



Departementet for Sundhed

---

## Forslag til handleplan for svangreomsorg og fødselsbetjening i Sundhedsvæsenet



## Indhold

Forord .....	1
Indledning.....	2
Baggrund .....	3
Fødsler i dag .....	4
Udvikling i sikkerheden for mor og barn .....	5
Centraliseringens indvirken på fødende, familier og lokalsamfund.....	7
Fødesteder og svangreomsorg.....	8
Retningslinjer for fødselsberedskabet .....	8
Retningslinjer for Svangreomsorgen .....	9
Handleplanens indsatsområder og initiativer .....	10
Oversigt over handleplanens initiativer .....	12
Proces for implementering og initiativbeskrivelser .....	12
Opfølgning på handleplanen .....	20
Referencer .....	21

## Forord

I Naalakkersuisut lægger vi stor vægt på sikkerheden i forbindelse med graviditet og fødsel. Undersøgelser viser, at der har været en klar positiv udvikling i sikkerheden for mor og barn her i landet siden 1970'erne. I dag er mødre dødeligheden er nært nul, der er få dødfødsler og fødselsskader, samt en lav dødelighed inden for de første syv døgn. Det er ikke muligt at give et entydigt svar på årsagen til denne positive udvikling, men det vurderes, at en række faktorer har haft en positiv effekt. Det må forventes at være en kombination af udviklingen i adgangen til sundhedsydelser og Sundhedsvæsenets kvalitet. Herudover indførelsen af de perinatale retningslinjer og den medfølgende centralisering. Dertil kommer udviklingen i de helt grundlæggende levevilkår for de gravide og deres familier, herunder boligforhold, ernæring og socioøkonomiske forhold (Olesen, et al. 2023). Det kan ikke konkluderes, om indførelsen af perinatale retningslinjer og tilhørende centralisering direkte har forbedret sikkerheden for mor og barn (Olesen, et al. 2023). Men det er klart for Naalakkersuisut, at vi ikke skal slække på disse retningslinjer og risikere patientsikkerheden.

Naalakkersuisut har ikke planer om at reducere antallet af fødesteder. Sundhedsvæsenet oplever dog, at det bliver tiltagende sværere at opretholde fødselsberedskabet i sundhedsregionerne som følge af rekrutteringsudfordringerne. Derfor skal bemanningen på Dronning Ingrid's Hospital opnormeres og styrkes. Svangreomsorgen i sundhedsregionerne skal ligeledes kysten forbedres. Dette omfatter øget bemanning på sundhedsenhederne og på sigt bedre ledsagermuligheder for familier, der rejser for at føde. Disse initiativer er del af en langsigtede strategi for at udvikle og forbedre svangreomsorgen og fødselsbetjeningen over de kommende år.

I denne handleplan præsenteres en række overordnede indsatsområder og konkrete initiativer for de kommende års styrkelse af svangreomsorgen og fødselsbetjeningen.

## Indledning

Ved Inatsisartut forårssamling 2023 blev det vedtaget, at Naalakkersuisut skulle udarbejde en handlingsplan i samarbejde med relevante interessenter, for løsningerne for de fødende og deres familier jf. Forslag til Inatsisartutbeslutning - FM2023/66<sup>1</sup> og Betænkningen afgivet af Familie- og Sundhedsudvalget vedr. FM2023/66<sup>2</sup>.

Naalakkersuisut indgik med et flertal af Inatsisartuts partier et sundhedsforlig under Efterårssamlingen 2023. Med forliget var det hensigten at sikre en klar politisk retning for sundhedsområdets arbejde i de kommende år, så forligets tiltag kan omsættes til virkelighed på en måde og i et tempo, som er foreneligt med Sundhedsvæsenets evner og ressourcer.

Fødselsområdet er et prioriteret område i Sundhedsforliget. Det er samtidig et område med mange facetter og handler både om at sikre sunde graviditeter, trygge rammer for fødsler samt god opfølgning på familien i barnets første leveår. Det er Naalakkersuisuts målsætning, at svangreomsorgen og fødselsbetjeningen i Sundhedsvæsenet skal styrkes over de kommende år med fokus på hele familien.

Nærværende handleplan er udarbejdet på baggrund af Inatsisartutbeslutningen fra FM2023, og er baseret på Sundhedskommissionens betænkning<sup>3</sup>, Sundhedsforliget fra 2023<sup>4</sup> og rapporten *Muligheder og begrænsninger for fødselsbetjeningen set i et udviklingsperspektiv* (Olesen, et al. 2023).

Handleplanen indeholder indledningsvis en beskrivelse af den historiske udvikling indenfor fødselsområde og i fødselstallet. Herudover gives en introduktion til udviklingen i sikkerheden for mor og barn samt centraliseringens indvirken på fødende, familier og lokalsamfund. Herefter beskrives rammerne for den aktuelle fødselsbetjening og svangreomsorg. Afslutningsvis præsenteres en række overordnede indsatsområder og konkrete initiativer for de kommende års styrkelse af svangreomsorgen og fødselsbetjeningen.

---

<sup>1</sup> Forslag til Inatsisartutbeslutning FM2023/66.

<sup>2</sup> Betænkning afgivet af Familie- og Sundhedsudvalget vedr. FM2023/66

<sup>3</sup> Sundhedskommissionens betænkning, Vores sundhedsvæsen – vores fælles ansvar, 2023.

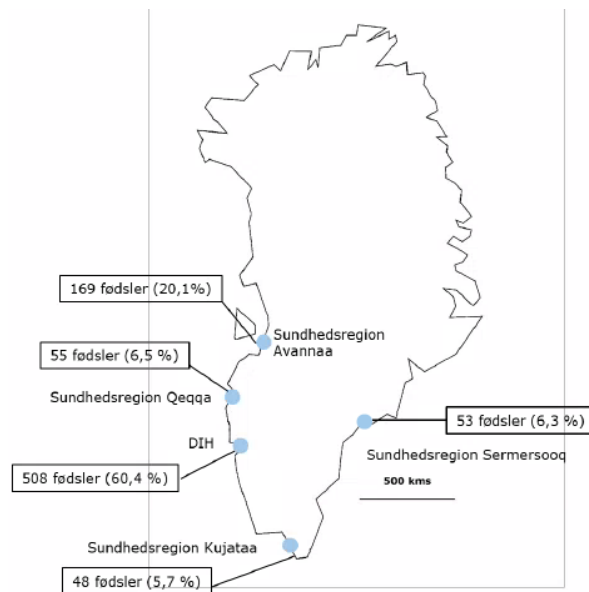
<sup>4</sup> Sundhedsforlig - Politisk rammeaftale for arbejdet med en styrkelse af sundhedsområdet, Naalakkersuisut, 2023.

