gentofte Hospital	1	Chefjordemoder	4. april 2024
18	Hovedstaden	Hvidovre-Amager Hospital	1	Chefsygeplejerske	26. marts 2024
19	Hovedstaden	Nordsjællands Hospital	1	Chefjordemoder	18. marts 2024
20	Hovedstaden	Bornholms Hospital	1	Oversygeplejerske	5. april 2024

Tabel A.2

Oversigt over kvalitativ dataindsamling – interviews afholdt med fagpersonale

Nr.	Region	Fødested	Antal deltagere	Stillingsbetegnelse(r) for deltager(er)	Tid og dato for interview
1	Midtjylland	Regionshospitalet Viborg	5	Jordemoder (4) og sygeplejerske	10. april 2024
2	Midtjylland	Regionshospitalet Horsens	2	Oversygeplejerske og sygeplejerske	10. april 2024
3	Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	3	Vice chefjordemoder, jordemoder og sygeplejerske	11. april 2024
4	Syddanmark	Esbjerg og Grindsted Sygehus	3	Jordemoder (2) og specialeansvarlig sygeplejerske	18. april 2024
5	Syddanmark	Odense Universitetshospital	3	Jordemoder (2) og sygeplejerske	16. april 2024
6	Sjælland	Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse	4	Vice chefjordemoder, oversygeplejerske, sygeplejerske og ledende obstetrisk overlæge	5. april 2024
7	Hovedstaden	Rigshospitalet	6	Vice chefjordemoder, koordinerende jordemoder, og jordemoder (4)	8. april 2024
8	Hovedstaden	Nordsjællands Hospital	4	Chefjordemoder, oversygeplejerske, sygeplejerske og jordemoder	8. april 2024

Tabel A.3

Oversigt over kvalitativ dataindsamling – interviews afholdt med førstegangsfødende

Fokusgruppe interviews afholdt med førstegangsfødende, med ukomplicerede fødsler, der har benyttet retten til to døgn barselsophold eller hjemmebesøg på fødesteder i Danmark				
Nr.	Anvendt tilbud om...	Regioner repræsenteret	Antal deltagere	Tid og dato for interview
1	To døgn barselsophold	Sjælland, Midtjylland og Syddanmark	3	5. april 2024
2	To døgn barselsophold	Nordjylland	1	29. april 2024
3	To døgn barselsophold	Nordjylland og Hovedstaden	2	30. april 2024
4	Hjemmebesøg	Syddanmark og Midtjylland	2	29. april 2024
5	Hjemmebesøg	Syddanmark og Midtjylland	3	29. april 2024
6	Hjemmebesøg	Midtjylland og Hovedstaden	2	30. april 2024

Afdelingsledelse og fagpersonale:

- I hvilken grad vurderer du/I, at retten er implementeret på din afdeling?
- Hvilke tilbud havde I til førstegangsfødende før retten blev implementeret?
- Hvordan karakteriseres de førstegangsfødende, der gør brug af hhv. barselsophold eller hjemmebesøg?
- Hvordan bliver de to typer tilbud (barselsophold og hjemmebesøg) anvendt, og hvad er fordelene ved den ene frem for den anden?
- I hvilken grad oplever I, at retten bidrager til tryghed og støtte hos den førstegangsfødende?
- I hvilken grad oplever I, at retten bidrager til tid til faglig vejledning?
- Hvordan påvirker retten arbejdet på fødegangene og barselsafsnittene?

Førstegangsfødende:

