

**Region Hovedstaden**

# Tilbud til fødende i Region Hovedstaden - et serviceeftersyn

Center for Sundhed  
Juni 2015

**UDKAST 9. juni 2015**

**REGION**

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b>	<b>3</b>
<b>2. Tilbud til fødende</b>	<b>4</b>
2.1 Fødesteder i regionen	4
2.2 Fælles visitation for fødsler	6
2.2 Antal fødsler og fødselsudvikling	6
2.3 Indsats ved graviditet, fødsel og barsel	6
<b>3. Serviceeftersyn</b>	<b>10</b>
3.1 Graviditet	10
3.2 Fødsel	11
3.3 Barsel	13
3.4 Regionalt familieambulatorium	14
3.5 Private jordemødre og fødeklinikker	14
3.6 Områder hvor fødeplanen ikke opfyldes	15
<b>4. Forslag til forbedringer</b>	<b>16</b>
4.1. Igangsættelse af fødsler	16
4.2 Kendt jordemoderordning	17

# 1. Indledning

Med budgetaftalen ”Vi bygger fremtiden” for 2015 var der mellem aftaleparterne enighed om, ”at sundhedsudvalget opfordres til at følge op på fødetilbuddene i regionen og undersøge graden af ensartethed i tilbuddene”. Opfølgningen skal ske medio 2015.

I december 2010 godkendte regionsrådet Fødeplan for Region Hovedstaden. Fødeplanen fastlagde den fremtidig indsats ved graviditet, fødsel og barsel og beskrev, hvordan Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen opfyldes. Fødeplanen havde 32 anbefalinger, hvor nogle anbefalinger først kunne gennemføres i takt med de økonomiske muligheder og politiske prioriteringer på det samlede sundhedsområde.

I årene 2012 og 2013 afsatte regionsrådet ressourcer på 29,3 mio. kr. således, at de manglende anbefalinger kunne implementeres.

I 2013 udsendte Sundhedsstyrelsen reviderede anbefalinger for barselsperioden, som medførte, at der blev aftalt en opdateret arbejdsdeling på området mellem fødesteder, kommuner og almen praksis, med virkning fra 1. juni 2014.

Ovenstående udgør grundlaget for regionens aktuelle tilbud til gravide, og med udgangspunkt heri undersøges graden af ensartethed i tilbuddene på regionens fem fødesteder på Nordsjællands Hospital, Herlev Hospital, Amager og Hvidovre Hospital, Rigshospitalet samt Bornholms Hospital.

I forbindelse med finansloven for 2015 er der afsat midler til et løft af kvaliteten på fødeafdelingerne og en styrket indsats herunder øget personale og initiativer, således at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på svangreområdet kan indfries.

Serviceeftersynet, der er bestilt af regionsrådet som led i budgetforliget for 2015, er udmøntet som en beskrivelse af fødetilbuddet til gravide i Region Hovedstaden. Det vurderes om fødeplanen fra 2010 er opfyldt herunder graden af ensartethed, om der er behov for forbedringer samt bud på, hvordan de afsatte midler i finansloven kan anvendes.

## 2. Tilbud til fødende

Svangreomsorg omfatter rådgivning før befrugtning, graviditet, fødsel, barsel og støtte til familiedannelse. De forskellige tilbud og konsultationer er del af en individuel tilrettelagt helhed med jordemoder og praktiserende læge som hovedansvarlige for raske gravide. Den obstetriske speciallæge koordinerer undersøgelse og behandling af komplicerede forløb. Hvis der foreligger specifikke risikofaktorer med behov for medicinske, obstetriske og/eller psykosociale interventioner, kan den gravide have kontakt med andre specialister samt kommunale tilbud herunder socialforvaltning.

Svangreomsorgen omfatter både forebyggende og sundhedsfremmende elementer. Fødselsforberedelsen har hovedvægten på det sundhedsfremmende element. Denne indsats skal ses i forbindelse med det forebyggende arbejde, der finder sted ved graviditetsundersøgelserne hos jordemoder og læge. Det drejer sig om forskellige livsstilsforhold, der er forbundet med for tidlig fødsel eller børn født med for lav fødselsvægt og som forberedelse til såvel forælderrollen som til fødslen.

Sundhedsstyrelsen har inddelt svangreomsorgen i fire niveauer, der strækker sig fra det basale tilbud til det specialiserede tilbud afhængig af den gravide kvindes behov.