## Baggrund

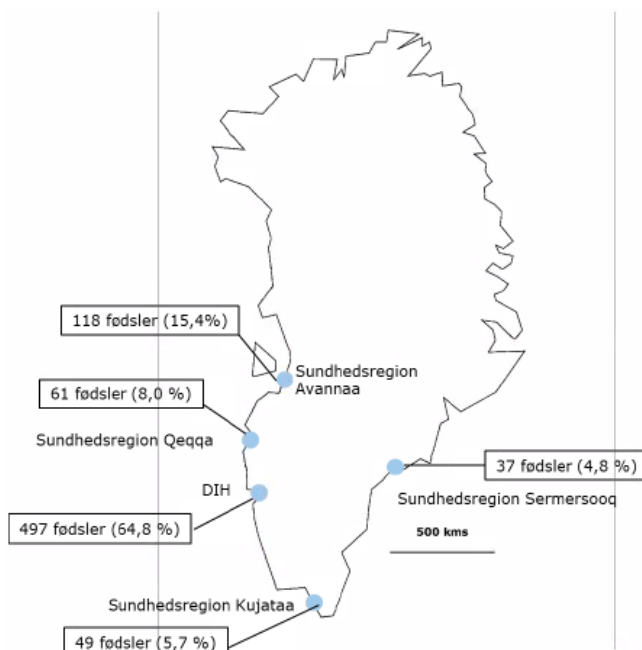
I de seneste 20 år er der blevet født mellem 750 og 950 levendefødte børn hvert år. Da centraliseringen af fødselsområdet indledtes i perioden 1996-2000, skyldtes det blandt andet en mangel på autoriserede jordemødre, stigende udgifter til at flytte kvinder i fødsel og et ønske om at nedbringe den høje spædbørnsdødelighed (Bjerregaard, Misfeldt, Kern, & Nielsen, 1994; Montgomery- Andersen, Douglas, & Borup, 2013). I 2002 blev centraliseringen af fødselsbetjeningen igangsat via de landsdækkende perinatale retningslinjer på fødselsområdet (Persson og Kern 2004). I retningslinjerne fremgik kravene til det enkelte fødested, herunder tilstedeværelsen af fødselssagkyndigt personale og mulighed for at yde akut hjælp for eksempel ved behov for akut kejsersnit. Af retningslinjerne fremgik det desuden, at alle forventede komplicerede fødsler skulle foregå på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk. Retningslinjerne betød dermed, at det ikke længere var muligt at føde i byer uden et sygehus/sundhedscenter, og at gravide heller ikke kunne tilbydes fødsel på et sygehus, hvis ikke der var en jordemoder, en læge, der kunne lave et kejsersnit, samt personale, der kunne assistere ved kejsersnittet og en bioanalytiker (Bjerregaard et al. 2008). Det har ikke været muligt at føde i bygder siden 1971 (Montgomery-Andersen 2013). Gravide kvinder, som er bosat uden et fødested, rejser derfor ud af lokalsamfundet i ugerne op til deres forventede termin for at føde på et sygehus eller et sundhedscenter med fødestedsstatus. I 2020 var det 52,1 %, og i 2021 var det 54,6 %, som fødte i egen by – og altså dermed ikke rejste for at føde (Landslægeembedet, 2023).

## Fødsler i dag

I 2020 og i 2021 blev der født henholdsvis 841 børn og 766 børn, hvor moderen havde bopæl i Grønland, eller hvor moderen havde folkeregister adresse i Danmark, men fødte i Grønland. Begge år blev cirka 2/3 af de nyfødte børn født på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) i Nuuk. Der blev herudover født et betydeligt antal børn på regionshospitalet i Ilulissat, hvor 1/5 af alle nyfødte blev født i 2020 og omkring 1/6 i 2021 (Landslægeembedet, 2023). Figur 1 og 2 viser antal fødsler på de enkelte fødesteder i henholdsvis 2020 og 2021.



Figur 1: Antal fødsler fordelt på sundhedsregioner i 2020. Det enkelte fødested er markeret med blåt. NB. Desuden foregik 3 fødsler (0,4%) i region Disko og 5 fødsler (0,6%) i Danmark (Landslægeembedet, 2023).



Figur 2: Antal fødsler fordelt på fødesteder i 2021. NB. Desuden foregik 2 (0,3%) i region Disko og 2 (0,3%) fødsler i Danmark (Landslægeembedet, 2023).

Omkring halvdelen af de fødende på DIH kom fra en by/bygd et andet sted i landet end Nuuk og havde dermed rejst til DIH for at føde. I 2020 var der 11 kvinder, som fødte i en by eller bygd, der ikke var godkendt som fødested. Der var to fødsler i Aasiaat, seks fødsler i Maniitsoq, én i Uummannaq, én i Savissivik og én tvillingefødsel i Kuummiut. I 2021 var der seks fødsler i en by eller bygd, som ikke er godkendte fødesteder, heraf var to fødsler i Aasiaat, én i Upernavik, én i Maniitsoq, én i Paamiut og én i Ittoqqortoormiit (Landslægeembedet, 2023). Fraset en enkelt, der selv ønskede at føde i Uummannaq, var alle fødsler på ikke-udpegede fødesteder for tidligt fødte og planlagt til at foregå i Nuuk eller Ilulissat.

I 2020 og 2021 blev henholdsvis 82 og 70 børn født via kejsersnit, hvilket svarer til cirka en 1/10 af alle nyfødte. Kun en enkelt ud af de dødfødte begge år blev forløst ved akut kejsersnit. Der var relativt flest udførte kejsersnit på DIH. Dette kan forklares med, at alle planlagte kejsersnit foretages på DIH, og at risikofødsler henvises til DIH, idet der er større risiko for et akut kejsersnit.

### Udvikling i sikkerheden for mor og barn

Ud fra eksisterende data er det vanskeligt at dokumentere, om centraliseringen af fødslerne har påvirket omfanget af dødfødsler og/eller fødsler, der har medført skader på de nyfødte. Der er dog en klar faldende tendens set over et længere tidsperspektiv. Spædbørnsdødelighed samt skader på nyfødte skal nødvendigvis ses i et bredere perspektiv, der ud over adgangen til sundhedsydelse og Sundhedsvæsenets kvalitet inkluderer helt grundlæggende levevilkår for de gravide og deres familier. Boligforhold, ernæring, socioøkonomiske forhold, forekomst af smitsomme sygdomme mv. er afgørende at tage med i betragtningen.

Begrebet perinatal dødelighed anvendes frem for spædbørnsdødeligheden i denne handleplan, fordi den perinatale dødelighed i højere grad vurderes at være et udtryk for Sundhedsvæsenets funktion og evne til at tilse gravide før og efter fødslen og dermed varetage et optimalt fødselsforløb.

Dette tal beregnes herefter som en andel af alle fødsler, både levendefødte og dødfødte, og rapporteres per 1.000 fødsler. Ved at inkludere nyfødte, der dør inden for det første døgn, medtages også de dødsfald, der kan forekomme på grund af mangler i fødselsforløbet, for eksempel på grund af begrænset adgang til jordemoderfaglig og lægefaglig støtte. Tilsvarende kan mangelfulde fødselsforløb være årsag til blivende handicap, hvilket ikke kan aflæses i den perinatale dødelighed.

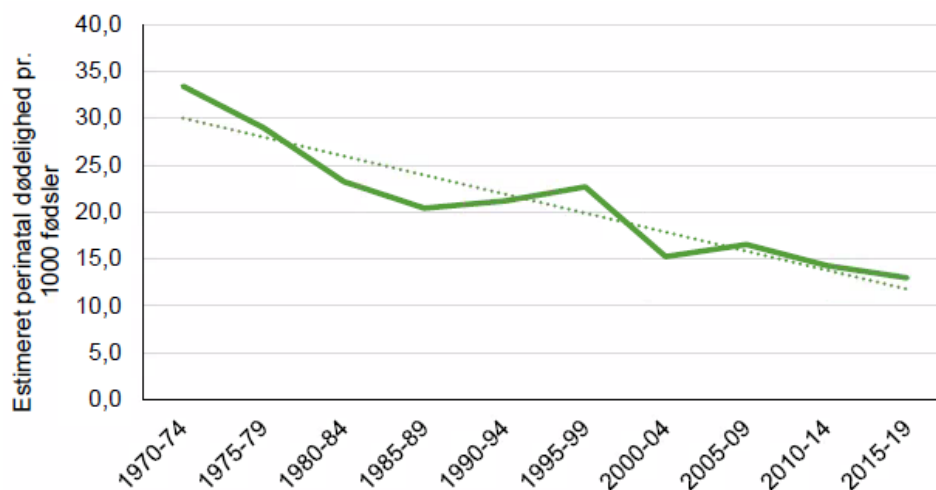
$$\text{Perinatal dødelighed} = \frac{\text{Antal dødfødsler} + \text{døde i første leveuge}}{\text{Antal levendefødte} + \text{dødfødte}}$$