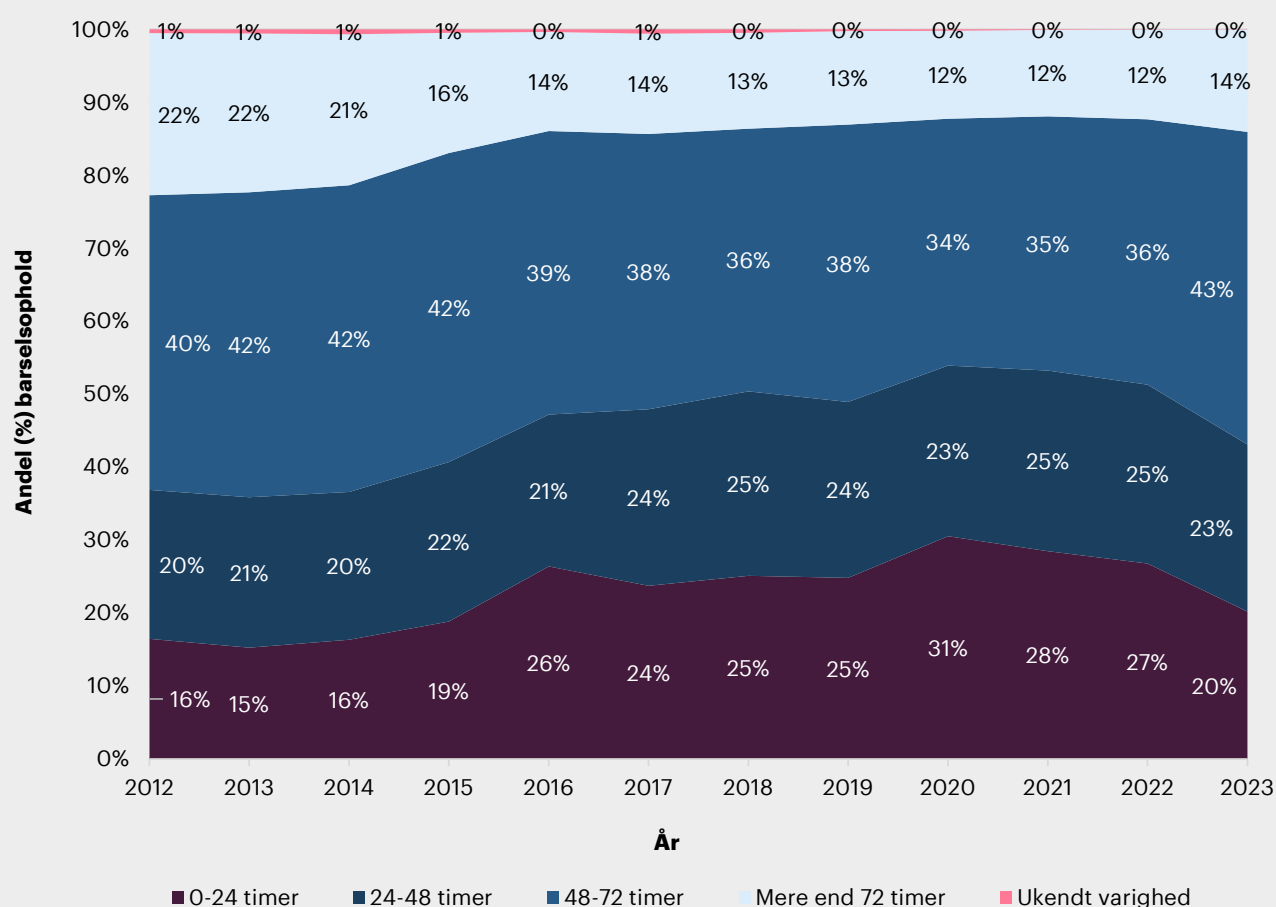
- Kendte I til retten allerede inden fødslen?
- Hvordan følte I jer, da I tog hjem ved udskrivelse?
- Hvorfor valgte I at anvendte retten til to døgn barselsophold eller hjemmebesøg? Havde I overvejelser om at benytte jer af det andet tilbud?
- I hvilken grad oplever I, at barselsophold eller hjemmebesøg har bidraget til tryghed og støtte for jer?
- Var der mulighed for at få faglig vejledning og stille spørgsmål under barselsopholdet eller hjemmebesøget?

Boks A.8

Udvikling i andel førstegangsfødende, der har hhv. op til et døgn, op til to døgn, op til tre døgn og over tre døgn barselsophold, 2012-2023

Andelen (pct.) af førstegangsfødende, som har haft et døgn barselsophold eller mindre, er faldet fra 31 pct. til 20 pct., mens andelen som har haft barselsophold i et til to døgn, er faldet fra 25 pct. til 23 pct i perioden fra 2020 til 2023. Derimod ses en stigning i andelen af førstegangsfødende, i perioden 2020 til 2023, som har haft to til tre døgn barselsophold, fra 34 pct. til 43 pct., samt i andelen, som har haft barselsophold på mere end tre døgn, fra 12 pct. til 14 pct., ud af alle førstegangsfødende. Hertil ses det, at udviklingerne er sket med større hastighed fra 2022 til 2023, hvor man påbegyndte implementeringen af retten.

Det antages, at barselsophold op til et døgn omfatter populationen af fødende med ambulante fødselsforløb som evt. benytter tilbud om hjemmebesøg, mens de resterende tidsinddelinger (mere end et døgn) antages at omfatte populationer af fødende, som har benyttet sig af tilbud om barselsophold.