*Niveau 1* er det basale tilbud til alle gravide kvinder og deres familier.

*Niveau 2* er et udvidet tilbud til fx overvægtige eller rygere, kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse, mislykket ammeforløb eller risiko for graviditetsbetinget sukkersyge.

*Niveau 3* er et udvidet tilbud, som involverer ekstra tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Det er til kvinder med fx psykologiske/psykiatriske problemstillinger, nyopståede eller kroniske somatiske lidelser eller kvinder med svære sociale problemstillinger.

*Niveau 4* er et specialiseret tilbud med specialiserede institutioner som familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Det er til kvinder med fx særligt komplicerede problemstillinger som rusmiddelskader, svære psykiske/psykiatriske lidelser eller alvorlig social belastning.

Målet er således at tilbyde et lige, men behovsdifferentieret serviceniveau på tværs af fødestederne for at sikre lige adgang til svangreomsorg, fødsel og barsel for regionens kvinder.

### 2.1 Fødesteder i regionen

I Region Hovedstaden er der fem fødesteder på Bornholms Hospital, Nordsjællandss Hospital, Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Rigshospitalet.

Hospitalerne varetager i udgangspunktet et optageområde, som fremgår af kortet nedenfor.



Fødestederne har desuden lokale jordemoderkonsultationer placeret i nærområdet, således at kvinden ikke behøver tage til hospitalet til graviditetskonsultationerne.

Bornholms Hospital har en konsultation placeret på hospitalet i Rønne.

Nordsjællands Hospital har fem konsultationer placeret i Hillerød, Hørsholm, Helsingør (Sundhedshuset), Egedal, Frederikssund og Lyngby-Taarbæk.

Herlev Hospital har fire konsultationer placeret i Herlev, Gentofte, Ballerup og Frederiksberg.

Amager og Hvidovre Hospitaler har fire konsultationer placeret i Taastrup, Hvidovre, Amager og Ishøj.

Rigshospitalet har to konsultationer placeret på henholdsvis Østerbro og Nørrebro. Gravide kvinder i højt specialiserede funktioner går i konsultation på Rigshospitalet.

## 2.2 Fælles visitation for fødsler

I marts 2015 blev der etableret en fælles visitation for fødsler i Region Hovedstaden. Derfor sender den praktiserende læge kvindens svangrejournale til den fælles visitation.

Den fælles visitation for fødsler visiterer i udgangspunktet kvinden efter faglige kriterier fx om kvinden har særlige sygdomme, moderkagens placering eller ekstremt for tidlig fødsel. Herefter visiteres kvinderne efter det optageområde, kvinden er bosiddende i samt ønsker om frit valg.

Endelig har regionsrådet en hensigtserklæring om, at regionen, udover at respektere det frie sygehusvalg, i videst muligt omfang efterlever borgernes individuelle ønsker om eksempelvis at føde sit andet barn samme sted som det første eller at føde på et hospital, der geografisk er tæt på ens bopæl.

Den fælles visitation søger således i det omfang, det er muligt, at imødekomme den gravides ønsker til fødested.

## 2.2 Antal fødsler og fødselsudvikling

Antallet af fødsler i Region Hovedstaden i perioden 2011 til 2014 fremgår nedenfor. Som det ses af nedenstående tabel svinger antallet af fødsler i perioden. Der er et udsving på ca. 500 fødsler, hvor det laveste antal fødsler var i 2013 og det højeste i 2012. Antallet af fødsler i 2012 og 2014 er stort set ens. Det er vurderingen, at antallet af fødsler fortsat stiger i 2015.

	2011	2012	2013	2014
Fødsler i alt	20.270	20.420	19.906	20.406

En befolkningsfremskrivning af kvinder mellem 20 og 40 år i Region Hovedstaden viser, at antallet af kvinder i denne aldersgruppe vil stige med 8,3 pct. fra 2012 til 2020. Da antallet af kvinder i den primære fødegygtige alder således stiger, er det forventningen af antallet af fødsler ligeledes vil stige over de kommende år. Det må derfor forventes at fødestederne de kommende år skal håndtere et antal fødsler svarende til det nuværende niveau eller flere fødsler end i dag.