Fra 1985 til 2012 blev der publiceret en del videnskabelige artikler og rapporter om spædbørnsdødelighed og perinatal dødelighed i Grønland (Bjerregaard, 1985, 1986; Bjerregaard, Kristensen, Olesen, & Secher, 2012; Bjerregaard & Misfeldt, 1992;



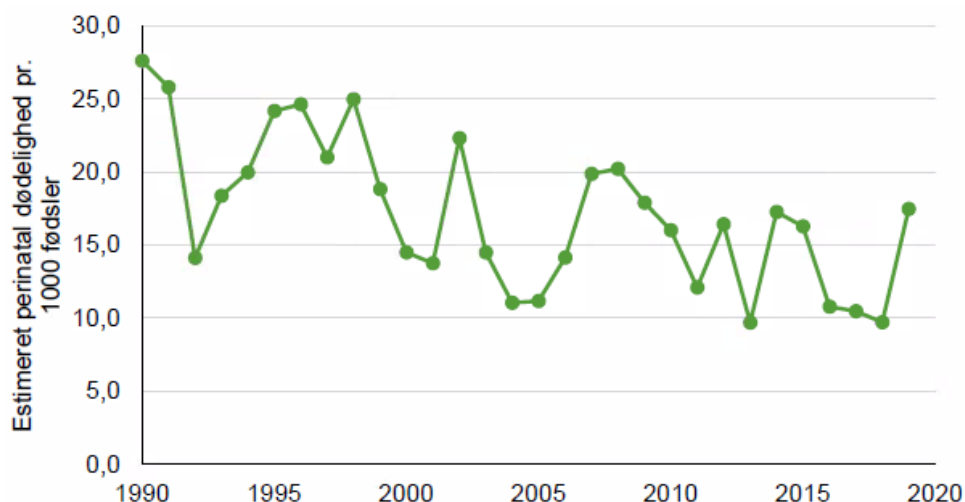
Bjerregaard et al., 1994; Bjerregaard & Olesen, 2010; Friberg, Koch, Stenz, Wohlfahrt, & Melbye, 2004; Aaen-Larsen & Bjerregaard, 2003). Konklusionerne fra disse undersøgelser var, at spædbarnsdødeligheden i Grønland var relativt høj sammenlignet med de lande, der har den laveste dødelighed om end aftagende, at der var store regionale forskelle, og at der var en forskel mellem Grønland og Danmark, som svarede til 30 års udvikling (i levevilkår og sundhedsvæsen).

Nedenfor fremgår et estimat over den perinatale dødelighed gennem de sidste 50 år (figur 3) samt den estimerede perinatale dødelighed opdelt på enkelte år tilbage fra 1990 (figur 4). Der mangler tal for antal dødfødte for årene 1983-86 og 2010-17, og det er uvist, om registreringen af dødfødte for de øvrige år er pålidelig. På grund af forskellige registreringspraksis er tallene vanskelige at sammenligne på tværs af lande.



Figur 3: Estimeret perinatal dødelighed i Grønland 1970-2019. Kilder: Landslægeembedet Grønlands Statistik, Dødsårsagsregister for Grønland. På grund af manglende data er antal dødfødte i 1983-86 anslået med et groft estimat til otte om året og 2010-17 til fem om året, svarende til det afrundede gennemsnit for et år før og to år efter perioden.

Der er store udsving år for år, men figur 3 viser på femårsgrupper en jævnt faldende perinatal dødelighed fra 1970 til 2019. Det er ikke muligt ud fra figur 3 eller figur 4 at udtale sig om, hvorvidt der var et særligt fald i den perinatale dødelighed omkring indførelsen af de reviderede perinatale retningslinjer i 2002, fordi kurverne viser, at der har været tale om et jævnt fald over tid med store udsving år for år.



Figur 4: Estimeret perinatal dødelighed på enkelte år 1990-2019.

Overordnet set viser tallene, at udviklingen henimod en lavere perinatal dødelighed allerede var i gang i 1970'erne og 1980'erne. Da det på baggrund af eksisterende data ikke er muligt at sige noget om udviklingen af fødselsskader, og da udviklingen i den perinatale dødelighed er behæftet med usikkerhed, er det imidlertid ikke muligt at bruge eksisterende tal til at aflæse direkte sundhedsmæssige effekter af centraliseringen.

### Centraliseringens indvirken på fødende, familier og lokalsamfund

Der er flere studier, der kan give indblik i andre aspekter af centraliseringen, og hvordan den har påvirket de fødende, familier og lokalsamfund. Undersøgelser viser, at borgernes perspektiver på fødsler historisk set har ændret sig. I 1950'erne opfattede man fødsler som noget, man tog sig af i lokalsamfundet, men dette har ændret sig frem til 2001, hvor fødsler blev betragtet som noget mere privat, og det blev et emne med politisk interesse (Montgomery-Andersen et al., 2013). På baggrund af et spørgsmål i Befolkningsundersøgelsen i 1993 og i 2005, hvor deltagerne blev spurgt om, hvor de foretrak at normale fødsler skal foregå, fandt Bjerregaard og Olesen, at befolkningens præferencer også har ændret sig i takt med centraliseringen. I 1993-1994 var det 74,2 % af befolkningen, der foretrak, at normale fødsler foregik på det lokale hospital, og dette steg til 85,3 % i 2005-2008 (Bjerregaard & Olesen, 2010).

Litteraturen viser, at det ikke er uden konsekvenser at flytte gravide kvinder væk fra deres hjem og netværk i forbindelse med en fødsel. Undersøgelser viser, at kvinder har berettet om ensomhed, angst og vrede i forbindelse med fødsler uden for deres lokalsamfund, men mange har accepteret situationen ud fra et ønske om at beskytte deres ufødte børn (Montgomery-Andersen, Willen, & Borup, 2010). Set fra jordemødrenes perspektiv har centraliseringen ikke kun haft konsekvenser for den enkelte gravide, men også sociale konsekvenser for hele den gravide familie. Når en gravid kvinde flyttes fra sin familie i flere uger i forbindelse med en fødsel, står de tilbageblivende med et savn og et praktisk efterslæb, der belaster større børn eller fædre. Det kan blandt andet bestå af en økonomisk byrde, hvis faderen

eksempelvis ikke kan fiske, fordi han skal passe børn derhjemme (Jordemoderforeningen, 2007).

Disse tendenser kan genfindes i undersøgelser omhandlende oprindelige folk fra Canada, hvor studier viser, at kvinder, der bliver flyttet væk fra deres lokalsamfund i forbindelse med fødsel, oplever ensomhed, afsavn, frygt, kedsomhed og angst (O'Driscoll et al., 2011; Silver et al., 2022). Ligeledes viser studier, at den manglende støtte til de fødende kvinder har medført traumatiske fødselsoplevelser, samt at kvinder skjuler deres graviditeter for at undgå at blive flyttet væk fra lokalsamfundet. Kvinderne oplever desuden manglende suverænitet og medbestemmelse over egen krop og andre konsekvenser for deres familie, herunder økonomiske, følelsesmæssige og adfærdsmæssige konsekvenser for de børn, der efterlades hjemme (Chamberlain & Barclay, 2000; Lawford, Giles, & Bourgeault, 2018; Silver et al., 2022).

En undersøgelse, der kortlagde faktorer med betydning for fødsler blandt First Nation kvinder i Canada, fandt, at det at føde lokalt bidrog til kvindernes identitetsfølelse, tilknytning til lokalsamfundet og til tilknytningen til det traditionelle leveområde (Kornelsen, Kotaska, Waterfall, Willie, & Wilson, 2010). Samtidig ses det, at størstedelen af kvindernes viden om svangerskab og børn netop kommer fra lokalsamfundet og familien heri (O'Driscoll et al., 2011).

