

SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

19-03-2018 12:00

MØDESTED

Rigshospitalet, Juliane Maries Vej 18, 4. sal, 2100 København Ø / Administrationsbygningen,
Direktionens mødelokale 4. 125

MEDLEMMER

Christoffer Buster Reinhardt	Formand	
Leila Lindén	Næstformand	
Annie Hagel	Medlem	
Christine Dal	Medlem	
Finn Rudaizky	Medlem	Deltog ikke under punkterne 4, 5, 6 og 7.
Jesper Clausson	Medlem	
Karin Friis Bach	Medlem	
Karoline Vind	Medlem	
Lars Gaardhøj	Medlem	
Line Ervolder	Medlem	
Niels Høiby	Medlem	

2. BESLUTNING: ØGET KAPACITET PÅ FØDEOMRÅDET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet besluttede i marts 2017, at der skal ses på, om den eksisterende kapacitet og struktur på fødeområdet med fordel kan ændres, herunder om der fremadrettet skal være hospitalstilbud til fødende på alle akuthospitaler, samt om Region Hovedstaden skal tilbyde familier i Region Hovedstaden mulighed for at vælge at føde på en privat fødeklinik med regional finansiering i lighed med det tilbud, der er i Region Sjælland. Den videre behandling blev henvist til sundhedsudvalget, som drøftede administrationens analyse den 20. juni 2017.

Af konstitueringsaftalen fra november 2017 fremgår det, at regionsrådet bakker op om, at der skal åbnes en ny fødeafdeling på Bispebjerg Hospital, hvis der er fagligt belæg for det. En eventuel ny fødeafdeling på Bispebjerg Hospital vil skulle indgå i en revideret hospitalsplan for regionens hospitalsvæsen.

Sundhedsudvalget havde på sit møde den 31. januar 2018 en temadrøftelse om fødeområdet.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at sundhedsudvalget overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

1. **At** drøfte, hvorvidt der skal etableres ingen eller fire in-house fødeklinikker i regionen fra 2019,
2. **At** godkende, at der ikke etableres en privat fødeklinik,
3. **At** godkende, at der etableres én fælles regional hjemmefødselsordning, som drives af de fire hospitaler med fødeafdelinger via den centrale visitation for fødsler,
4. **At** godkende, at der etableres et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital, der kan stå klar i efteråret 2022. Kvinde-barn centeret på Bispebjerg Hospital skal indeholde:
 - Fødeafdeling (obstetrisk afdeling) med plads til 3.500 fødsler/årligt,
 - Børneafdeling (pædiatrisk afdeling) og funktion for nyfødte (neonatologisk funktion),
 - Funktion for kvindesygdomme (gynækologisk funktion).
5. **At** godkende, at der sker en faglig høring af MED-udvalg fra de hospitaler, der skal afgive personale til et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital,
6. **At** tage til efterretning, at der sker en løbende midlertidig udvidelse af kapaciteten på de nuværende fødesteder i takt med stigningen i antallet af fødsler frem til efteråret 2022, hvor et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital kan tages i brug.

Administrationen indstiller endvidere, at forretningsudvalget over for regionsrådet anbefaler:

7. **At** økonomien i forbindelse med etablering af fire in-house-fødeklinikker - afhængig af sundhedsudvalgets drøftelse - vil blive indarbejdet i forbindelse med budgetlægningen for 2019 og frem svarende til ca. 12 mio. kr. i ekstra årlig driftsudgift og ekstra etableringsomkostninger på ca. 1,2 mio. kr.,
8. **At** de økonomiske konsekvenser af det stigende antal fødsler i 2018 indarbejdes i en økonomirapport og fra 2019 i budgetlægningen svarende til etableringsomkostninger på ca. 7,2 mio. kr. og yderligere gennemsnitlig årlig vækst i driftsudgifter i 2019-2022 i forhold til 2017-niveauet på 18 mio. kr. samt yderligere gennemsnitlig årlig vækst på 9 mio. kr. i forhold til 2017-niveauet i årene herefter, det vil sige en samlet driftsudgift i 2029 på ca. 154 mio. kr. mere end 2017-niveauet,
9. **At** der i forbindelse med budgetlægningen arbejdes videre med afklaringen og håndteringen af de økonomiske konsekvenser af etablering af et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital estimeret til ca. 45-50 mio. kr. yderligere oveni de ca. 154 mio. kr. i driftsudgift til væksten i antallet af fødsler.

POLITISK BEHANDLING

1. Drøftet med følgende bemærkning, at der etableres fire in-house fødeklinikker.

2. Indstillingen blev sat til afstemning:

Anbefalet: A (3), F (1), Ø (1) = i alt 5

Ikke anbefalet: C (2), B (1), V (1), O (1) og I (1) = i alt 6

Det blev hermed ikke anbefalet, idet Det Konservative Folkeparti, Radikale Venstre, Dansk Folkeparti, Venstre og Liberal Alliance ønsker, at der arbejdes hen imod en aftale om privat fødselsordning for 200 kvinder.

Mindretalsudtalelse: Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti og Enhedslisten lægger vægt på de meget klare og helt entydige faglige råd, vi har fået fra såvel fødselslæger, obstetrikere, jordemødre m.fl. om ikke at etablere private fødeklinikker. Vi ønsker at udvikle inhouse fødeklinikker samt den fælles regionale hjemmefødselsordning frem for at gå imod den faglige rådgivning og oprette et privat tilbud.

3. Anbefalet

4. Punktet udsættes til næste møde, idet udvalget afventer svar på yderligere spørgsmål, bl.a. om pædiatrien.

5. Som konsekvens af udsættelse af punkt 4, udsættes punkt 5.

6. Taget til efterretning med følgende bemærkning at den sidste del af sidste sætning slettes: "...hvor et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital kan tages i brug."

Udvalget havde derudover flg. bemærkning til sagen, at der ses på ordningen "kendt jordemoder" og hvordan den kan etableres.

SAGSFREMSTILLING

Fødesteder i Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er der fem fødesteder - Nordsjællands Hospital, Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital, Rigshospitalet og et mindre fødested på Bornholms Hospital.

Prognose viser et stigende antal fødsler

I 2016 var der 22.171 fødsler i Region Hovedstaden. Udviklingen i antallet af fødsler har været varierende hen over de seneste årtier, men der forudses en væsentlig stigning, som vil få betydning for organiseringen af fødeområdet i Region Hovedstaden. Den samlede stigning fra 2016 til 2030 forventes at være på 22% svarende til en stigning på 4.800 ekstra fødsler årligt i 2030.

Mulige løsningsforslag

Administrationen har udarbejdet en fødeanalyse, der ser på mulighederne for at rumme det stigende antal fødsler. Nogle af løsningsforslagene anbefales af administrationen, andre anbefales ikke. For uddybning af de enkelte løsningsmuligheder henvises til analysen, der er vedlagt som bilag 1 og 2. Bilag 3 er Sundhedsstyrelsens rådgivning vedrørende fødeområdet i Region Hovedstaden.

Nedenfor beskrives de muligheder, der er belyst i fødeanalysen.

Fødeklinik på hospital (in-house fødeklinik)

En in-house fødeklinik er placeret på et hospital med fødeafdeling. Det betyder, at der ved behov for akut hjælp kan tilkaldes kliniske back-up-funktioner i form af gynækologi/obstetrik, pædiatri, herunder neonatologi og anæstesiologi (det vil sige speciallægekompetencer i børnesygdomme, herunder nyfødte, kvindesygdomme og fødsler samt bedøvelse).

In-house klinkken er fysisk adskilt fra fødegangen for at give mere rolige rammer for den fødende og for

de ansatte. En in-house fødeklinik er for gravide med forventet ukompliceret fødsel og er en serviceopgradering i forhold til de nuværende tilbud.

Det er administrationens vurdering, at en in-house fødeklinik vil mindske presset på den samlede fødeafdeling, da opsplitting i in-house klinik og fødegang betyder, at tilrettelæggelsen af fødslerne sker adskilt. En in-house fødeklinik vil kunne skabe nogle mere rolige rammer for den fødende og vil eventuelt kunne tiltrække flere jordemødre. Alle fødesteder (fraset Bornholm) har mulighed for at oprette en in-house fødeklinik.

Det er generelt hospitalerne og klinikernes ønske, at der enten bør etableres ingen eller fire fødeklinikker. Hvis der alene etableres fødeklinik på ét hospital og ikke de andre, er der en risiko for, at det skævvrider balancen til fordel for det fødested, der får en fødeklinik. Det skyldes, at det forventes at være et attraktivt arbejdssted for jordemødrene og et attraktivt fødselstilbud til de fødende kvinder.