## 2.3 Indsats ved graviditet, fødsel og barsel

Indsatsen ved graviditet, fødsel og barsel i regionen blev fastlagt i 2010, med regionsrådets godkendelse af fødeplanen. Fødeplanen blev gennemført succesivt i takt med, at regionsrådet tilvejebragte økonomiske midler i årene 2012 og 2013. Sundhedsstyrelsens anbefalingerne for barselsperioden er desuden blevet revideret, og er implementeret i regionen i 2014.

Regionens tilbud til fødende, der opfylder Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for svangreomsorgen”, suppleret med ovenstående tilføjelser gennemgås nedenfor. Fødestederne i Region Hovedstaden giver omsorg til knap 21.000

gravide kvinder om året. Alle gravide tilbydes basistilbuddet. Basistilbuddet udvides med yderligere tilbud til kvinder fra niveau 2, 3 og 4 afhængig af, hvad den enkelte gravide har behov for.

### Oversigt over indsats ved graviditet, fødsel og barsel

<b>Niveau 1</b>  <b>Gravide uden kendte medicinske, sociale eller psykologiske risikofaktorer</b>	<b>Graviditet</b> 5-7 jordemoderkonsultationer afhængig af behov	
	<b>Fødsel</b> Hjemmefødsel	
	Ambulant fødsel som standard til flergangsfødende med udskrivning 4-6 timer efter fødslen	
	Fødsel med barselsophold - førstegangsfødende får tilbud om to overnatninger	
	<b>Barsel</b> 2.-3. dags konsultation med klinisk opfølgning, PKU, høretest og samtale	
	<b>Hjemmefødsel/ambulant fødsel</b> førstegangsfødende hjemmefødsel og ambulant fødsel en opringning og to hjemmebesøg ved jordemor	
	Flergangsfødende hjemmefødsel og ambulant fødsel en opringning og et hjemmebesøg ved jordemor	
	<b>Niveau 2</b>  <b>Gravide med kendte risikofaktorer fx rygere, overvægtige, tvillinger, risiko for sukkersygdом, tidligere dårlig fødselsoplevelse og mislykket ammeforløb</b>	<b>Graviditet</b> 5-7 jordemoderkonsultationer for gravide med kendte risikofaktorer
	<b>Fødsel</b> Som niveau 1 samt udvidet tilbud som kan varetages af faggrupper indenfor svangre omsorg	
<b>Barsel</b> Indlæggelsestiden er differentieret ud fra normal eller kompliceret fødsel. Indlæggelsen kan foregå på både barselsgang eller barselshotel/patienthotel		
<b>Hjemmefødsel/ambulant fødsel</b> Der kan være hjemmefødsel		

<b>Niveau 3</b>  <b>Gravide med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger</b>	<b>Graviditet</b> Tværfagligt tilbud om psykologisk støtte under graviditeten
	Samarbejde med kommuner om socialt sårbare gravide
	Tværfagligt samarbejde om obstetriske, medicinske og/eller psykologiske problemstillinger
	<b>Fødsel</b> Som niveau 1 samt udvidet tilbud med tværfagligt samarbejde om obstetriske, medicinske og/eller psykologiske problemstillinger
	<b>Barsel</b> Indlæggelse til obstetrisk færdigbehandling – efter behov.
	<b>Hjemmefødsel/ambulant fødsel</b> Ambulant fødsel kan forekomme
	<b>Niveau 4</b>  <b>Gravide med særligt komplicerede problemstillinger fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning</b>
	<b>Fødsel</b> Tværfagligt samarbejde om obstetriske/neonatale risici
	<b>Barsel</b> Indlæggelse og samarbejde med kommuner ved udskrivning
	<b>Hjemmefødsel/ambulant fødsel</b> Ambulant fødsel kan forekomme
<b>Alle niveauer</b>	<b>Graviditet</b> Der tilbydes en double-test, nakkefoldsskanning og misdannelsesskanning
	Der er mulighed for jordemoderkonsultation eftermiddag/tidlig aften en dag om ugen
	Det tilstræbes at den samme jordemor eller en mindre gruppe af jordemødre følger kvinden under hele graviditetsforløbet
	Fødselsforberedelse i små hold for 10-12 personer