Litteraturen peger på, at organiseringen af fødsler og den perinatale omsorg blandt oprindelige folk i overvejende grad er bygget op om biomedicinske faktorer uden at inkludere kulturelle faktorer. Organiseringen er blandt andet karakteriseret ved manglende kommunikation og inddragelse, der har en negativ effekt på kvinderne (Douglas, 2006; Lawford et al., 2018; Montgomery-Andersen, 2013).

## Fødesteder og svangreomsorg

Sundhedsvæsenet har i dag fem aktive fødesteder. Det er Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, Sundhedscentret i Tasiilaq og regionshospitalerne i Sisimiut, Ilulissat og i perioder i Qaqortoq. Muligheden for at føde ved sundhedscentre i Maniitsoq og Uummannaq ophørte i henholdsvis 2012 og 2017. Senest er Regionshospitalet i Aasiaat indtil videre ophørt med at have status som fødested i 2019, fordi det ikke var muligt at opretholde det nødvendige fødselsberedskab.

## Retningslinjer for fødselsberedskabet

Sundhedsvæsen arbejder fortsat efter landsdækkende perinatale retningslinjer, der blev indført i 2002. Retningslinjerne beskriver minimumsstandarden for fødselsberedskabet på en sundhedsenhed. Fødselsberedskabet skal sikre, at akutte situationer såsom blødninger, kejsersnit og komplikationer hos moder eller barn m.m. håndteres af kvalificerede fagpersoner. Retningslinjerne tager udgangspunkt i WHO's anbefalinger og blev som tidligere beskrevet indført for at sænke spædbarnsdødeligheden og dødeligheden blandt fødende kvinder.

For at opretholde fødselsberedskabet skal der som minimum være følgende faggrupper ansat på sundhedsenheden:

- En speciallæge med kompetence til at foretage et kejsersnit.
  - Krav om klinisk erfaring og funktion inden for det obstetriske område i de seneste 3 år.
- En eller flere anæstesisygeplejerske
  - En anæstesisygeplejerske, der kan forestå selvstændig anæstesi til akut kejsersnit og perinatal blødning
- En eller flere jordemødre
- En bioanalytiker
- Regionsledelse i form af enten en ledende regionssygeplejerske eller regionslæge

I *Henvisnings- og Visitationsretningslinjerne*<sup>5</sup> fremgår forudsætningerne for en lokal fødsel på et regionshospital og dermed ikke på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk.

Forudsætninger for en forventet normal fødsel:

- (1) At tidligere fødsler er forløbet uden komplikationer eller indgreb
- (2) At svangrekontrollen ikke har givet anledning til forventede komplikationer
- (3) At der er sikkerhed omkring termin
- (4) At fødslen finder sted efter graviditetsuge 36+0
- (5) At der kun er ét foster i hovedstilling
- (6) At fødslen forventes at starte spontant
- (7) Ingen svær over- eller undervægt hos moderen
- (8) Ingen betydelige medicinske eller psykiatriske sygdomme hos moderen
- (9) Ingen diabetes eller nyresygdomme hos moderen
- (10) Normalt blodtryk hos moderen
- (11) Moderen er mellem 16 år og 35 år, hvis førstegangsfødende
- (12) Ingen tidligere underlivssygdomme- eller komplicerende sygdomme hos moderen
- (13) Moderen er over 145 cm. Høj (150 cm., hvis førstegangsfødende)
- (14) Moderen har født under 6 børn
- (15) Ingen mistanke om sygdom hos foster pba. tidligere fødsler

Alle gravide fra Nuuk, Paamiut, Maniitsoq og tilhørende bygder henvises til at føde på Dronning Ingrid's Hospital. Alle gravide fra Region Disko henvises til at føde på Regionssygehuset i Ilulissat. Derudover henvises den gravide til at føde på Dronning Ingrid's Hospital, hvis kvinden tidligere har fået kejsersnit, eller har en somatisk sygdom, eller hvis der er andre forhold, som kan komplicere fødslen.

### Retningslinjer for Svangreomsorgen

Det aktuelle tilbud til gravide familier er defineret i *Svangreomsorgen i Grønland*<sup>6</sup>. Heraf følger, at alle gravide skal ses af en jordemoder eller anden kompetent fagperson mindst tre gange i graviditeten. Den første undersøgelse har til hensigt at opspore en mulig risiko – dette kan gøres via telefon eller online. Anden og tredje

<sup>5</sup> Henvisnings- og Visitationsretningslinjer for gravide, Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2023.

<sup>6</sup> Svangreomsorgen i Grønland, Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2021.

undersøgelse skal foregå fysisk ved jordemoder eller læge med måling af den gravides blodtryk, vægt, undersøgelse af urin og måling af fostertilvækst og fosterhertelyd. Derudover skal der tilbydes blodprøver til påvisning af smitsomme sygdomme og visse arvelige sygdomme.

## Handleplanens indsatsområder og initiativer

Handleplanen indeholder fire overordnede indsatsområder, der præsenteres og uddybes i vilkårlig rækkefølge herunder. Med udgangspunkt i indsatsområderne præsenteres efterfølgende en række initiativer, som alle sigter mod at forbedre forholdene for både ufrivilligt barnløse par, de gravide kvinder og deres familier.

<b>Handleplanens indsatsområder</b>	
1	<i>En familiecentreret svangreomsorg i hele landet</i>
2	<i>Tilstræbe et kontinuerligt beredskab på de eksisterende fødesteder</i>
3	<i>Dialog på tværs af fagligheder og øget brugerinddragelse</i>
4	<i>Mere hjælp til ufrivilligt barnløse par</i>

Tabel 1: Handleplanens fire overordnede indsatsområder.

### **1. En familiecentreret svangreomsorg i hele landet**

En familiecentreret svangreomsorg refererer til Sundhedsvæsenets samlede indsatser for at understøtte gravide, deres partnere, og deres børn gennem graviditet, fødsel og den efterfølgende periode. Hele familien bliver berørt under en graviditet og fødsel, og særligt i de tilfælde, hvor den gravide skal rejse til en anden by for at føde. Det er derfor vigtigt at se på en fødsel, og særligt en fødselsrejse, som en situation, der påvirker hele familien både socialt og økonomisk. Naalakkersuisut vil derfor arbejde for at forbedre forholdene for både den gravide og familien før, under og efter fødslen. Det er vigtigt, at der er opmærksomhed på, at ellers sunde og velfungerende gravide familier kan blive sat i en sårbar position i forbindelse med en graviditet og fødsel. Det er særligt vigtigt at have opmærksomhed på den ulighed, fødselsrejserne kan skabe hos de familier, hvor kvinden skal rejse. Derfor skal der blandt andet være øget fokus på dialogen mellem de aktører, der er omkring en gravid familie.

Dette indsatsområde skal give de gravide familier den bedst muligt svangreomsorg og den mest kompetente visitation af potentielle risikogravide og fødende. Svangreomsorgen skal styrkes i hele landet, hvilket indebærer en øget bemanding på Dronning Ingrid's Hospital og i sundhedsregionerne. Dette indsatsområde er et særligt prioriteret tema i Sundhedsforliget.

### **2. Tilstræbe et kontinuerligt beredskab på de eksisterende fødesteder**

Hele samfundet oplever udfordringer med at tiltrække og fastholde de nødvendige medarbejdere med de rette kompetencer. Dette er ligeledes tilfældet i Sundhedsvæsenet. I Sundhedskommissionens betænkning beskrives personale manglen og det konstante behov for rekruttering af kvalificeret arbejdskraft udefra som Sundhedsvæsenets største udfordring. En udfordring, der påvirker Sundhedsvæsenet i forhold til at kunne udvikle og opretholde en velfungerende sundhedsbetjening i hele landet.