Det er administrationens vurdering, at de igangsatte HR-indsatser (se afsnit længere nede) vil bidrage til en forbedret rekrutterings- og fastholdelsessituation på fødestederne. Tilsvarende kan den regionale hjemmefødselsordning ses som et element heri. Administrationen lægger op til, at det politisk drøftes, om der ønskes ingen eller fire in-house fødeklinikker i regionen.

Pris

Det er dyrere at varetage fødsler i in-house fødeklinikker end på fødeafdelingerne, fordi der er behov for ekstra jordemoderbemanding på grund af fødeklinikkernes fysiske adskillelse fra fødeafdelingerne. Hvis der prioriteres fire fødeklinikker (en på hvert fødested), vil der være en ekstra årlig driftsudgift på 12 mio. kr. Der vil uanset model være behov for etableringsomkostninger til udvidelse af kapaciteten til det stigende antal fødsler på ca. 7,2 mio. kr. Hvis der etableres fire fødeklinikker vil der være en merudgift til etablering på ca. 1,2 mio. kr.

Fødeklinik uden for hospital (privat fødeklinik)

En privat fødeklinik placeret uden for et hospital er bemanded med jordemødre, men har ikke kliniske back-up-funktioner i form af gynækologi/obstetrik og pædiatri, herunder neonatologi, samt anæstesiologi (det vil sige speciallægekompetencer i børnesygdomme, herunder nyfødte, kvindesygdomme og fødsler samt bedøvelse). På den baggrund sammenligner Sundhedsstyrelsen fødsel på en privat klinik med en hjemmefødsel i forhold til mulighed for assistance og risiko for overflytning ved komplikationer under fødslen, jf. Sundhedsstyrelsens rådgivning.

En privat fødeklinik er for gravide med forventede ukomplicerede fødsler. Hvis der opstår komplikationer i enten graviditeten eller under fødslen overflyttes den gravide til et offentligt hospital. En jordemoder fra en privat fødeklinik kan ikke fortsætte fødslen på et offentligt hospital ved overflytning, da jordemoderen ikke har et ansættelsesforhold i regionen og dermed ikke har et behandlingsansvar relateret til Region Hovedstaden, adgang til regionens it-systemer m.v. Erfaringen fra Region Sjællands private fødeklinik er, at 36% af kvinderne blev overflyttet til hospital i forbindelse med fødslen.

En privat fødeklinik forventes at tiltale fødende kvinder, der ønsker at føde i ikke-hospitalslignende omgivelser.

En privat fødeklinik forventes ikke at kunne aflaste fødestederne væsentligt i forhold til det stigende antal fødsler, og prisen for en fødsel på en privat fødeklinik forventes at være dyrere end en fødsel på offentligt hospital.

Pris

På baggrund af erfaringerne fra Region Sjælland, må der påregnes en omkostning på ca. 25.800 kr. pr. gennemført fødsel i privat regi.

Etablering af en fælles regional hjemmefødselsordning

Region Hovedstaden har de seneste par år oplevet en stigning i antallet af hjemmefødsler på niveau med resten af landet. Således ligger regionens samlede hjemmefødsler nu på ca. 3%, hvilket svarer til ca. 700

fødsler årligt.

Etablering af én regional hjemmefødselsordning, som drives af de fire hospitaler, forventes at give god kvalitet i hjemmefødselsordningen og mindske vagtbelastningen på fødestederne. Herudover forventes ordningen af være attraktiv for jordemødrene.

Pris

Finansieringen af 7,5 mio. kr. til etablering af en fælles regional hjemmefødselsordning forventes at kunne ske inden for rammerne af de udgifter, der under alle omstændigheder skal afsættes til det stigende antal fødsler, og der skal således ikke flyttes midler fra fødeafdelingerne.

Udvidelse af kapacitet på de nuværende fødesteder

Med en forventet stigning på 22% i antallet af fødsler frem til 2030 er der behov for en udvidelse af den nuværende kapacitet på fødeområdet. Et nyt kvinde-barn center kan først stå klar fra 2022, hvor der allerede forventes at være sket en vækst i antallet af fødsler på 14%. Indtil 2022 må det stigende antal fødsler håndteres på de nuværende fødesteder. Efter 2022 er der to scenarier for udbygning af kapaciteten - enten at etablere et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital eller udbygge kapaciteten på eksisterende matrikler.

Alle fødeafdelingerne på de eksisterende matrikler skal i de kommende år flytte i nye kvinde-barn centre. Uanset løsning vil væksten i antallet af fødsler i en periode skulle klares med en udbygning af de nuværende fødesteder, selvom fødeafdelingerne skal flytte i nye bygninger sidenhen. Hospitalerne har tilkendegivet, at de alle vil kunne rumme deres nuværende optageområdes forventede vækst i fødsler, uanset om der etableres et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital eller ej, men det vil kræve fysiske udvidelser/tilpasninger både på de nuværende fysiske fødesteder og på de nye kvinde-barn centre, når de er bygget.

Nybyggerierne på de nuværende fødesteder er generelt ikke dimensioneret til den forventede vækst, men er relativt fleksible og vil således kunne tilpasses. Det er dog uafklaret, om indflytningen vil medføre nye etableringsomkostninger, men omfanget er også afhængig af beslutningen om, hvorvidt der skal etableres en afdeling på Bispebjerg Hospital.

Pris

I 2018 vil der skulle ske ombygning på de eksisterende fødesteder, hvor udgiften er opgjort til 7,2 mio. kr. Dertil kommer, at væksten i antal fødsler i 2018 vil skulle finansieres via de i budgettet afsatte midler til kapacitetsudvidelser.

Det er vurderingen, at væksten i 2019-22 vil koste i gennemsnit 18 mio. kr. årligt. Frem mod 2029 vil der ske en vækst svarende til yderligere udgifter på 9 mio. kr. årligt.

Med en udbygning af kapaciteten på eksisterende fødesteder vil der i 2029 skulle anvendes 154 mio. kr. mere i årlige driftsudgifter i forhold til 2017-niveauet. Denne øgede udgift er uomgængelig og er minimumsomkostningen, uanset hvilken organisationsform der vælges, da den alene er knyttet til det stigende antal fødsler, som vil skulle finansieres under alle omstændigheder.

Etablering af kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital

Bispebjerg- og Frederiksberg Hospital er landets næststørste akuthospital. Samtidig er det det akuthospital, der har de færreste akutte specialer, hvilket betyder, at profilen som akuthospital aktuelt fagligt set ikke er optimal, fordi hospitalet ikke har mulighed for at varetage det samlede populationsansvar for patienterne i området.

Etablering af et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital har således to formål:

For det første vil det sikre hospitalet den samme overordnede profil som regionens og landets øvrige akuthospitaler, hvor almindeligt forekommende sygdomme kan behandles nær borgeren med fokus på sammenhængende forløb uden unødvendige overflytninger. Dermed vil hospitalet i højere grad end i dag få et samlet populationsansvar for borgerne i området, hvor også kvinder og børn kan behandles akut for alle almindeligt forekommende sygdomme. Hospitalsledelserne bakker op om, at Bispebjerg Hospitals

faglige profil skal styrkes, så akuthospitalet, i lighed med øvrige akuthospitaler, kan varetage de mest almindeligt forekommende sundhedsydelser for optageområdets borgere, herunder være fødested og behandle børn.

For det andet vil etableringen af et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital være et bidrag til den fælles regionale håndtering af den kapacitetsudvidelse, der skal sikre, at regionen kan varetage det sigende antal fødsler, der forventes fremadrettet.

Et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital kan stå klar i efteråret 2022 og skal indeholde:

- Fødeafdeling (obstetrisk afdeling) med plads til 3.500 fødsler/årligt,
- Børneafdeling (pædiatrisk afdeling) og funktion for nyfødte (neonatologisk funktion),
- Funktion for kvindesygdomme (gynækologisk funktion) i samarbejde med Rigshospitalet.

Det er vurderingen, at der er behov for en særskilt kapacitetsanalyse af det pædiatriske område for at kunne organisere specialet hensigtsmæssigt.

Besluttet det at etablere et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital vil der inden for det pædiatriske og det gynækologiske område i et vist omfang skulle flyttes medarbejdere fra de nuværende funktioner til funktionen på Bispebjerg Hospital. Det er endnu ikke klart, hvorvidt der forventes en vækst i aktiviteten inden for gynækologi og pædiatri, og det indgår derfor ikke i beregningerne i sagen.