	<b>Fødsel</b>
	Der er fast tilstedeværelse af jordemor, når kvinden er i aktiv fødsel
	<b>Barsel/ Hjemmefødsel/ambulant fødsel</b>
	Efterfødselsplan drøftes og opdateres inden jordemor har forladt hjemmet/forældre og barn har forladt fødestuen
	Ved behov uddybende efterfødselssamtale indenfor en måned efter fødslen
Hotline åbent hele døgnet, og som kvinderne kan ringe til 7 dage efter udskrivning	
Barsels-/amme ambulatorium, hvor kvinderne kan henvende sig de første 7 dage efter udskrivning	

## 3. Serviceeftersyn

Af oversigten i afsnit 2.3 om indsatsen ved graviditet, fødsel og barsel fremgår det, hvilke tilbud regionen tilbyder gravide og fødende kvinder fordelt på de fire niveauer. I det følgende beskrives indsatsen mere indgående, og der ses på, om fødestederne giver et ensartet tilbud, samt om fødeplanen opfyldes.

### 3.1 Graviditet

#### Differentiering af jordemoderindsatsen

Indsatsen fra jordemoderen er afpasset og differentieret ud fra kvindens behov og ud fra de fire niveauer. Den gravide og hendes partner tilbydes information tilpasset deres behov og forudsætninger. Informationen er afpasset efter kulturel diversitet, og jordemoderen viser særlig opmærksomhed over for gravide, hvis livsvilkår og livsstil kan medføre særlige risici for mor og/eller foster.

Der foretages risikovurdering og fosterdiagnostik ved behov og ved fortilfælde med særlige arvelige sygdomme. Parret tilbydes genetisk rådgivning og undersøgelser, fosterhertescanning, misdannelsediagnostik, kontrol af syge og væksthæmmede fostre samt fostre med misdannelser, som kan ske i samarbejde med børnekardiologer og børnekirurger.

Den enkelte kvinde kan igennem graviditeten bevæge sig mellem de fire forskellige niveauer afhængig af hendes aktuelle situation og sundhedstilstand. Niveaudelingen af svangreomsorgen og tværfagligt samarbejde sikrer den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til medicinske og psykiske risikofaktorer.

#### Kontinuitet i graviditet og fødsel

Den gravide kvinde tilbydes en høj grad af kontinuitet, tryghed og kendthed, hvorfor det tilstræbes, at det er den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden under hele graviditetsforløbet.

#### Jordemoderkonsultationer

Konsultationerne hos jordemoderen tilrettelægges ud fra individuelle behov og Sundhedsstyrelsens niveau 1 til 4. Konsultationerne tilbydes som individuelle eller gruppekonsultationer, dog tilbydes den første jordemoderkonsultation altid som individuel konsultation. Jordemoderens indsats inkluderer risikoopsoring, forebyggelse og sundhedsfremme.

I henhold til sundhedsstyrelsens anbefalinger skal den gravide kvinde tilbydes 5-7 jordemoderkonsultationer. I gennemsnit tilbydes fem jordemoderkonsultationer, men nogen kvinder får flere, og andre får færre afhængig af behov.

Fødestederne skal, som besluttet i budget 2014, tilbyde, at den gravide og hendes pårørende kan komme til konsultation om eftermiddagen eller tidlig aften mindst en dag om ugen.

Hvidovre Hospital tilbyder kun konsultation til kl. 15.30, og Bornholms Hospital tilbyder konsultation til kl. 16.00. Hvidovre Hospital tilbyder ud fra en ressourcemæssig betragtning ikke denne type konsultation, da det er dyrere at have personale ansat i eftermiddags-/aftentimerne samtidig med, at der ikke er efterspørgsel. Hospitalet er opmærksom på, om der kommer efterspørgsel. På Bornholm er der under én fødsel om dagen, og det er forholdsmæssigt dyrt at have eftermiddags-/aftenkonsultation samtidig med, at der ikke har været efterspørgsel hertil.