De skiftende ansættelser og vakante stillinger påvirker i særdeles svangreomsorgen og fødselsbetjeningen i hele landet. Det er både en udfordring i forhold til at kunne tilbyde de gravide og familierne et sammenhængende forløb samtidig med, at det

skaber utryghed for de øvrige medarbejdere på fødselsområdet. Sundhedsvæsenet arbejder ud fra en retningslinje om, at bemanningen i fødselsberedskabet på et fødested skal være dækket i tre sammenhængende måneder, samt at bemanningen skal være på plads mindst to måneder inden den gravide ville skulle overflyttes til en anden region for at føde.

Det er Naalakkersuisuts forventning, at Sundhedsvæsenet altid tilstræber, at der kontinuerligt skal være den nødvendige bemanning og beredskab på de eksisterende fødesteder. Derfor er dette indsatsområde et særligt prioriteret tema i Sundhedsforliget.

### **3. Dialog på tværs af fagligheder og mere brugerinddragelse**

Der har igennem de sidste tre årtier været stor fokus på fødsler og fødesteder både politisk og blandt borgerne. Derudover har de fagprofessionelle forskellige perspektiver på sikkerheden for de fødende kvinder og deres børn. Der er for eksempel fagprofessionelle, der mener, at de kirurgiske beredskaber på regionshospitalerne ikke kan give de fødende familier den sikkerhed, som de forventer. Andre mener, at der er brug for at gå i dialog med borgerne om, hvorvidt samfundet kan acceptere en jordemoderledet fødeklinik uden beredskab<sup>7</sup>.

Det er Naalakkersuisuts ønske, at der skal arbejdes for at de relevante faggrupper, herunder sygeplejersker, læger og jordemødre, er i løbende dialog med borgerne og de relevante politikere om, hvordan der kan skabes en sikker og acceptabel svangreomsorg og fødselsbetjening. I relation til fødselsbetjeningen betyder det, at der skal arbejdes med at give borgerne den nødvendige viden om, hvad der er realistisk og muligt i forhold til landets fødesteder, herunder fordele, ulemper og konsekvenser ved de forskellige scenarier.

Dette indsatsområde er i tråd med Sundhedskommissionens anbefaling om øget brugerinddragelse og dialog mellem brugerne af Sundhedsvæsenet og sundhedsprofessionelle.

### **4. Mere hjælp til ufrivilligt barnløse par**

Infertilitet er voksende problem, der berører mange par, der ønsker at få et barn. Infertilitet er ikke alene et individuelt problem for de mennesker, som har svært ved at få børn, men må anses som et samfundsproblem.

Prognoserne for befolkningsudviklingen viser, at folketallet vil være faldende med en aldrende befolkning over de kommende år. Dette skyldes blandt andet, at der i de kommende 10 år, vil være færre kvinder i de fødedygtige aldre, så til trods for fertilitet på omkring reproduktionsniveau vil det årlige antal fødte falde<sup>8</sup>.

På baggrund af udfordringerne med infertilitet og befolkningsudviklingen generelt, mener Naalakkersuisut, at det er vigtigt, at der arbejdes for en styrket indsats mod ufrivillig barnløshed, så det i højere grad bliver muligt for Sundhedsvæsenet at hjælpe de par, der ønsker at få et barn.

---

<sup>7</sup> Muligheder og begrænsninger for fødselsbetjeningen set i et udviklingsperspektiv - En undersøgelse af familier og fagpersoners syn på adgang til fødesteder i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed, 2023.

## Oversigt over handleplanens initiativer

Handleplanens initiativer tager afsat i de beskrevne indsatsområder. Initiativerne vedrører både på den fremtidig organisering af svangreomsorg og fødselsbetjening samt tryghedsskabende tiltag for gravide og deres familier både lokalt og under fødselsrejsen. Se en oversigten handleplanens initiativer i tabel 2.

<b>Handleplanens initiativer</b>	
1	<i>Styrkelse af svangreomsorgen i sundhedsregionerne på kysten</i>
2	<i>Udvidelse af kapaciteten på Dronning Ingrid's Hospital fødeafdeling</i>
3	<i>Indførelse af kostpenge til rejsende gravide</i>
4	<i>Udvidet behandlingstilbud til ufrivilligt barnløse</i>
5	<i>Forbedring af fødselsrejsen og lufthavnsfaciliteter</i>
6	<i>Digitale fødsler</i>
7	<i>Handleplaner for sårbare familier</i>
8	<i>Ret til ledsager og indkvartering</i>

Tabel 2: Oversigt over handleplanens initiativer.

Handleplanen indeholder både initiativer, der allerede er under etablering, og nye initiativer, der ønskes implementeret over de kommende år. Initiativerne uddybes i de afsluttende afsnit med initiativbeskrivelser.

### Proces for implementering og initiativbeskrivelser

Det er Naalakkersuisuts forventning, at implementeringen af handleplanens initiativer vil strække sig over flere år, idet nogle af initiativerne endnu ikke er prioriteret og finansieret. Nogle initiativer er allerede under etablering med midler fra sundhedsforligets sundhedspulje, mens de øvrige initiativer kræver midler prioriteret i de kommende års finanslovsforhandlinger. Ressourcerne vil blive søgt indarbejdet i Finansloven, i sammenhæng med sundhedsforliget, som er retningsgivende for de kommende års prioriterede initiativer i Sundhedsvæsenet. En vellykket implementering forudsætter desuden, at der kan rekrutteres tilstrækkeligt sundhedsfagligt personale til at styrke svangreomsorgen og fødselsbetjeningen. Det er samtidig vigtigt at anerkende, at nogle af initiativerne potentielt kan ændres over tid, afhængigt af nye løsninger, muligheder eller skiftende behov.

I tabel 3 symboliserer "X" både, hvornår yderligere afdækning kan igangsættes, hvornår initiativet kan etableres og er i drift. Dette vil blive præciseret i initiativbeskrivelserne, der fremkommer nedenfor.

<b>Handleplanens initiativer</b>		2024	2025	2026	2027
1	<i>Styrkelse af svangreomsorgen i sundhedsregionerne på kysten</i>	X	X	X	X
2	<i>Udvidelse af kapaciteten på Dronning Ingrid's Hospital fødeafdeling</i>	X	X	X	X
3	<i>Indførelse af kostpenge til rejsende gravide</i>	X	X	X	X
4	<i>Udvidet behandlingstilbud til ufrivilligt barnløse</i>	X			

5	Forbedring af fødselsrejsen og lufthavnsfaciliteter		X		
6	Digitale fødsler		X		
7	Handleplaner for sårbare familier		X		
8	Ret til ledsager og indkvartering	X			

Tabel 3: Oversigt over årstal for afdækning, etablering og drift af initiativerne.

### 1. Styrkelse af svangreomsorgen i sundhedsregionerne på kysten

Der er behov for at forbedre svangreomsorgen i sundhedsregionerne på kysten for at sikre sunde graviditetsforløb, sikre fødsler samt opfølgning i barnets første leveår. En øget normering på regionssygehuse og større sundhedscentre vil styrke svangreomsorgen af de gravide i hele regionen, da det giver mulighed for, at personalet kan give et bedre svangretilbud til de gravide og deres familier. En større medarbejderstab på regionssygehusene og sundhedsenhederne skal samtidig ses som et led i en langsigtet plan om at sikre bemanningen på de mindre sundhedsenheder. Det er forhåbningen, at en øget normering vil kunne bidrage til at sikre et kontinuerligt fødselsberedskab på de eksisterende fødesteder.