Der vil være behov for yderligere rekruttering og fastholdelse af medarbejdere på alle fødesteder. Et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital vil kunne rumme 3.500 fødsler pr. år, og fremskrivningen viser, at antallet af fødsler, når det er højest, forventes at stige med 4.800 fødsler. Det betyder, at ingen af de nuværende fødesteder forventes at blive mindre end i 2016, selvom der etableres et ekstra fødested i regionen.

Hvis sundhedsudvalget beslutter at indstille til forretningsudvalget at etablere et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital vil det have personalemæssige konsekvenser, og beslutningen skal derfor i høring i MED-regi. Udtalelser fra MED-regi vil blive forelagt forretningsudvalget, når sagen skal drøftes her.

Pris

Etablering af et fødested på Bispebjerg Hospital er isoleret set estimeret til at koste 45-50 mio. kr. mere i årlige driftsudgifter sammenlignet med udbygning af de eksisterende fødesteder. Den fysiske etablering af et fødested på Bispebjerg Hospital forventes at kunne finansieres inden for rammerne af det igangværende kvalitetsfundsbyggeri, og det er stadig muligt at tilpasse byggeriet til et nyt kvinde-barn-center.

Mulige løsninger vedr. manglende personaleressourcer

Den forventede stigning i fødselstallet i Region Hovedstaden og den forventede generelle befolkningsudvikling vil lægge yderligere pres på rekrutteringssituationen, uanset om den nødvendige ekstra kapacitet tilvejebringes på Bispebjerg Hospital eller ved en udvidelse af de eksisterende fødesteder og børne/unge-funktioner.

Det stigende fødetal/børnetal i regionen vil sandsynligvis udløse behov for etablering af yderligere vagttag på flere af de obstetriske afdelinger de kommende år. Derfor bliver rekruttering af et tilstrækkeligt antal jordemødre, fødselslæger (obstetrikere), pædiatere (børnelæger), specialuddannede sygeplejersker m.m. en udfordring, der skal håndteres uanset fremtidig model. Etablering af et ekstra kvinde-barn center i regionen vil forstærke rekrutteringsudfordringer på kort sigt.

Administrationen er i gang med at arbejde med mulige løsninger på manglende personaleressourcer på fødeområdet. Manglen på jordemødre er på nuværende tidspunkt den største og mest akutte personaleudfordring. Administrationen ser bl.a. på muligheden for at øge optaget af jordemødre på professionshøjskolen Metropol, bedre vagtplanlægning, oprettelse af et internt vikarkorps for jordemødre m.v. I foråret 2018 er det planen at kortlægge og vurdere behovet for særlige tiltag i forhold til de øvrige faggrupper på fødeområdet, herunder speciallæger i fødsler (obstetrikere), kvindesygdomme

(gynækologer), fostre (føtalmedicinere) og nyfødte (neonatologier) samt sygeplejersker og specialister i ultralyd (sonografer).

KONSEKVENSER

Ved tiltrædelse af indstillingspunkterne går administrationen i samarbejde med hospitalerne i gang med følgende:

- At arbejde videre med eventuel etablering af fødeklinikker afhængigt af den politiske behandling af sagen,
- At tilrettelægge og etablere én fælles regional hjemmefødselsordning,
- At tilrettelægge en løbende midlertidig udvidelse af den kapaciteten på de nuværende fødesteder, herunder afklare finansiering af væksten i antal fødsler,
- At tilpasse nybyggeriet på Bispebjerg Hospital med henblik på etablering af nyt kvinde-barn-center.

Sideløbende hermed arbejdes der videre med HR-indsatser på fødeområdet.

De nye hospitalsbyggerier er i gang eller under planlægning, herunder også de nye kvinde-barn-centre. Planerne for byggerierne er lagt, men er i nogen udstrækning endnu fleksible. En beslutning om et nyt kvinde-barn-center på Bispebjerg Hospital vil skulle træffes nu, fordi det endnu er muligt at tilpasse byggeriet. Træffes der først beslutning senere, må det forventes at være vanskeligt at tilpasse byggeriet, og det må forventes at være dyrt.

Tiltrædes indstillingspunkterne, forventes indsatserne at bidrage til øget kapacitet på fødeområdet i tråd med den forventede stigning i antallet af fødsler, ligesom der opnås en styrket hjemmefødselsordning, som kan give mere ro på fødeafdelingerne og en attraktiv jobprofil for jordemødrene. Afhængigt af udvalgets drøftelser vedr. in-house fødeklinikker vil viften af fødetilbud i regionen eventuelt blive udvidet. Ved etablering af et nyt kvinde-barn-center på Bispebjerg Hospital vil flere fødende kvinder fra planområde Byen få kortere afstand til fødestedet end i dag, da alle fødende kvinder fra Byen i dag ikke føder på Rigshospitalet. Dertil kommer, at Bispebjerg Hospital vil få en mere komplet akutprofil, som vil styrke kvinder og børns mulighed for at få akut behandling for almindelige sygdomme på det nærmeste akuthospital.

RISIKOVURDERING

Prognosen for fremskrivningen af fødsler er behæftet med usikkerhed. På nuværende tidspunkt er der dog ingen fremskrivningsmodeller, der ikke forventer en vækst i antallet af fødsler. Hvorvidt antallet af fødsler vil falde igen efter 2030, vides ikke.

Fødestederne oplever allerede i dag mangel på jordemødre, specialister i ultralyd (sonografer), fødselslæger (obstetrikere) m.v. Der er derfor en risiko for, at det ikke er muligt at sikre tilstrækkeligt med personale. Administrationen arbejder med løsningsmodeller på området.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

Hvis indstillingspunkterne tiltrædes, vil de økonomiske konsekvenser vedrørende 2018 blive indarbejdet i en økonomirapport, og de økonomiske konsekvenser vedrørende 2019 og frem blive håndteret i forbindelse med budgetlægningen.

KOMMUNIKATION

Der planlægges udsendt en pressemeddelelse om sundhedsudvalgets beslutning.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

I forlængelse af sundhedsudvalgets behandling skal sagen behandles i forretningsudvalget og i regionsrådet.

Hvis sundhedsudvalget beslutter at indstille til forretningsudvalget at etablere et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital vil det have personalemæssige konsekvenser, og beslutningen skal derfor i høring i

MED-regi. Udtalelser fra MED-regi vil blive forelagt forretningsudvalget, når sagen skal drøftes.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Anne Skriver

JOURNALNUMMER

17013661

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Fødeanalyse del II - 06. marts 2018.pol.udvalg
- 📎 2. Bilag 1 til Fødeanalyse del II_06. marts 2018_pol. udvalg
- 📎 3. Sundhedsstyrelsens rådgivning vedr. fødeområdet i Region Hovedstaden

Fødeanalyse II

REGION

Center for Sundhed
Marts 2018

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund og opdrag	2
2. Sammenfatning og anbefalinger	2
3. Plangrundlaget for fødeområdet	5
Organisering af fødsler i Region Hovedstaden	5
Prognose for udvikling på fødeområdet	6
Fødsler og befolkningsfremskrivning	8
4. Håndtering af de personalerelaterede udfordringer på fødeområdet	9
Analyse af de personalerelaterede udfordringer	9
Indsatsområder og initiativer siden efteråret 2017	10
5. Fødeklinikker	12
5.1. Fødeklinik uden for hospitalet (Privat fødeklinik)	12
Overvejelser	13
Økonomi	14
Administrationens anbefaling	15
5.2. Fødeklinik på hospitalet (In-house fødeklinik)	15
Overvejelser	16
Økonomi	17
Administrationens anbefaling	18
6. Etablering af fælles regional hjemmefødselsordning	18
Overvejelser	19
Økonomi	20
Administrationens anbefaling	20
7. Udvidelse af kapaciteten på de nuværende fødestederne	20
Overvejelser	21
Økonomien	21
Administrationens anbefaling	21
8. Etablering af kvinde-barn center i Akuthuset på Nyt Hospital Bispebjerg	22
Funktioner og faglige rammer for Kvinde-barn center på Nyt Hospital Bispebjerg	25
Ændring af optageområder	26
Overvejelser	27
Økonomi	30
Administrationens anbefaling	32

1. Baggrund og opdrag

Regionsrådet besluttede i marts 2017, at der skal ses på, om den eksisterende kapacitet og struktur på fødeområdet med fordel kan ændres, herunder om der fremadrettet skal være hospitalstilbud til fødende på alle akuthospitaler, samt om Region Hovedstaden skal tilbyde familier i Region Hovedstaden mulighed for at vælge at føde på en privat fødeklinik med regional finansiering i lighed med det tilbud, der er i Region Sjælland. Den videre behandling blev henvist til sundhedsudvalget.