### **Fødselsforberedelse**

Fødestederne tilbyder fødselsforberedelse i små hold for 10 – 12 personer, som er for den kommende mor og far eller anden pårørende. Det er et forløb af fire til seks gange af ca. 1,5 times varighed. Temaerne i fødselsforberedelsen indeholder:

- *Graviditet:* Der er fokus på graviditetsforandringer, livsstil, gener samt forberedelse til den forestående fødsel.
- *Fødsel:* Udgangspunktet er den naturligt forløbende fødsel. Fødselsfasen gennemgås, og forventningerne gennemtænkes. Der orienteres om smertelindring i fødselsforløbet, vestimulation, fødestillinger, klipning af navlesnor, bristninger og syninger.
- *Barsel/amning:* Der er fokus på anbefalinger om amning, støtte og information til kvinden og familien uanset om de vælger amning eller modermælkerstatning.
- *Efterfødselstilbud:* Fødselsafslutning med fødsel af moderkage behandles. Der orienteres om de indgreb, der kan anvendes under fødselsforløbet samt undersøgelse og behandling af barnet og etablering af hurtig mor-barn kontakt lige efter fødslen.
- *Udvikling af forældreskab:* Dækker familiedannelse, ændring i parrelationer og samliv, forælderrollen, mor og far følelser, familienetværk, idealer og tro på egne instinkter. Udfordringer og støtte hjemme samt det sociale netværks betydning.

### **3.2 Fødsel**

At føde er en naturlig fysiologisk proces, som både er en fysisk udfordring og en begivenhed, som huskes resten af livet. Fødselsoplevelsen kan således have langvarige positive eller negative psykologiske eftervirkninger. Sundhedspersonalet arbejder derfor ikke alene for det gode udkomme, men også for den gode oplevelse.

Andelen af førstegangsfødende på regionens fødesteder ligger i intervallet mellem 34 % og 55 %, og for flergangsfødende ligger det mellem 45 % og 66 %. Der er en spredning mellem fødestederne som følger den demografiske sammensætning i optageområderne fx om befolkningen er ældre eller yngre.

Regionsrådet besluttede med budget 2013 at gennemføre anbefalingen fra fødeplanen om fast tilstedeværelse af jordemoder, når kvinden er i aktiv fødsel, og det er en definition, der er fastlagt i nationale vejledninger. Den aktive fase følger efter den latente fase, hvor der er veer og hvor livmodermunden begynder at åbne sig.

Nordsjællands Hospital og Rigshospitalet tilstræber fast tilstedeværelse af jordemoder, men på travle døgn kan det ikke altid imødekommes. Hvidovre Hospital tilstræber ligeledes fast tilstedeværelse af jordemoder, men er udfordret af pladsmangel på fødegangen, og mens kvinden ”venter” i akutmodtagelsen, er der ikke mulighed for at yde fuld tilstedeværelse. De øvrige fødesteder har fast tilstedeværelse af jordemoder.

### **Fødsel med barselsophold**

Til kvinder der føder første gang, og som ikke ønsker at føde ambulantly eller til kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger tilbydes fødsel med barselsophold. Der er typisk tale om to overnatninger sammen med faderen og i bedste fald på enestue. På Herlev Hospital tilbydes 1-2 overnatninger efter behov, og standard tilbuddet opfyldes således ikke fuldt ud.

Hvis der er yderligere behov for ophold og overnatninger på en fødeafdeling, vil der typisk blive tilbudt ophold på fællestue uden faderen eller på patienthotel, indtil mor og barn er klar til at tage hjem.

Inden udskrivning er der en klinisk opfølgning på mor og barns trivsel, og der foretages hælblodprøve, høretest og fødselssamtale.

### **Ambulant fødsel**

Flergangsfødende med en normal og ukompliceret fødsel, eller førstegangsfødende der ønsker det, føder ambulantly, og mor og barn sendes hjem fire til seks timer efter fødslen, når alle rutine tjek af mor/barn er overstået. Hvis fødslen foregår om natten vil hjemsendelse så vidt muligt vente til morgentimerne, medmindre familien ønsker at forlade hospitalet.

Antallet af ambulante fødsler i Region Hovedstaden strækker sig fra 7 % på Bornholm og til 36 % på Herlev. Spændet skyldes til dels demografien, og at de fleste ambulante fødsler sker hos flergangsfødende.

I de første timer efter fødslen observeres kvindens og barnets tilstand af jordemoderen. Før kvinden forlader fødegangen, skal hun informeres om relevante opmærksomhedspunkter i forhold til sig selv og barnet og om henvendelsesmuligheder efter hjemkomst. Barnet skal være undersøgt af jordemoderen, og eventuelle efterundersøgelser skal være planlagt. Jordemoderen er ansvarlig for, at sundhedsplejersken får besked om, at kvinden udskrives ambulantly.