Figur: Andel (pct.) førstegangsfødende, der har hhv. op til et døgn, op til to døgn, op til tre døgn og over tre døgn barselsophold, 2012 til 2023.

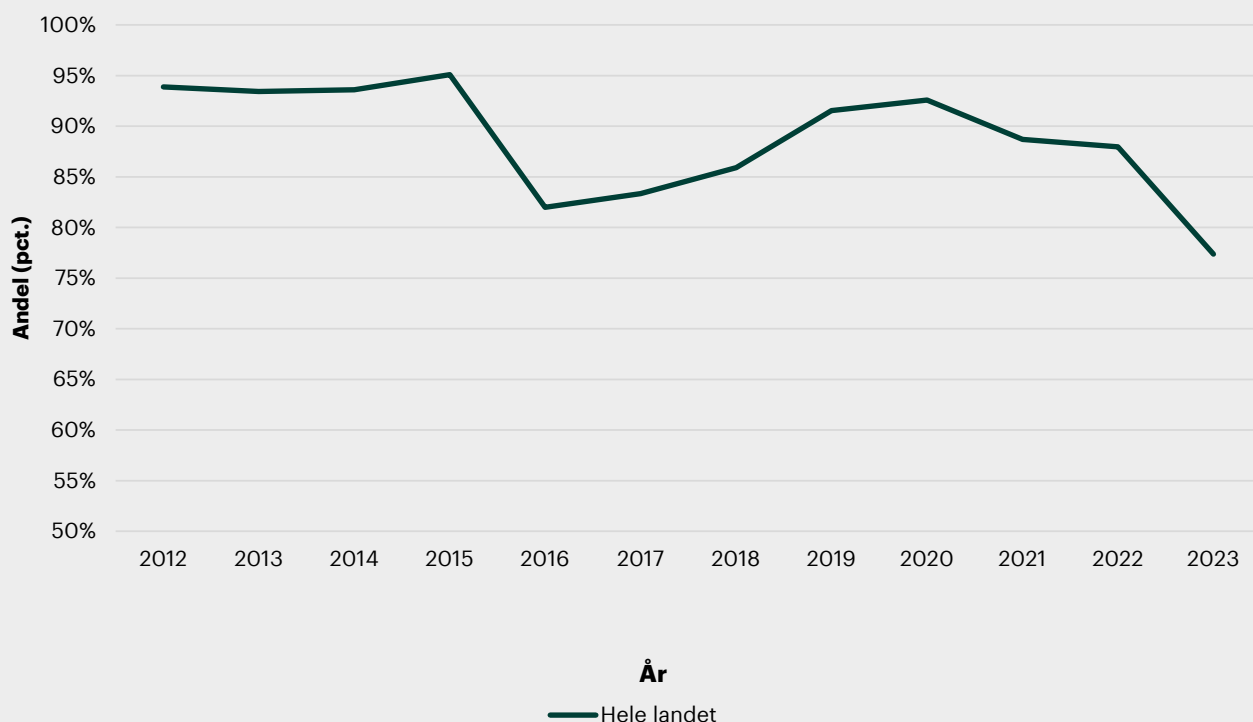
Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (pr. 14. april 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Note:*Populationen er afgrænset til fødsler blandt førstegangsfødende med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin (GA ≥ 37 uger).

Boks A.9

Udvikling i andel førstegangsfødende, som udskrives inden for 24 timer efter fødsel blandt førstegangsfødende med hjemmebesøg, 2012-2023

Udviklingen i andel (pct.) førstegangsfødende, som udskrives inden for 24 timer efter fødsel blandt førstegangsfødende med hjemmebesøg, bærer generelt præg af periodiske udsving fra år til år i perioden fra 2012 til 2023. Fokuseres der blot på udviklingen fra 2022 til 2023, efter retten blev påbegyndt implementeret, ses det, at andelen som udskrives inden for 24 timer efter fødsel, blandt førstegangsfødende med hjemmebesøg, er faldet fra 88 pct. til 77 pct, svarende til et fald på 11 pct. point. Andelen som udskrives inden for 24 timer efter fødsel, blandt førstegangsfødende med hjemmebesøg, er dermed på sit laveste i 2023 ud af hele perioden. Data viser dermed, at knap en fjerdedel (23 pct.) både havde et barselsophold, på mere end 24 timer, og et hjemmebesøg blandt førstegangsfødende med hjemmebesøg.