Med dette initiativ øges normeringen i sundhedsregionerne på kysten med tre jordemødre og tre sundhedsplejersker. Placeringen af medarbejderne i sundhedsregionerne er ikke endeligt afklaret og vil afhænge af de lokale behov samt rekrutteringsmulighederne.

Med dette initiativ øges bemanningen på regionssygehusene, hvilket styrker den familiecentrerede svangreomsorg over hele landet (Indsatsområde 1) og bidrager til at sikre et kontinuerligt beredskab på fødestederne (Indsatsområde 2). Derudover forbedrer den øgede bemanning i sundhedsregionerne muligheden for at have dialog og inddrage de gravide og familierne i sundhedsregionerne på kysten (Indsatsområde 3).

**Proces:** Sundhedsvæsenet forventes af rekruttere de ekstra medarbejdere i sundhedsregionerne i 2024.

**Finansiering:** Initiativet koster 4 mio. kr. årligt og finansieres via midler fra sundhedspuljen, der er blev afsat i Finanslov 2024, som en del af aftalen om sundhedsforliget.

### 2. Udvidelse af kapaciteten på Dronning Ingrid's Hospitals fødeafdeling

Der er behov for at udvide øge bemanningen og kapaciteten på Dronning Ingrid's Hospital fødeafdeling, så alle det stigende antal fødsler kan håndteres på en fagligt tilfredsstillende måde. Det er i stigende grad problematisk at rekruttere og fastholde kirurgisk beredskab uden for Nuuk. Dette indebærer periodevis nedlukning for fødsler på regionssygehusene. Fødslerne bliver i de perioder flyttet til Nuuk, alternativt søges det at udlåne personale fra Nuuk til regionsygehusene. Udlån af medarbejdere fra Dronning Ingrid's Hospital fødeafdeling forudsætter dog



en udvidelse af kapaciteten. En øget normering vil samtidig skabe et mere attraktivt arbejdsmiljø med færre vagter og færre fødsler pr. læge.

Med dette initiativ øges normeringen på Dronning Ingrid's Hospitals fødeafdeling med to speciallæger i gynækologi og én jordemoder. Ved at øge kapaciteten på Dronning Ingrid's Hospitals fødeafdeling styrkes den landsdækkende svangreomsorg og fødselsbetjening (Indsatsområde 1).

Udover fødsler skal lægerne varetage en række årlige specialistture til regionerne, hvor ca. 400 patienter tilses og visiteres og ca. 100 patienter opereres samt andet udviklings- og kvalitetsarbejde. Opnormeringen vil derfor ikke kun løfte fødselsområdet, men tilføre ressourcer til øvrige patienter med gynækologiske lidelser.

**Proces:** Sundhedsvæsenet forventes af rekruttere de ekstra medarbejdere i Dronning Ingrid's Hospital fødeafdeling i 2024.

**Finansiering:** Initiativet koster 3,7 mio. kr. årligt og finansieres via midler fra sundhedspuljen, der er blev afsat i Finanslov 2024, som en del af aftalen om sundhedsforliget.

### *3. Indførelse af kostpenge til rejsende gravide*

Der er behov for at tildele kostpenge til de gravide kvinder, som er rejst til Nuuk for at føde, så de kan købe og tilberede af egen mad på patienthotellet. De gravide kvinder fra kysten indkvarteres i dag på patienthotellet i Nuuk, men skal spise i kantinen på Dronning Ingrid's Hospital.

I dag tilbydes de gravide kvinder tre hovedmåltider i kantinen. Når den gravide modtager kostpenge, vil hun bedre kunne planlægge at få dækket sit døgnbehov med flere små mellemmåltider. Det forventes at dette vil forbedre ernæringsstatus og livskvalitet under opholdet i Nuuk.

Med dette initiativ afsættes midler til at kunne give kostpenge til de gravide kvinder, som er rejst til Nuuk for at føde. Dette initiativ bidrager til at sikre bedre vilkår for de rejsende gravide, og understøtter dermed en mere familieorienteret svangreomsorg (Indsatsområde 1).

**Proces:** Sundhedsvæsenet starter tildelingen af kostpenge til kvinder, der rejser til Nuuk for at føde i 2024.

**Finansiering:** Initiativet koster 1,3 mio. kr. årligt og finansieres via midler fra sundhedspuljen, der er blev afsat i Finanslov 2024, som en del af aftalen om sundhedsforliget.

#### *4. Udvidet behandlingstilbud til ufrivilligt barnløse*

Der er behov for at udvide behandlingstilbud til ufrivilligt barnløse. Infertilitet er ikke kun et individuelt problem for de mennesker, som har svært ved at få børn, det er også samfundsproblem, som findes i alle grupper af vores befolkning. Sundhedsvæsenet har indtil nu kun haft et begrænset behandlingstilbud til ufrivilligt barnløse par, hvor der er blevet tilbudt udredning for ufrivillig barnløshed med undersøgelse af manden og kvinden, medicinsk behandling med hormoner og insemination.

Et tilbud om reagensglasbehandling har en række følgevirkninger for Sundhedsvæsenet, som der skal tages højde for, herunder et øget antal almindelige og tvillingefødsler, øget risiko for tidlig fødsel samt fødsel af væksthæmmede børn. Derfor er implementeringen af initiativ 2, der omfatter en øgning i bemanningen og kapaciteten på Dronning Ingrid's Hospital fødeafdeling væsentlig for at kunne understøtte et udvidet behandlingstilbud til ufrivilligt barnløse.

Med dette initiativ kan Sundhedsvæsenet tilbyde reagensglasbehandling i Danmark til ufrivilligt barnløse par. Sundhedsvæsenet kan visitere til reagensglasbehandlingen på baggrund af de gældende visitationskriterier og en individuel lægefaglig vurdering. Et udvidet behandlingstilbud understøtter ønsket om at hjælpe de borgere, der ønsker at stifte familie (Indsatsområde 4).

**Proces:** Sundhedsvæsenet igangsætter behandlingstilbuddet i 2024. Initiativet skal evalueres efter seks måneder, så der kan laves et mere præcist estimat af behovet for denne behandling fremadrettet.

**Finansiering:** Initiativet forventes at koste 3 mio. kr. årligt og finansieret via en tillægsbevilling til Finanslov 2024. Hvis behandlingsbehovet viser sig at være større end ventet, så er der mulighed for at udmønte yderligere 5,7 mio. kr. til formålet i 2024. Om initiativer fortsætter efter 2024, afhænger af, hvorvidt initiativet prioriteres i finanslovsforhandlingerne for 2025.

#### *5. Forbedring af fødselsrejsen og lufthavnsfaciliteter*

Der er behov for at afdække mulighederne for at forbedre forholdene for gravide og nybagte forældre, der rejser i forbindelse en fødsel. En forbedring af forholdene vil kunne medvirke til en bedre og mere tryk rejsoplevelse i forbindelse med rejsen. Forbedringerne kan eksempelvis omfatte bedre ventefaciliteterne, mere hjælp til tjek-ind i lufthavnen og tildeling af hotelværelser ved lange transittider.

Med dette initiativ kan rejsoplevelsen for de gravide forbedres, hvilket styrker den familiecentrerede svangreomsorg (Indsatsområde 1).

**Proces:**

- Første fase: Sundhedsvæsenet skal i samarbejde med relevante parter afdække mulighederne for at skabe forbedring for kvinderne under fødselsrejsen. Afdækningen forventes igangsat i 2025.

- Anden fase: Udarbejdelse af en analyse af initiativets økonomiske og administrative konsekvenser.
- Tredje fase: Implementering af forbedringstiltagene, hvis initiativet prioriteres og finansieres.

**Finansiering:** Initiativet er ikke finansieret, hvorfor der vil skulle findes midler inden for Sundhedsvæsenets egen ramme eller afsættes midler i de kommende års finanslovsforhandlinger.