Førstegangsfødende, bliver kontaktet telefonisk af jordemoderen, og hun får to hjemmebesøg indenfor 72 timer efter fødslen. Det er en klinisk opfølgning på mor og barns trivsel, og der foretages hælblodprøve, høretest og fødselssamtale.

Kvinden, der er flergangsfødende, bliver kontaktet telefonisk af jordemoderen, og hun får et hjemmebesøg og den samme kliniske opfølgning som den førstegangsfødende.

## **Hjemmefødsel**

Region Hovedstaden havde 343 hjemmefødsler i 2014. I 2008 var der 119 hjemmefødsler. Der er således en stigende tendens til, at kvinderne i de senere år har valgt at føde hjemme.

Regionen skal tilrettelægge et tilbud til gravide, der ønsker at føde hjemme i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Imidlertid tilråder ingen af fødestederne, ud fra faglige årsager, hjemmefødsel til kvinder i niveau 3 og 4, mens hjemmefødsel til kvinder i niveau 2 sker efter en individuel vurdering. Såfremt kvinden insisterer på at føde hjemme, så skal fødestedet efterkomme ønsket.

Hvert fødested varetager de hjemmefødsler, der er i det optageområde, fødestedet betjener. Hjemmefødslerne varetages af jordemødre med særlig interesse og kompetence i hjemmefødsler. Hermed sikres det, at de faglige kompetencer og den faglige kvalitet lever op til de krav, der stilles inden for Region Hovedstaden.

Jordemoderen tilbyder to besøg i hjemmet indenfor 72 timer efter fødslen for førstegangsfødende og et besøg i hjemmet til flergangsfødende, som er en klinisk opfølgning på mor og barns trivsel, og der foretages hælbloodprøve, høretest og fødselssamtale.

Hvis der er problemer med amning eller anden ernæring, vandladning og afføring, udvikling af gulsot, moderens fysiske restitution eller psykiske forhold, kan indlæggelse overvejes.

## **Kejsersnit**

Andelen af kvinder der føder ved kejsersnit i regionen ligger mellem 18 % og 23 % svarende til ca. 5.000 om året, hvilket er på niveau med antallet af kejsersnit på landsplan. Lidt mere end halvdelen af alle kejsersnit i regionen sker akut.

Allerede under graviditeten modtager kvinden information om kejsersnit, for eksempel om årsagen til indgrebet, fordele og risici for mor og barn, hvordan det foregår og eventuelle komplikationer.

Alle kvinder der ønsker kejsersnit får grundige samtaler med speciallæge og bliver orienteret om konsekvenserne af deres valg. Kvinderne bliver desuden informeret om fordelene ved at føde vaginalt både for mor og barn. Målet er, at parret træffer et informeret valg ud fra fordele og risici vejet op mod angsten for en vaginal fødsel.

## **3.3 Barsel**

Når jordemoderen kommer på hjemmebesøg følges der op på, om amningen er kommet i gang, og både mor og barns tilstand observeres. Hvis kvinden har behov for det, tilbydes der en uddybende efterfødselssamtale indenfor en måned efter fødslen.

### **2.-3. dags konsultation**

Med Sundhedsstyrelsen reviderede anbefalinger for barselsperioden er der til alle forældre og nyfødte indført en klinisk opfølgning på mor og barns trivsel

i 2014. Der følges op på mor, og om der er problemer, og barnet vurderes, og der foretages hælblodprøve og høretest. Der tilbydes desuden en (fødsels-) samtale, som omfatter barnets tilstand og ernæring herunder, om amningen er veletableret samt drøftelse af mors fysiske tilstand.

Den kliniske opfølgning med fødselssamtale tilbydes 48-72 timer efter fødslen. På Nordsjællands Hospital kan fødselssamtalen blive bortprioriteret ved travshed. På Hvidovre Hospital foretages den kliniske opfølgning, men det er ikke alle, der tilbydes en fødselssamtale.

### **Barsels-/amme ambulatorium**

Der er barsels-/amme ambulatorier på alle fødesteder, hvor kvinderne selv kan henvende sig angående amme vejledning og observation for brystbetændelse, og hvor barnet kan blive undersøgt for fx navleinfektion, gulsot og trivsel. Barsels-/amme ambulatorierne er åbne for henvendelser de første syv dage efter udskrivning.