Administrationen udarbejdede på den baggrund en analyse af fødeområdet, som sundhedsudvalget drøftede i juni 2017. Sundhedsudvalget besluttede, at administrationen skulle arbejde videre med følgende:

1. Analysens anbefalinger om mulige løsninger på manglende personaleressourcer på fødeområdet. Udvalget ønsker særlig fokus på mulighederne for opgaveflytning mellem faggrupper.
2. En analyse af etablering og drift af et nyt fødested på Frederiksberg og Bispebjerg Hospital, Bispebjergmatriklen, der kan stå klar efteråret 2022 med plads til 3.000-3.500 fødsler årligt, og som lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til fødesteder, herunder med gynækologi/obstetrik, pædiatri og neonatologi.
3. Midlertidige løsninger for at udvide kapaciteten på de nuværende fødesteder, herunder at administrationen undersøger mulighederne for, at der etableres 1-2 fødeklinikker for ukomplicerede fødsler som et 3-årigt pilotprojekt fra 2018-2021 på en eller flere af regionens fødeafdelinger med henblik på at indsamle erfaringer om denne organisationsform
4. Potentialet i at etablere en samlet regional hjemmefødselsordning, hvor jordemødre fra de store fødesteder indgår, undersøges nærmere.
5. Undersøge muligheden for forsøgsordning med en privat fødeklinik i Region Hovedstaden, såfremt det kan sikres, at såvel den faglige kvalitet som prisen per fødsel er på niveau med, hvad Region Hovedstaden i øvrigt tilbyder. Herudover er det en forudsætning, at der indgår kontrolbud fra regionen ved en kommende udbudsproces.

I forlængelse af sundhedsudvalgets beslutning er det nye regionsråd i konstitueringsaftalen fra november 2017 enige om at prioritere det stigende antal fødsler i regionen. Regionsrådet bakker i aftalen op om, at der skal åbnes en ny fødeafdeling på Bispebjerg Hospital, hvis der er fagligt belæg for det.

2. Sammenfatning og anbefalinger

Region Hovedstadens fremskrivning af det forventede antal fødsler viser, at der forventes en stigning i antallet af fødsler fra 2016 til 2030 på 22 % svarende til ca. 4.800 fødsler. Der er derfor behov for at finde løsninger for, hvordan der skabes den nødvendige kapacitetsudvidelse i regionen.

Fødeområdet i regionen er karakteriseret ved høj kvalitet og meget lav spædbørnsdødelighed. Den høje faglige kvalitet kan skyldes mange forhold, hvor en af de væsentligste formentlig er uddannelse i CTG, der er registrering af kvindens veer og fostrets hjerterytme.

Fødestederne i regionen oplever travlhed og mindre tid til den enkelte kvinde og fødsel, samtidig med at flere fødesteder oplever mangel på personaleressourcer. Det gælder både jordemødre, obstetrikere/gynækologer, sygeplejersker, neonatologer, føtalmedicinere og sonografer. Samtidig med at kvinderne efterspørger en sikker fødsel og høj kvalitet, ses også en stigende efterspørgsel efter individuelt tilpassede tilbud.

Udover de nedenfor nævnte fokusområder arbejder Center for HR på mulige løsninger på manglende personaleressourcer på fødeområdet. Manglen på jordemødre er på nuværende tidspunkt den største og mest akutte personaleudfordring på fødeområdet. Herudover er der ligeledes mangel på obstetrikere/gynækologer, specialuddannede sygeplejersker, neonatologer, føtalmedicinere og sonografer.

Nedenfor sammenfattes administrationens anbefalinger. De enkelte indsatsområder uddybes i den følgende del af analysen.

Fødeklinik uden for hospitalet (privat fødeklinik)

Det er administrationens anbefaling, at der ikke indgås aftale med en privat fødeklinik i Region Hovedstaden. En privat fødeklinik forventes ikke volumenmæssigt at kunne aflaste fødestederne, og det vil ikke være et billigere alternativ end fødsel på hospital. Sundhedsstyrelsen betegner en fødsel på en fødeklinik uden for hospitalet som en hjemmefødsel, fordi det ikke er muligt at få assistance fra relevante speciallæger, og der vil være risiko for overflytning ved komplikationer under fødslen. Ved en fødsel på privat fødeklinik vil jordemoderen ikke kunne følge med den fødende ind på det offentlige fødested, hvis kvinden skal overflyttes undervejs i fødslen, ligesom en regionalt ansat jordemoderen vil kunne det ved en hjemmefødsel, hvor kvinden må overflyttes.

Pris:

Prisen på private fødeklinikker ventes at ligge over omkostningen ved en modsvarende udbygning af kapaciteten på regionens egne fødesteder.

På baggrund af erfaringerne fra Region Sjælland må der påregnes en omkostning på ca. 25.800 kr. pr. gennemført fødsel i privat regi.

Fødeklinik på hospitalet (in-house fødeklinik)

Det er administrationens vurdering, at in-house fødeklinikker vil mindske presset på den samlede fødeafdeling, da opsplitning i in-house klinik og fødegang kræver to jordemodervagtlag og dermed mindsker vagtbelastningen på både fødegang og in-house fødeklinikken. Det er dog en dyrere løsning end en udbygning af de eksisterende fødeafdelinger, idet der er tale om en organisatorisk omlægning, der kræver større fremmøde af jordemødre og dermed en ekstra udgift.

Administrationen lægger op til, at det politisk drøftes, om der ønskes ingen eller fire in-house fødeklinikker i regionen, idet der henvises til, at en eller to in-house fødeklinikker kan forventes at skævvride hospitalernes rekrutteringsmuligheder og fødetilbuddene til de fødende kvinder.

Pris:

Etablering af fire in-house fødeklinikker vil medføre en ekstra årlig driftsudgift på 12 mio. kr. I etableringsomkostninger vil hospitalerne skulle anvende ca. 7,2 mio. kr. på udbygning af de fysiske rammer, uanset om det er til brug for øget kapacitet på fødeafdelingerne eller til fødeklinikker, og etableringsomkostningen til de fire fødeklinikker vil således isoleret set være ca. 1,2 mio. kr.

Fælles regional hjemmefødselsordning

Der er administrationens anbefaling, at der etableres én central hjemmefødselsordning, som drives af de fire hospitaler med fødeafdelinger via den centrale visitation for fødsler, da det forventes at give en god kvalitet i hjemmefødselsordningen, mindske vagtbelastningen på fødestederne, samt skabe bedre mulighed for at tilrettelægge de daglige fødsler på fødestederne. Bornholms Hospital vil på grund af de geografiske afstande ikke være en del af den fælles ordning.

Pris:

Udgifterne til en central hjemmefødselsordning anslås at udgøre 7,5 mio. kr. årligt. Økonomien i ordningen er dog afhængig af, hvilken overenskomst der kan forhandles på plads med den faglige organisation.

Udvidelse af kapaciteten på de nuværende fødesteder

Administrationen anbefaler, at der sker en løbende midlertidig udvidelse af kapaciteten på de nuværende fødesteder i takt med stigningen i antallet af fødsler frem til efteråret 2022, hvor et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital kan tages i brug.

Pris:

Udbygning af kapaciteten på eksisterende fødesteder til at håndtere væksten frem til 2022 vil kræve ombygning for 7,2 mio. kr. og ekstra 91 mio. kr. i årlige udgifter til drift af føde- og neonatalafdelingerne. Det svarer til en stigning på 18 mio. kr. årligt i takt med den løbende aktivitetsstigning som følge af det stigende antal fødsler.

Etablering af et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital

Administrationen anbefaler, at der etableres et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital, der kan stå klar i efteråret 2022. Et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital har to formål.

For det første vil det sikre hospitalet den samme overordnede profil som regionens og landets øvrige akuthospitaler, hvor almindeligt forekommende sygdomme kan behandles nær borgeren med fokus på sammenhængende forløb uden unødvendige overflytninger.

For det andet vil etableringen af et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital være et bidrag til den fælles regionale håndtering af den kapacitetsudvidelse, der skal sikre, at regionen kan varetage det sigende antal fødsler, der forventes fremadrettet.