### *6. Digitale fødsler*

Der er behov for at undersøge muligheden for at familien virtuelt kan deltage i fødslen, når den gravide må rejse væk fra hjemstedet for at føde, og familien ikke kan være til stede. Digitale fødsler vil kræve etablering af sikre videoløsninger og kompetenceudvikling af sundhedspersonale. Kompetenceudviklingsdelen omfatter både brugen af de tekniske løsninger og faciliteringen af en digital fødsel. Det er forventningen af tilbuddet vil kunne bidrage til at øge trygheden i en fødselssituation for både den gravide og familien.

Initiativet med digitale fødsler skal give familier en oplevelse af at en større del af fødselssituationen, selv om de er adskilt, og understøtter dermed både den familiecentrede svangreomsorg (Indsatsområde 1) samt dialogen og brugerinddragelsen i Sundhedsvæsenet (Indsatsområde 3).

#### **Proces:**

- Første fase: Sundhedsvæsenet skal afdække mulighederne for at etablere digitale fødsler, når den gravide må rejse væk fra hjemstedet for at føde, og familien ikke kan være til stede. Afdækningen forventes igangsat i 2025.
- Anden fase: Udarbejdelse af en analyse af initiativets økonomiske og administrative konsekvenser.
- Tredje fase: Implementering af forbedringstiltagene, hvis initiativet prioriteres og finansieres.

**Finansiering:** Initiativet er ikke finansieret, hvorfor der vil skulle findes midler inden for Sundhedsvæsenets egen ramme eller afsættes midler i de kommende års finanslovsforhandlinger.

### *7. Handleplaner for sårbare familier*

Der er behov for at afdække, hvordan der kan laves udvidede handleplaner, som indeholder yderligere støttende tiltag for de sårbare familier, hvor den gravide er nødt til at rejse for at føde i en anden by.

Sårbare familier kan i dag indgå i *Tidlig Indsats-programmet*, som er placeret i Socialstyrelsen. Det tværfagligt og tværsektorielt tilbud, hvor blandt andre jordemødre, sundhedsplejersker, sundhedsassistenter, socialrådgivere og familiebehandlere koordinerer indsatsen i samarbejde med familierne. Tidlig

Indsats er en helhedsorienteret forebyggende og sundhedsfremmende indsats, der har til formål at forebygge omsorgssvigt og fremme barnets trivsel ved at sætte ind så tidligt som muligt hos gravide familier for at forhindre, at problemer opstår eller udvikler sig<sup>9</sup>.

Det er hensigten, at det nye tiltag målrettet rejsende gravide skal integreres i det eksisterende Tidlig Indsats program, således at der ikke skabes flere parallelle indsatser.

Dette initiativ sigter mod at styrke de tværfaglige og tværsektorielle indsatser for familier i sårbare situationer, hvilket understøtter målet familiecentreret svangreomsorg (Indsatsområde 1), samt dialogen og brugerinddragelsen i Sundhedsvæsenet (Indsatsområde 3).

**Proces:**

- Første fase: Departementet for Sundhed og Sundhedsvæsenet skal i samarbejde med relevante parter afdække behovet for, at der iværksættes yderligere støttende tiltag for de sårbare familier, hvor den gravide er nødt til at rejse for at føde. Afdækningen forventes igangsat i 2025.
- Anden fase: Udarbejdelse af en analyse af initiativets økonomiske og administrative konsekvenser.
- Tredje fase: Implementering af forbedringstiltagene, hvis initiativet prioriteres og finansieres.

**Finansiering:** Initiativet er ikke finansieret. Der skal findes midler inden for egen ramme eller afsættes midler i de kommende års finanslovsforhandlinger, hvis initiativet skal realiseres.

### *8. Ret til ledsager og indkvartering*

Der er behov for at afdække mulighederne og konsekvenserne ved, at gravide, som skal rejse for at føde, får mulighed for at have en betalt ledsager med under rejse og ophold i forbindelse med fødslen.

Et centralt element i sundhedsforliget er undersøgelsen af, hvordan Sundhedsvæsenet kan udvikle fleksible løsninger i sundhedsbetjening, der opfylder borgernes forventninger. Initiativet om ret til ledsagelse under fødsler er en vigtig del af dette arbejde, da det er efterspurgt af befolkningen. Fordi betalt ledsagelse under fødselsrejser ikke er en rettighed på nuværende tidspunkt, har familierne i dag meget forskellige muligheder for at deltage på rejsen og til fødslen. En ny ledsagerordning for gravide familier vil således være en væsentlig forbedring for de familier, hvor den gravide skal rejse for at føde.

Årligt er der ca. 350 kvinder, der er nødt til at rejse for at føde i en anden ny. Af sundhedsforliget fremgår det, at der inden for fem år skal udarbejdes forbedrede

---

<sup>9</sup> Tidlig Indsats - En håndbog til fagpersoner om arbejdet med tidlig indsats overfor gravide familier, Afdeling for Børns Udvikling, Socialstyrelsen.

muligheder for ledsagerordninger for familier, der skal rejse for at føde. Det store antal fødsler uden for hjemsted gør, at det er et stort og omkostningstungt initiativ af indføre. For at kunne realisere initiativet vil det være nødvendigt at sikre et tilstrækkeligt antal patienthotelpladser samt dækning af rejse- og opholdsudgifter for ledsagere.

En opgørelse af udgifterne til flybilletter, opholdsudgifter og kost for ledsagere viser, at det forventes at koste ca. 6-7 mio. kr. årligt. Der er ikke medregnet udgifter til øvrige børn, tabt arbejdsfortjeneste eller andre udgifter forbundet med rejsen og opholdet. Derudover er beregningen baseret på, at partneren kan være til stede i ti dage ud af den samlede fødselsrejse. I det videre arbejde er det væsentligt, at det afdækkes, hvordan en fremtidig ledsagerordning kan sikre, at der tages vare på øvrige børn og familiens økonomiske situation, hvis partneren og eventuelt øvrige børn skal ledsage den gravide på fødselsrejsen.

Det kan nævnes, at Sulinermik Inuussutissarsiuqartut Kattuffiat (SIK) i maj 2023 meddelte, at socialfondene nu kan betale rejsen for faren i forbindelse med, at moderen skal rejse til en anden by for at føde. Såfremt forældrene har andre børn under 18 år, kan de indgå i den betalte rejse. SIK's ordning dækker ikke tabt arbejdsfortjeneste, kost og logi.

Sundhedsvæsenet har patienthoteller og faciliteter til indkvartering ved Dronning Ingrid's Hospital, regionssygehusene og Tasiilaq Sundhedscenter. De fleste gravide henvises til Dronning Ingrid's Hospital eller Regionssygehuset i Ilulissat. Under opholdet bor de i indkvarteringsfaciliteterne i byen. Kapaciteten på patienthotellerne er dog under pres. Det er ikke muligt for Sundhedsvæsenets med de nuværende indkvarteringsfaciliteter at indlogere det antal ekstra ledsagere en ny ordning vil medføre.

Det vil således kræve omfattende investeringer i Sundhedsvæsenets indkvarteringsfaciliteter, hvis det skal være muligt at indføre betalt ledsager under rejse og ophold i forbindelse med fødslen. For at kunne indføre en ny ledsagerordning er det derfor nødvendigt at indtænke initiativet i arbejdet med en ny samlet anlægssektorplan for de kommende 10 år i Sundhedsvæsenet. I anlægssektorplanen skal den nuværende kapacitet og det fremtidige behov for patienthotelpladser analyseres, således at området fremtidssikres. Udarbejdelsen af en samlet anlægssektorplan er del af aftalen om sundhedsforliget.