### **Hotline**

Alle fødestederne har samtidig en åben hotline i syv dage efter udskrivning, som kvinderne kan ringe til døgnet rundt, og hvor kvinderne kan vejledes. På Nordsjællands Hospital varetages Hotline af barselsafdelingen, hvorfor det især i aften-/nattimerne kan være nødvendigt at prioritere de indlagte patienter.

Alle fødestederne har desuden en hjemmeside, hvor kvinden og familien kan finde relevante råd og vejledninger.

## **3.4 Regionalt familieambulatorium**

Familieambulatoriet varetager svangreomsorgen for gravide med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriet er forankret på Hvidovre Hospital med udefunktion på Nordsjællands Hospital, Herlev Hospital og Rigshospitalet. Det kliniske arbejde varetages på faste ugedage efter behov i den relevante udefunktion. Der er et omfattende samarbejde med neonatal afdeling og pædiatrisk afdeling, idet børnene ofte er indlagt i længere tid samt omfattende samarbejde med kommunerne.

## **3.5 Private jordemødre og fødeklinikker**

Det er muligt at føde hos en privat jordemoder ved egenbetaling. Antal private fødsler i regionen kendes ikke, da tal herfor ikke opgøres.

Hvis der opstår komplikationer ved fødsler, der foregår på privatklinik, eller hvis der opstår komplikationer ved hjemmefødsel med privat praktiserende jordemoder, indlægges kvinden på hospital.

I de situationer hvor kvinden må overflyttes til hospital, ophører den privat praktiserende jordemoders ydelser. Det er således hospitalets jordemødre, der overtager fødslen, og den privat praktiserende jordemoder fungerer som enhver anden pårørende og må udføre opgaver i forhold hertil.

### **3.6 Områder hvor fødeplanen ikke opfyldes**

Som det fremgår af gennemgangen i kapitel 3, viser serviceeftersynet, at der er få mindre områder, hvor fødeplanen ikke opfyldes fuldt ud. Der er således også mindre variationer i graden af ensartethed mellem fødestederne.

Det drejer sig om manglende eftermiddags- og aftenåben i jordemoderkonsultation, førstegangsfødende der kun får to overnatninger ved behov, fødselssamtale som ikke alle får, kontakt til Hotline og i visse situationer vanskelighed med at opfylde tilbuddet om fast tilstedeværelse af jordemoder ved aktiv fødsel.

Endelig tilråder fødestederne ud fra faglige årsager ikke hjemmefødsel til kvinder fra niveau 3 og 4, mens hjemmefødsel til kvinder fra niveau 2 sker efter individuel vurdering. Fødestedet kan dog ikke afvise, men kun anbefale, at kvinden ikke føder hjemme. Hvis kvinden insisterer, kan det være nødvendigt, at der deltager to jordemødre ved fødslen.

## 4. Forslag til forbedringer

Administrationen har i samarbejde med regionens fødesteder overvejet behovet for forbedringer herunder drøftet, hvordan de afsatte midler til fødeområdet på finansloven kan anvendes. Desuden er det drøftet, hvordan der kan ske en fuld efterlevelse af fødeplanen.

På finansloven for 2015 er der afsat 35 mio. kr. i 2015 og 75 mio. kr. årligt fra 2016 til løft af kvaliteten på landets fødeafdelinger. Regionens andel, der udmøntes på baggrund af bloktilskudsnøglen, svarer til ca. 11 mio. kr. i 2015 og ca. 23 mio. kr. i 2016. Fra 2017 overføres midlerne (ca. 23 mio. kr. i alt) permanent via bloktilskuddet.

Midlerne skal anvendes til at løfte kvaliteten på fødeafdelingerne ved styrket indsats herunder øget personale og initiativer, som indfrier Sundhedsstyrelsens anbefalinger på svangreområdet. Det kan fx ske ved at styrke personaleressourcerne, hvor der er behov, yderligere ressourcer til igangsættelse af fødsler og ved at understøtte projekt ”Sikre fødsler”.

Der skal indsendes særskilt budget for de midler, der ønskes herunder revisorpåtegnet regnskab for anvendelsen af midlerne, samt halvårligt en kort faglig og økonomisk status for midlernes anvendelse.

Nedenfor forslås der i prioriteret rækkefølge to områder, hvor midlerne fra finansloven kan anvendes. Fødestederne prioriterer således midler til igangsættelse af fødslen herunder sikre fødsler højere end kendt jordemoder. De ekstra midler vil samtidig udjævne de mindre forskelle, der aktuelt er i fødestedernes tilbud jf. serviceeftersynet. Det er samtidig vurderingen, at tilføres der ressourcer på de nævnte områder, vil det sikre, at der kan ske en fuld efterlevelse af regionens fødeplan og dermed også opfyldelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen.