Kvinde-barn centeret på Bispebjerg Hospital skal indeholde:

- Obstetrisk afdeling med plads til 3.500 fødsler/årligt.

- Pædiatrisk afdeling (hovedfunktionspatienter) og neonatologisk funktion (regionsfunktion for at kunne håndtere spædbørn fra uge 28+).
- Gynækologisk funktion (evt. i en samarbejdsfunktion med Rigshospitalet, også om uddannelse). Rammerne herfor skal afklares nærmere.

Administrationen anbefaler endvidere, at der laves en særskilt analyse af det pædiatriske område for at kunne organisere specialet hensigtsmæssigt.

Pris:

Etablering af et fødested på Bispebjerg Hospital vil isoleret set koste 45-50 mio. kr. mere i årlige driftsudgifter, sammenlignet med udbygning af de eksisterende fødesteder.

3. Plangrundlaget for fødeområdet

Fødselshjælpen i Region Hovedstaden og i resten af landet har over de seneste årtier udviklet sig markant således, at kvaliteten i fødselshjælpen målt på de parametre, som der internationalt vurderes fødselshjælp efter, ligger i den absolutte top. Blandt de faktorer, som kan have haft betydning for løftet i kvaliteten kan nævnes Etableringen af en grundlæggende hensigtsmæssig struktur på fødeområdet med større og robuste fødeafdelinger med tilknyttet neonatal service.

Svangreomsorgen, er differentieret efter individuelle behov, og fanger opståede komplikationer i graviditeten tidligt, så de bliver håndteret og behandlet rettidigt, inden det medfører alvorlige konsekvenser. Dette tilbud er gratis og ens for alle borgere. Regionens tilbud, der følger sundhedsstyrelsens anbefalinger, er fastlagt i Region Hovedstadens fødeplan. Sundhedsstyrelsen arbejder på nye anbefalinger, og regionens fødeplan skal dermed justeres forventeligt i 2019.

Danmark er førende, hvad angår prænatal screening, idet alle gravide tilbydes screening for en række forskellige sygdomme og misdannelser. I Danmark er der desuden en mere offensiv praksis overfor kvinder, som går over terminen, således at det i dag sikres, at fødslen finder sted, inden den gravide når 42 uger. Endelig sker der konstant uddannelse i CTG, der er registrering af kvindens veer og fostrets hjerterytme.

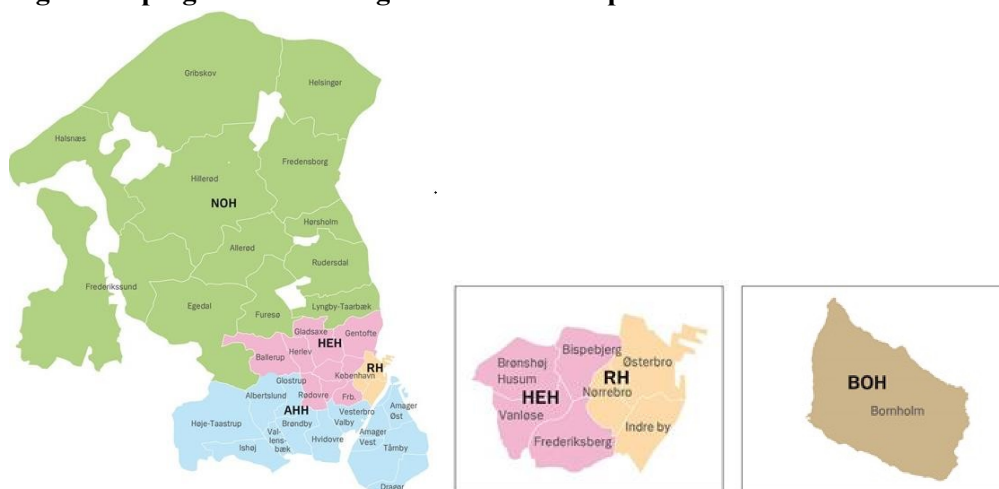
På den baggrund er der flere objektive parametre, der understøtter den grundlæggende struktur for svangreomsorg og fødselshjælp, og som bekræfter, at hovedlinjerne i organiseringen på fødeområdet har været hensigtsmæssig. Hovedlinjerne bør således fortsat understøttes i det videre planlægningsarbejde.

Organisering af fødsler i Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er der fem fødesteder på Bornholms Hospital, Nordsjællands Hospital, Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Rigshospitalet. Bornholms Hospital indtager en særstatus på grund af de særlige geografiske forhold. På trods af et lille optageområde varetages fødsler og behandling af kvindesygdomme og børn. Hospitalet indgår dog ikke i denne analyse.

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

Figur 1: Optageområder i Region Hovedstaden på kvinde-barn området



Fødestederne har desuden lokale jordemoderkonsultationer placeret i nærområdet.

I marts 2015 blev der etableret en fælles visitation for fødsler (CVF) i Region Hovedstaden. Derfor sender den praktiserende læge kvindens svangre journal til den fælles visitation. Dog er Bornholm ikke omfattet af den fælles visitation.

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

Endelig har regionsrådet en hensigtserklæring om i videst muligt omfang at efterleve kvindernes 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.

Prognose for udvikling på fødeområdet

Udviklingen i antallet af fødsler har været varierende hen over de seneste årtier. Som beskrevet i Region Hovedstadens analyse af fødeområdet (juni 2017) forventes fremadrettet en væsentlig stigning i antallet af fødsler. Det udfordrer fødestederne i regionen og har givet anledning til politiske overvejelser i forhold til organiseringen af fødeområdet i Region Hovedstaden.

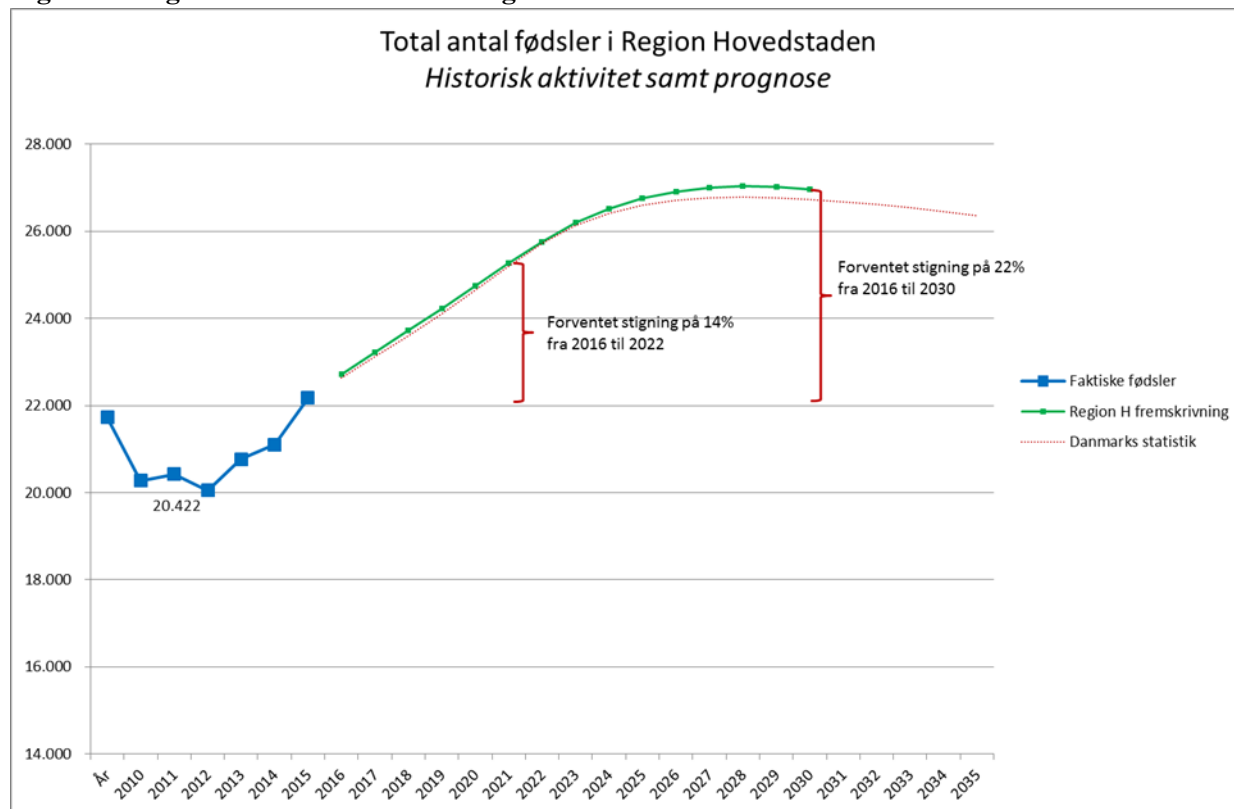
Som planlægningsgrundlag for fødeområdet har administrationen lavet en fremskrivning af forventet antal fødsler de kommende 15 år. For at beskrive det mere langsigtede perspektiv, vises endvidere Danmarks Statistiks fremskrivning af fødsler, der fremskriver forventede fødsler frem til 2035. Danmarks Statistiks fremskrivningsmetode ligner metodemæssigt regionens, men bygger på et lidt andet datagrundlag.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Øget kapacitet på fødeområdet

Bilag 1 - Side -8 af 34

Fælles for begge modeller er, at der er en betydelig usikkerhed i fremskrivningen af fødsler de enkelte år.