Med afsæt i ovenstående vurderes det ikke realistisk at indføre ret til ledsagelse på nuværende tidspunkt. For på sigt at kunne tilbyde ledsagelse på fødselsrejsen, kræver det, at der udarbejdes en analyse af den nuværende kapacitet og det fremtidige behov for patienthoteller i Sundhedsvæsenet. Herefter skal der laves en samlet anlægssektorplan for Sundhedsvæsenet, der indeholder en plan for udvidelse af eksisterende patienthoteller eller bygning af nye faciliteter.

#### **Proces:**

- Første fase: Analyse af den nuværende kapacitet og det fremtidige behov for

kapacitet på patienthotellerne, som er en del af Sundhedsvæsenet. Analysen og arbejdet med en anlægssektorplan forventes igangsat i 2024.

- Anden fase: Udarbejdelse af en ny anlægssektorplan for Sundhedsvæsenet, der indeholder en plan for udvidelse af eksisterende patienthoteller eller byggeri af nye faciliteter i Nuuk og i Ilulissat.

- Tredje fase: Godkendelse af en ny anlægssektorplan for Sundhedsvæsenet.

- Fjerde fase: Udarbejdelse af forslag til løsningsmodel for at tilbyde betalt ledsagelse og indkvartering, når det fremtidige kapacitetsbehov på patienthotellerne er analyseret.

**Finansiering:** Initiativet er ikke finansieret. De økonomiske konsekvenser af initiativet vil i høj grad afhænge af, hvorvidt det alene er udgifterne til flybilletter, opholdsudgifter og kost for ledsagere, der er omfattet. Hvis der medregnes udgifter til øvrige børn, tabt arbejdsfortjeneste eller andre udgifter forbundet med rejsen og opholdet, så vil omkostningerne være væsentlige større. Dertil kommer omkostningerne forbundet med en udvidelse af Sundhedsvæsenets indkvarteringsfaciliteter.

## Opfølgning på handleplanen

Det er afgørende for Naalakkersuisut, at Departementet for Sundhed og Sundhedsvæsenet kontinuerligt følger op på effekten af handleplanens initiativer. Dette skal bidrage til en positiv udvikling inden for de fire overordnede indsatsområder: 1) *En familiecentreret svangreomsorg i hele landet*, 2) *Tilstræbe et kontinuerligt beredskab på de eksisterende fødesteder*, 3) *Dialog på tværs af fagligheder og mere brugerinddragelse*, 4) *Mere hjælp til ufrivilligt barnløse par*. Der vil løbende blive fulgt op på udviklingen efterhånden som de nye initiativer er finansieret og implementeret.

Det eksisterende datagrundlag og tilgængeligheden af data i Sundhedsvæsenet gør det vanskeligt at fastsætte målbare indikatorer for indsatsområderne og initiativerne. Opfølgningen på initiativerne baseres derfor på medarbejderne og brugernes oplevelser og erfaringerne med betydningen af de nye initiativer Sundhedsvæsenet. Formålet med denne løbende opfølgning er at identificere, hvilke initiativer der fungerer som tåltænkt, og hvor der kan være behov for tilpasninger eller justeringer. En systematisk opfølgning kan samtidig hjælpe med at målrette Sundhedsvæsenets tilbud inden for de politisk vedtagne rammer, således at familierne sikres det sundhedstilbud, der er behov for.

## Referencer

- Bjerregaard, P. (1985). Mortality studies in Greenland. Regional differences in alcohol related deaths and infant mortality. *Arctic Medical Research* 40, 69-74.
- Bjerregaard, P. (1986). Infant mortality in Greenland. *Arctic Medical Research*, 42, 10-17.
- Bjerregaard, P., Kristensen, L., Olesen, I., & Secher, N. (2012). Evaluering af de perinatale retningslinier. Rapport til Departementet for Sundhed, Grønlands Selvstyre.
- Bjerregaard, P., & Misfeldt, J. (1992). Infant mortality in Greenland: Secular trend and regional variation. *Arctic Medical Research* (51), 126-135.
- Bjerregaard, P., Misfeldt, J., Kern, P., & Nielsen, I. (1994). Toppen af isfjeldet. Børnedødsfald i Grønland 1987-1991 [Infant mortality in Greenland, 1987-1991].
- Bjerregaard, P., & Olesen, I. (2010). Giving birth in Greenland: secular change in acceptance of hospital deliveries. (2242-3982 (Electronic)).
- Bjerregaard P., Svartá L. D., Larsen Christina L. V. C. Social ulighed i sundhed
- Chamberlain, M., & Barclay, K. (2000). Psychosocial costs of transferring indigenous women from their community for birth. *Midwifery*, 16(2), 116-122.
- Douglas, V. K. (2006). Childbirth among the Canadian Inuit: a review of the clinical and cultural literature. *Int J Circumpolar Health*, 65(2), 117-132.
- Friberg, J., Koch, A., Stenz, F., Wohlfahrt, J., & Melbye, M. (2004). A population-based registry study of infant mortality in the Arctic: Greenland and Denmark, 1973-1997. *Am J Public Health*, 94(3), 452-457.
- Grønlands Statistik. (2023). Antal levendefødte efter moders bopælsdistrikt og tid.
- Jordemoderforeningen. (2007). Centraliseringen svigter familien. Retrieved from <https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/centralisering-svigter-familien/>
- Kornelsen, J., Kotaska, A., Waterfall, P., Willie, L., & Wilson, D. (2010). The geography of belonging: the experience of birthing at home for First Nations women. *Health Place*, 16(4), 638-645.
- Landslægeembedet. (2020). Landslægeembedets notat om fødsler i Grønland, 2019.
- Landslægeembedet (2023), Fødsler i Grønland 2020 - 2021. Naalakkersuisut 2023



Lawford, K. M., Giles, A. R., & Bourgeault, I. L. (2018). Canada's evacuation policy for pregnant First Nations women: Resignation, resilience, and resistance. *Women Birth*, 31(6), 479-488.

Montgomery-Andersen, R. (2013). *Faces of Childbirth: The Culture of Birth and the Health of the Greenlandic Perinatal Family*. (Doctoral thesis, comprehensive summary). Nordic School of Public Health NHV Göteborg, Sweden,

Montgomery-Andersen, R., Douglas, V., & Borup, I. (2013). Literature review: the 'logics' of birth settings in Arctic Greenland. *Midwifery*, 29(11).

Montgomery-Andersen, R., Willen, H., & Borup, I. (2010). 'There was no other way things could have been.' Greenlandic women's experiences of referral and transfer during pregnancy. *Anthropol Med*, 17(3), 301-313.

O'Driscoll, T., Kelly, L., Payne, L., St Pierre-Hansen, N., Cromarty, H., Minty, B., & Linkewich, B. (2011). Delivering away from home: the perinatal experiences of First Nations women in northwestern Ontario. *Can J Rural Med*, 16(4), 126-130.

Olesen, I., Larsen, C., Ottendahl, C., Rubin, S., Bjerregaard, P., Jensen, T. (2023). Muligheder og begrænsninger for fødselsbetjeningen set i et udviklingsperspektiv - En undersøgelse af familier og fagpersoners syn på adgang til fødesteder i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Persson G., Kern P. (2004) Reorganization of perinatal care in Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, 63:sup2, 397-398.

Silver, H., Sarmiento, I., Pimentel, J. P., Budgell, R., Cockcroft, A., Vang, Z. M., & Andersson, N. (2022). Childbirth evacuation among rural and remote Indigenous communities in Canada: A scoping review. *Women Birth*, 35(1), 11-22.

Aaen-Larsen, B., & Bjerregaard, P. (2003). Changes in causes of death and mortality rates among children in Greenland from 1987 - 91 to 1992 - 99. *Scand J Public Health*, 31(3), 187-193.