### 4.1. Igangsættelse af fødsler

I 2012 kom der nye retningslinjer om igangsættelse af fødslen senest 2 uger over termin (uge 41+4), fordi der er øget forekomst af komplikationer for mor og barn efter uge 42. Der blev ikke givet økonomiske kompensation fra staten. De nye retningslinjer har medført en stor stigning i antal igangsættelser og mange flere ambulante henvendelser. Flere gravide skal have op mod fire undersøgelser af ca. 45 minutters varighed i forbindelse med igangsættelsen. En fødselsigangsættelse kan tage fra et døgn til flere dage. Hertil kommer et stigende antal gravide der skal være indlagt under igangsættelsesprocessen på grund af risiko for overstimulation af livmoderen (bivirkning til behandlingen).

På fødestederne er der mellem 23 % og 33 % flere fødende, der skal have fødslen sat i gang, og det er særligt førstegangsfødende. Der er derfor behov for at tilpasse personalenormeringen med jordemødre og obstetriske læger til det øgede arbejdspress, der er kommet som følge af kravet om at igangsætte fødslen.



I arbejdet med igangsættelse af fødsler herunder arbejdet med sikre fødsler er der behov for, at der på alle fødeafdelinger sker en opnormering i faggrupperne blandt andet for at sikre, at der er obstetrisk speciallæge til stede døgnet rundt alle ugens dage.

Administrationen foreslår, at der anvendes ca. 13 mio. kr. til igangsættelse af fødsler og ca. 1 mio. kr. til konsolidering og fortsat uddannelse til sikre fødsler. I 2015 anvendes alle midler til de to områder.

#### **4.2 Kendt jordemoderordning**

Fødestederne peger alternativt på, at finanslovsmidlerne kunne anvendes på kendt jordemoderordning enten til alle kvinder, eller til de kvinder, der ønsker det. Det er vurderingen, at en stor del af kvinderne vil vælge kendt jordemoder, men det eksakte antal må vurderes nærmere. Kendt jordemoder kan afgrænses på andre måder fx til niveau 3 kvinder med sociale, medicinske og psykologiske problemstillinger.

Kendt jordemoder består typisk af et jordemoderteam med tre til fire jordemødre, der betjener en gruppe af gravide med såvel jordemoderkonsultationer som fødselsforberedelse samt fødsel og barsel. Det er formentlig ikke alle jordemødre, der ønsker at indgå i en kendt jordemoderordning.

Set i relation til den nuværende normering på regionens fødesteder, vil kendt jordemoderordning kræve en væsentlig opnormering med jordemødre, idet en fuldtidsansat jordemoder i kendt jordemoderordning kan varetage færre fødsler end en jordemoder i normal ansættelse. Der foreligger ikke et præcist skøn over, hvad det vil koste at indføre en ordning med kendt jordemoder, men det er vurderingen, at det vil ligge væsentligt over regionens forventede andel af finanslovsmidlerne, hvis det skal tilbydes alle kvinder.

Administrationen foreslår, at der ud af de ca. 23 mio. kr. anvendes ca. 9 mio. kr. på kendt jordemoder til kvinder fra niveau 3 med sociale, medicinske og psykologiske problemstillinger fra 2016. Fødestederne vurderer, at midlerne kan omfatte ca. 1000 kvinder. Det svarer til ca. 50 % af det samlede antal niveau 3 kvinder, men der er store udsving i målgruppen fra år til år.

Tidligere erfaringer med kendt jordemoderordning i regionen har vist, at sygefraværet falder markant hos jordemødre, der arbejder på denne måde. Nogle ordninger har ligeledes vist, at indgrebsfrekvenserne på en række områder er lavere hos kvinder, der føder med en kendt jordemoder. Begge forhold kan på længere sigt, vise sig at være en økonomisk gevinst for fødestederne.

Erfaringerne med kendt jordemoderordning er, at kvinderne føler tryghed, fordi jordemoderen kender kvinden, og så er ordningen med til at skabe sammenhæng i forløbet, fordi det er den samme jordemoder, den gravide møder før, under og efter fødslen.