Figur 2: Prognose for antal fødsler i Region Hovedstaden



Tabel 1: Prognose for antal fødsler i Region Hovedstaden i tal fordelt på optageområder

	År										
	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2025	2027	2029	2031
Rigshospitalet	5.922	6.258	5.675	5.618	5.866	6.122	6.377	6.566	6.664	6.696	6.681
Amager og Hvidovre Hospital	6.605	6.615	7.032	7.191	7.509	7.837	8.162	8.405	8.530	8.571	8.552
Herlev og Gentofte Hospital	4.484	4.205	4.747	5.618	5.866	6.122	6.377	6.566	6.664	6.696	6.681
Nordsjællands Hospital	3.047	2.744	3.415	4.045	4.224	4.408	4.591	4.728	4.798	4.821	4.811
Bornholms Hospital	212	226	233	239	251	254	257	257	254	250	246
I alt	20.270	20.048	21.102	22.710	23.715	24.744	25.763	26.522	26.910	27.035	26.972

Den fulde prognose er vedlagt i bilag 1.

Figuren viser, at der fra 2011 til 2013 var et fald i antallet af fødsler med laveste antal i 2013 på 20.048 fødsler. Derefter steg antal fødsler til 22.171 i 2016, og prognosen viser en forventet markant stigning i antal fødsler på 14 % fra 2016 til 2022. Samt en yderligere stigning fra 2022 til 2030 på yderligere 7 %. Den samlede stigning fra 2016 til 2030 forventes at være på 22 % i alt, om end den største vækst ses i de kommende frem mod 2025, og derefter flader den ud.

De generelle tendenser går i retning af øget urbanisering og vedvarende tilflytning til Region Hovedstaden. Det ser dog ud til, at væksten i 2017 er uændret i forhold til 2016, samt at væksten

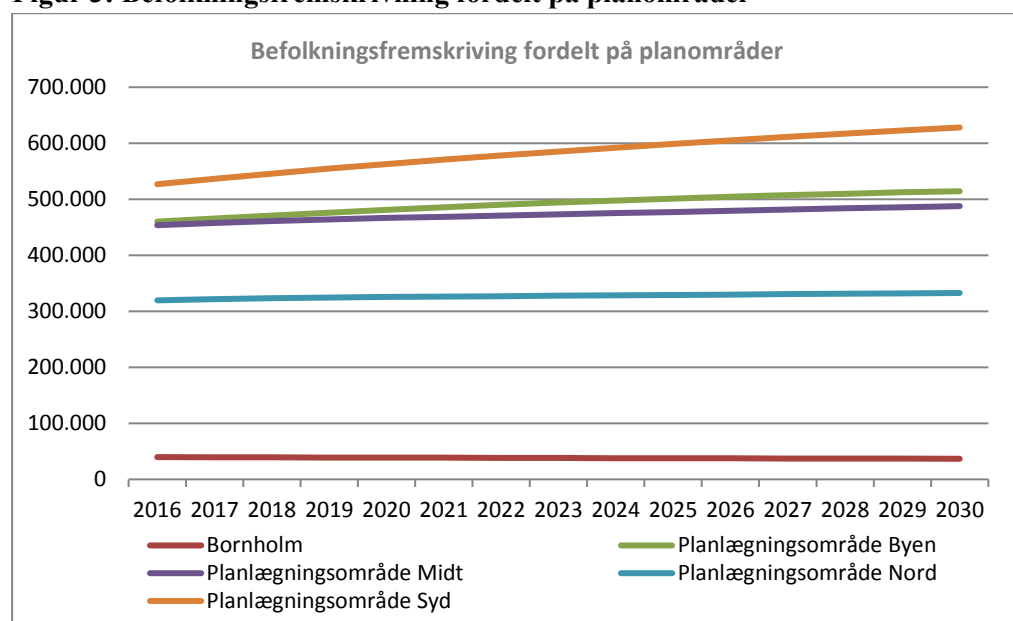
i 2018 vil være på mellem 1,5 % – 2 %, hvilket tyder på at fremskrivningen overestimerer væksten. Det kan skyldes, at der er stor variation fra år til år. Der er ingen fremskrivningsmodeller, der ikke fremskriver en vækst.

Fødsler og befolkningsfremskrivning

Der forventes en stigning i befolkningsstørrelsen for hele landet i perioden 2017-2030, men stigningen er klart størst i Region Hovedstaden. Betydningen af nytilkomne indvandrere og flygtninge udgør en lille procent, og har ikke ret stor betydning for udviklingen i fødselstallet. Det er vanskeligt at forudsige, hvordan indvandringen forløber, det afhænger af krige og andre ting i verden, dog forventer Danmarks Statistik en reduceret indvandring.

Befolkningsunderlaget for regionen forventes at stige fra ca. 1,8 mio. borgere i 2018 til 1,95 mio. borgere i 2025, mens befolkningsunderlaget i 2030 forventes at stige til op mod 2 mio. borgere. Den største stigning ses i Planområde Syd, men også i Planområde Midt og Byen, ses en væsentlig befolkningstilvækst jf. nedenstående figur.

Figur 3: Befolkningsfremskrivning fordelt på planområder



Den forventede befolkningstilvækst ses i alle aldersgrupper, men stigningen er størst i regionen i aldersgruppen 60+ årige, der forventes at stige med ca. 57.000 borgere frem til 2025 og 95.000 borgere frem til 2030. Aldersgrupperne 0-29 år og 30-59 år forventes at stige med henholdsvis 30.000 og 35.000 borgere frem til 2025 og 41.000 for begge aldersgrupper frem til 2030.

Den forventede udvikling i aldersfordelingen for Region Hovedstaden adskiller sig fra de andre regioner ved, at der forventes en stigning på ca. 6 % i aldersgrupperne 0-29 årige og 30-39 årige, hvilket er aldersgrupper i den fødedygtige alder.

I planområde Nord forventes befolkningsunderlaget for aldersgrupperne 0-29 årige og 30-39 årige at blive reduceret med samlet henholdsvis ca. 9.500 og 16.000 borgere.

I planområde Midt forventes befolkningsunderlaget for aldersgrupperne 0-29 årige at stige med henholdsvis ca. 5.000 og 8.000 borgere frem til 2025 og 2030. For de 30-39 årige forventes en stigning på ca. 1.000 borgere frem til 2025, men et fald frem til 2030 på ca. 1.500 borgere.

I planområde Byen forventes befolkningsunderlaget at stige med ca. 36.000 borgere frem mod 2025 og 49.000 borger frem mod 2030. Befolkningstilvæksten ses i alle aldersgrupper, dog er stigningen frem til 2025 størst i aldersgruppen 30-59 årige, der forventes at udgøre ca. halvdelen af den forventede stigning. Herefter flader stigningen ud, mens stigningen for de 60+ årige forsætter frem mod 2030.

I planområde syd forventes befolkningsunderlaget at stige med ca. 62.000 borgere frem mod 2025 og 92.000 borger frem mod 2030, og befolkningstilvæksten ses i alle aldersgrupper.

Som det fremgår forventes den største stigning i befolkningsunderlaget at ske i planområderne Syd og Byen. Der er således intet, der tyder på, at Rigshospitalet skulle få færre fødsler end i dag heller ikke med et nyt fødested på Bispebjerg Hospital. Tendensen i disse år er, at de unge flytter til København, får et eller to børn, og så vælger nogle at flytte uden for byen, når børnene er små. Om det er en tendens, der forsætter, er svært at spå om.