Figur: Udvikling i andel (pct.) som udskrives inden for 24 timer efter fødsel blandt førstegangsfødende med hjemmebesøg, som føder ukompliceret*, 2012-2013.

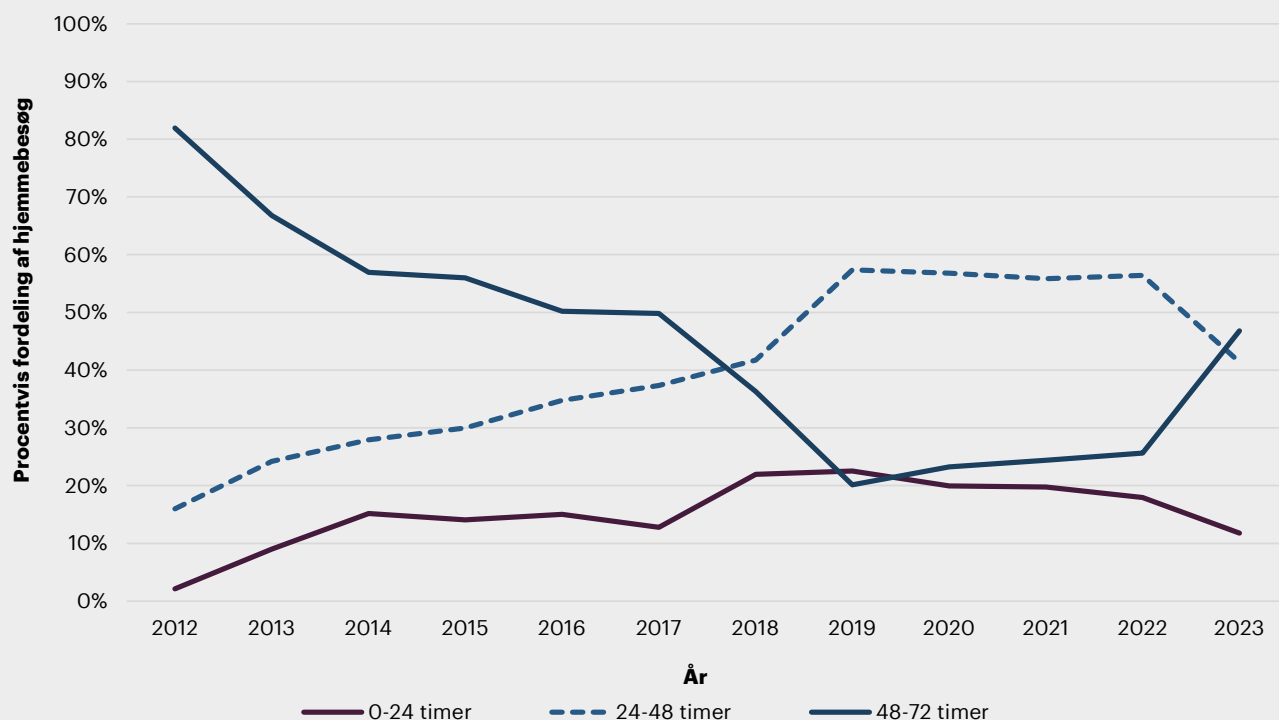
Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (pr. 14. april 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Note: *Populationen er afgrænset til fødsler blandt førstegangsfødende med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin (GA ≥ 37 uger).

Boks A.10**Udvikling i andel hjemmebesøg blandt førstegangsfødende udskrevet inden for 24 timer med hjemmebesøg fordelt på tidsintervaller, 2012-2023**

Udviklingen i andel (pct.) hjemmebesøg blandt førstegangsfødende udskrevet inden for 24 timer med hjemmebesøg fordelt på tidsintervaller (0-24 timer, 24-48 timer og 48-72 timer) bærer præg af periodiske udsving fra 2012 til 2023. I denne periode steg andel hjemmebesøg mellem 0-24 timer blandt førstegangsfødende fra 2 pct. til 12 pct, svarende til en stigning på 10 pct. point. Andel hjemmebesøg mellem 24-48 timer blandt førstegangsfødende er steget fra 16 pct. til 41 pct., svarende til en stigning på 25 pct. point. Andel hjemmebesøg mellem 48-72 timer blandt førstegangsfødende er faldet fra 82 pct. til 47 pct, svarende til et fald på 35 pct. point.