4. Håndtering af de personalerelaterede udfordringer på fødeområdet

Fødeområdet involverer mange personalegrupper. Manglen på jordemødre er på nuværende tidspunkt den største og mest akutte personaleudfordring. Derfor har Center for HR i samarbejde med fødeafdelingerne besluttet, at det er mest afgørende med fokus på disse områder. I foråret 2018 er det planen at kortlægge og vurdere behovet for særlige tiltag for de øvrige faggrupper jf. nedenfor.

Analyse af de personalerelaterede udfordringer

Med afsæt i fødeanalyse I har Center for HR med bistand fra hospitalerne, følgegruppen og en række eksterne interessenter i efteråret 2017 arbejdet på en uddybende analyse af de personale-relaterede problemstillinger skitseret i fødeanalyse I fra juni 2017.

Der peges på følgende personalemæssige udfordringer på fødeområdet – ud fra den nuværende viden om ansatte, udvikling i fødsler m.v.:

- **Stigende behov for jordemødre:** Fødselstallet stiger i de kommende år. Fra 2016 og frem til 2025 (formentlig til 2030) får Region Hovedstaden derfor behov for minimum 64 ekstra fuldtidsjordemødre i Region Hovedstaden.
- **Jordemødrene varetager ikke kun fødsler:** I dag er kun 315 ud af over 500 jordemoderårsværk i Region Hovedstaden beskæftiget direkte med fødsler på fødegangen (de opgaver der relaterer sig til graviditets-, fødsels- og barselsforløb), da jordemødre har overtaget opgaver fra sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.
- **Rekrutteringsudfordringer og ubesatte stillinger:** Det er i stigende grad svært at rekruttere jordemødre, og på både Herlev og Hvidovre er der ubesatte stillinger (på Hvid-

ovre er hele 30% af stillingerne ubesatte). En stor del af jordemødrene er på barsel, hvilket skaber mange midlertidige stillinger, som det i særlig grad er svært/umuligt at besætte.

- **Mange på deltid:** 2/3 af jordemødrene i Region Hovedstaden er ansat på deltid (de har typisk 29-34 timer ugentligt). Mange tager samtidig overarbejde, merarbejde eller ekstravagter i vikarbureauer. Jordemødrenes overarbejde udgør i Region Hovedstaden omkring 25.000 timer (ca. 13 årsværk).
- **Større rekrutteringsbehov end rekrutteringsgrundlag:** Det anslåede rekrutteringsbehov i Region Hovedstaden i de kommende 6 måneder er 40 faste jordemødre +20-30 vikariater, men kun 24 jordemødre dimitterede fra Professionshøjskolen Metropol i februar 2018 og 34 forventes at dimittere i juni, 2018. En ukendt andel heraf forventes at søge ansættelse andre steder end i Region Hovedstaden. Arbejdsløsheden blandt jordemødre er minimal i hele landet. Det ser således ud til, at der trods stigende antal uddannelsespladser (10 ekstra optagne studerende fra 2016) stadigt uddannes for få jordemødre.
- **Utilfreds faggruppe:** Jordemødrene er blandt de mest utilfredse faggrupper på tværs af alle regioner, når det gælder trivselsforhold. Det er ligeledes afspejlet i Region Hovedstadens trivselsmåling (TrivselOp) for både 2011, 2014, 2017. Jordmoderjobbet opleves af mange jordemødre som et job med stort arbejdspress, ganske vagttungt og ikke fleksibelt (fx ift. ønsker om sammenhængende sommerferie).
- **Vikarbureauer, hvor ”eksterne er interne”:** Anvendelse af eksterne vikarbureauer fastholder eller forværrer rekrutteringsproblemerne. En del af de ”eksterne” vikarer er deltidsansatte i Region Hovedstaden, der tager ekstravagter i et bureau. 40% af midlerne til ”eksterne” jordemodervikarer, går til folk, der i forvejen er ansat i Region Hovedstaden (disse ansatte har altså to jobs).

Indsatsområder og initiativer siden efteråret 2017

I det foreløbige arbejde siden sidste sommer med personaleplaner for fødeområdet har hovedvægten dels været at få uddybet grundlagt for en rekrutterings- og udviklingsindsats for de kommende år, dels at iværksætte en række konkrete tiltag i forhold til uddannelsesindsats og fælles rekrutteringsprincipper. Initiativerne omfatter derfor både tiltag med et kortsigtet perspektiv (fx optimering af vagtplanlægningen) og et begyndende arbejde med tiltag, der har et lidt længere perspektiv.

Der er i januar udarbejdet en status til hospitalernes fødeafdelinger på den aktuelle mangel vedrørende jordemødre for første halvdel af 2018. Den forventede mangel afhænger af en række forhold – udvikling i antallet af fødsler, personaleomsætning, nye barsler, om nye jordemødre er fuldtidsansatte eller deltidsbeskæftigede, omfanget af brugen af vikarer etc.

Som fremhævet ovenfor, så vurderer Center for HR, ud fra det nuværende kendskab, at der fra begyndelsen af 2018 skulle ansættes ca. 40 nye jordemødre samt en række vikarer i løbet af de første 6 måneder for at dække regionens behov. Hovedparten af disse nye ansatte skal rekrutteres fra de 24 dimittender, der færdiggjorde uddannelsen i februar, og fra de 34 nyuddannede jordemødre, der forventes færdige til juni.

Det er fortsat svært – og muligvis stigende svært – at rekruttere nye jordemødre til regionens fødeafdelinger, og der er løbende ubesatte stillinger. Manglen på jordemødre vil bestå i en længere periode, og skal løses ved en række forskellige tiltag.

Fødeafdelingerne har ud over jordemødre, også anmodet om, at der gennemføres nærmere undersøgelse af udfordringer med rekruttering og bemanning inden for øvrige faggrupper på området. Det er obstetrikere, sonografer, føtalmedicinere og neonatologer samt sygeplejersker inden for sygeplejersker inden for det obstetriske og neonatale område. Det vil ske i de kommende måneder.

I forlængelse af fødeanalyse I fra juni 2017 er der igangsat en dialog med Professionshøjskolen Metropol om øget optag på jordemoderuddannelse. Ultimo februar har Region Hovedstaden bedt om et meroptag på 30 nye studerende pr. september 2018. Det bakkes op af regionens fire cheffjordmødre, og er godkendt i Forum for Ledelse og Uddannelse. Anmodningen er indsendt til Professionshøjskolen ultimo februar måned. Ønsket bakkes også op af Region Sjælland, som også aftager studerende fra Professionshøjskolen København, men Region Sjælland ønsker ikke i denne omgang selv at bede om ekstra studerende. Center for HR er i dialog med professionshøjskolen og cheffjordemødrene om at håndtere den kliniske del af uddannelserne bedst muligt.

Center for HR er endvidere i en igangværende forhandling med Jordemoderkredsen for Hovedstaden om indgåelse af vilkår for interne vikaransatte. Hensigten er at aftale vilkår for interne timelønnede og opbygge et internt vikarbureau fra forsommeren 2018. Efterfølgende vil regionen ophæve brugen af eksterne vikarer efter sommeren 2018, således at en større del af regionens jordemoderopgaver løses af internt ansatte. Aftalen med jordemoderkredsen forventes indgået omkring påske. Det kommende interne vikarbureau ventes placeret og driftet fra Herlev-Gentofte Hospital, der har plads og en passende geografisk placering i regionen.

I forlængelse af disse tiltag arbejder hospitalerne på at hæve den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad (arbejdstid) for gruppen af jordemødre. Derfor sigter man på, at nyuddannede jordemødre som hovedregel ansættes på fuld tid, og en større andel af samtlige ny ansættelser fremover sker på fuld tid. Disse ambitioner for de kommende rekrutteringer er iværksat, og der vil være en løbende dialog mellem hospitalerne om denne målopfylde.

Der arbejdes også på at få en optimeret arbejdstidsplanlægning og en endnu bedre driftsafvikling på fødeområdet. Center for HR vil her bistå med støtte til optimering og forbedret arbejdstidsplanlægning for afdelingsledelserne, og der planlægges med fælles undervisning i april 2018 for de vagtplansansvarlige på fødeenhederne.

I løbet af foråret planlægges der afholdt en fælles regional workshop med udvalgte ledere og medarbejdere fra fødeafdelingerne. Hensigten er at drøfte mulighederne for og udarbejde yderligere tiltag på personaleområdet for de kommende år, for at hospitalerne kan styrke rekrutteringen og forbedre personaleudviklingen, og således af denne vej opnå bedre sikring af de nødvendige personalekompetencer også for de kommende år.