Fokuseres der blot på udviklingen fra 2022 til 2023, efter retten blev påbegyndt implementeret, ses det, at andel hjemmebesøg mellem 0-24 timer blandt førstegangsfødende faldt fra 18 pct. til 12 pct., svarende til et fald på 6 pct. point. Andel hjemmebesøg mellem 24-48 timer blandt førstegangsfødende er faldet fra 56 pct. til 41 pct., svarende til et fald på 15 pct. point. Andel hjemmebesøg mellem 48-72 timer blandt førstegangsfødende er steget fra 26 pct. til 47 pct, svarende til en stigning på 21 pct. point. Dermed udgør andel hjemmebesøg mellem 48-72 timer blandt førstegangsfødende næsten halvdelen af alle hjemmebesøg mellem 0-72 timer i 2023 (47 pct.).



Figur: Andel (pct.) med hjemmebesøg blandt førstegangsfødende*, som føder ukompliceret og udskrives inden for 24 timer, fordelt på tidsintervaller for hjemmebesøg, 2012-2023

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra det Medicinske Fødselsregister (pr. 4. maj 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Note: *Populationen er afgrænset til fødsler blandt førstegangsfødende med intenderet vaginal fødsel af ét barn i hovedstilling til termin (GA \geq 37 uger).

Fra Sundhedsstyrelsens udgivelse 'Anbefalinger for svangreomsorgen' fra 2022, beskrives, at fødende, der kommer hjem inden for de første 72 timer, får besøg af sundhedsplejersken efter 4-5 dage derhjemme. Ved længere indlæggelse på mere end 72 timer, kommer sundhedsplejersken på hjemmebesøg syv dage efter udskrivelse⁴⁷. Det første sundhedsplejerskebesøg er således afhængigt af, om udskrivelsestidspunktet ligger før eller efter tre døgn. Nedenfor beskrives fagpersonalet og førstegangsfødendes oplevelser af udfordringer ved udskrivelsestidspunkt ift. sektorovergang mellem hospital og kommunal sundhedspleje.

Udskrivelse indenfor tre døgn

Fagpersonale og førstegangsfødende oplever betydelig forskel mellem kommuner ift. hvornår det første sundhedsplejerskebesøg ligger. Besøget er vigtigt for fagpersonale idet den fødende samtidig overgår fra hospital til kommune, og dermed frigives tid når den fødende overgår til den kommunale sektor.

Fagpersonale påpeger, at der er tilfælde, hvor det første sundhedsplejerskebesøg ikke ligger inden for 4-5 dage efter fødsel, som ellers er retningslinjerne. Hospitalerne er ansvarlige for fødende de første syv dage efter fødsel⁴⁸. I de tilfælde, hvor sundhedsplejersken kommer på besøg mere end syv dage efter fødslen, stiller fagpersonalet spørgsmål tegn ved, hvem der i praksis påtager sig ansvaret for de fødende, hvis de har brug for hjælp eller har spørgsmål. Selvom ansvaret for den fødende ophører efter syv dage, kan travlhed i sundhedsplejen føre til, at fagpersonalet føler sig forpligtet til at hjælpe de fødende, hvilket kan øge presset på fødestedet.

Udskrivelse efter tre døgn

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, at sundhedsplejersken kommer på besøg efter aftale med den fødende, hvis man er indlagt i mere end 72 timer. Fagpersonalet og førstegangsfødende oplever det som problematisk, at det første sundhedsplejerskebesøg bliver udsat, hvis barselsopholdet varer i mere end 72 timer. Der er generelt manglende opmærksomhed på denne konsekvens hos fagpersonale og førstegangsfødende. I praksis oplever fagpersonalet at der kan gå lang tid, og der er nævnt flere eksempler på, at der er gået 10-14 dage før sundhedsplejerskebesøg er fundet sted. Det mener fagpersonalet er for lang tid, taget i betragtning af, at barselsopholdet kun forlænges med ét døgn. Fagpersonalet påpeger derfor, at der er behov for tydeligere kommunikation om overgangen mellem hospital og kommune.

Kilde: Kvalitative interviews med fagpersonale (8 fokusgrupper) og førstegangsfødende (6 fokusgrupper), forår 2024.

⁴⁷ Sundhedsstyrelsen (2022). *Anbefalinger for svangreomsorgen*.

⁴⁸ Sundhedsstyrelsen (2022). *Anbefalinger for svangreomsorgen*.

accenture



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Danmark