5. Fødeklinikker

Fødeklinikker er for lavrisikofødende. Det vil sige kvinder, der er sunde og raske, og som eventuelt tidligere har født normalt, og hvor fødslen forventes at være uden komplikationer. Det er vurderingen, at denne gruppe udgør ca. 40 % af alle fødende, og det vil være den gruppe, der primært kan visiteres til en fødeklinik.

En fødeklinik kan organisatorisk være placeret på et hospital med fødeafdeling eller være placeret uden for hospitalet, hvilket medfører nogle betydelige forskelle for den fødende. De væsentligste gennemgås nedenfor.

5.1. Fødeklinik uden for hospitalet (Privat fødeklinik)

En privat fødeklinik uden for hospitalet er bemandet med jordemødre og er et tilbud rettet mod kvinder med en forventet ukompliceret fødsel.

Der findes i Danmark ingen offentlige fødeklinikker uden for hospitalet, men Region Sjælland har indgået aftale med den private fødeklinik Storkereden, der har tre klinikker i regionen placeret i henholdsvis Slagelse, Roskilde og Holbæk.

Fødsel på en fødeklinik uden for hospital er en ambulant fødsel. Det vil sige, at den fødende går hjem 4-6 timer efter fødslen. Jordemoderen besøger familien i hjemmet dagen efter fødslen, og der er desuden mulighed for telefonisk kontakt med jordemoderen i en uge efter fødslen.

En fødsel på en klinik uden for hospitalet betyder, at der ikke er mulighed for at få assistance fra speciallæger i gynækologi/obstetrik, anæstesiologi og pædiatri. Hvis der under fødslen opstår komplikationer er det derfor nødvendigt at overflytte den fødende til et offentlig hospital med en fødeafdeling.

Ved større omlægninger skal regionen indhente en faglig rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens samlede rådgivning til Region Hovedstaden på fødeområdet af 6. november 2017 er vedlagt i bilag. Sundhedsstyrelsen finder generelt, at fødsel på en jordemoderbemandet fødeklinik udenfor sygehus, hvor der ikke er mulighed for assistance fra speciallæger i gynækologi/obstetrik, anæstesiologi og pædiatri, fagligt er at sammenligne med en hjemmefødsel. Både med hensyn til mulighed for assistance og risiko for overflytning ved komplikationer under fødslen.

Fødsel på en klinik uden for hospital vurderes således ikke fagligt at være på niveau med eksisterende fødetilbud i regionen, fordi der ikke er adgang til back-up-funktioner, hvor der opstår komplikationer.

Sundhedsstyrelsen finder, at der ved utilstrækkelig information om rammerne for en fødsel udenfor sygehus, kan opstå en falsk tryghed i forhold til klinikfødsel fremfor fødsel i eget hjem. Der er således en skærpet informationsforpligtelse ved private kliniktilbud, da de fødende ved fødsler på en fødeklinik med 'hospitalslignende indretning' eventuelt kan komme til at forvente, at sikkerheden ved fødeklinikken er bedre end ved en fødsel i eget hjem.

Region Sjælland offentliggjorde i foråret 2017 en evaluering af regionens forsøgsordning med Storkereden. Den viser, at de private fødeklinikker har udgjort et tilfredsstillende fagligt tilbud for Region Sjælland. Regionen vurderer, at Storkereden generelt opfylder kontraktens krav om aktivitet, kvalitet og patientsikkerhed, men at regionen anbefaler større fokus på monitorering af kvalitetsindikatorer.

Herudover har Region Sjælland noteret betænkeligheder ved Storkeredens praksis for omvisiteringer. De er af så alvorlig grad, at der er behov for yderligere afdækning af praksis. Region Sjælland har endelig betænkeligheder ved, at Storkereden ikke konsekvent afgiver ansvaret for den gravide ved omvisitering til fødeafdeling.

Overvejelser

Det må forudsættes, at hvis der skal etableres en fødeklinik uden for hospitalet i Region Hovedstaden, vil det i lighed med i Region Sjælland være en privat fødeklinik.

Placeringen af en fødeklinik uden for hospitalet giver mulighed for at skabe en hjemlig, ikke-hospitalslignende atmosfære.

Det forudsættes endvidere, at der ved etablering af en privat fødeklinik i Region Hovedstaden vil gælde de samme vilkår og udgifter som for Region Sjælland.

Det vil som udgangspunkt være regionens offentlige fødesteder, der skal varetage nakkefold-, ultralyd- og misdannelsesskanning på de gravide kvinder, der vælger at føde på den private klinik. Ligeledes skal der opretholdes et beredskab til håndtering af fødende, der omvisiteres og overflyttes enten før eller under fødsel fra de private klinikker.

Der vil ikke på en privat fødeklinik være kliniske back-up-funktioner som på et hospital. Fødsler er et af de mest akutte specialer, og der kan ske ændringer på få minutter, som ikke kan forudses fx ved navlesnorsfremfald, løsning af moderkagen, fastsiddende skuldre eller kraftig blødning efter fødslen.

I 2017 var der til og med 3. kvartal 285 indskrevne gravide på de tre fødeklinikker, der hører under Storkereden, i Region Sjælland, og der var 57 omvisiteringer i graviditeten. Det betyder, at ud af de 285 indskrevne gravide var der 228 fødsler, der blev startet på klinikken. Heraf blev 81 gravide overflyttet i forbindelse med fødslen, således at der var 147 fødsler på klinikken. Det betyder, at 48 % af de gravide, der blev indskrevet på klinikken blev omvisiteret i løbet af graviditeten eller overflyttet til hospital i forbindelse med fødslen. Af de fødsler der blev startet på klinikken fødte 64 % på klinikken og 36 % blev overflyttet under selve fødslen.

Kvinder fra andre regioner har siden september 2016 haft mulighed for via det frie sygehusvalg at føde på Storkeredens klinikker i Region Sjælland. I 2017 var der til og med 3. kvartal 47 indskrevne gravide fra Region Hovedstaden på Storkeredens klinikker i Region Sjælland. Heraf

fødte 25 på klinikken, 8 blev omvisiteret i graviditeten, mens 14 blev overflyttet i fødselsforløbet. Det svarer til, at af de gravide der startede fødslen på klinikken, der fødte 64 % på klinikken og 36 % blev overflyttet i fødselsforløbet til en fødeafdeling på et hospital.

Aftalen for storkereden medfører, at hvis en gravid omvisiteres inden uge 25, så får den private fødeklinik intet honorar. Omvisiteres den gravide mellem uge 25+0 og uge 35+6 får fødeklinikken halvt honorar. Overflyttes den gravide fra uge 36+0, så får fødeklinikken fuldt honorar. Hertil skal lægges udgiften til den del af graviditetsforløbet og/eller fødslen, der foretages på den offentlige fødeafdeling.

Det må forventes, at en overflytning til hospital medfører uro for den fødende. Hvis en fødeklinik uden for hospitalet er en privat klinik må jordemødrene ikke fortsætte med at forestå fødslen ved overflytning til hospital, da klinikens jordemoderen ikke har et ansættelsesforhold med regionen og dermed ikke har et behandlingsansvar relateret til Region Hovedstaden, adgang til regionens it-systemer m.v.

En privat fødeklinik forventes ikke volumenmæssigt at kunne aflaste de nuværende fødesteder endsige være et billigere alternativ til fødsel på hospital. Det kan være et tilbud, der forventes at appellere til kvinder, der ønsker at føde i ikke hospitalslignende omgivelser, og som lægger vægt på at kende den jordemoder, som de skal føde med.

Det har været foreslået om der kan etableres en privat fødeklinik på et hospital, der i forvejen varetager fødsler. Udfordringerne i et sådan organisatorisk set up vil langt hen af vejen være de samme, som hvis den private fødeklinik var placeret uden for hospitalet. Hvis kvinden skal overflyttes til fødegangen må jordemoderen fra den private klinik ikke fortsætte fødslen på det offentlige hospital, da hun ikke har et ansættelsesforhold. Herudover vil der ved overflytning skulle betales fuldt honorar (alt efter tidspunkt i graviditeten) til den privat fødeklinik, ligesom der vil være en udgift til at fortsætte forløbet/fødslen i offentligt regi.

En fordel vil være, at der vil være mulighed for en hurtige overflytning til fødegang, hvis den private fødeklinik er på hospitalet, hvilket kan sikre en hurtig intervention.

På baggrund af ovenstående overvejelser har administrationen ikke arbejdet videre med denne model.

Økonomi

Det må antages, at udgifterne til en privat fødeklinik i Region Hovedstaden vil være tilsvarende den aftale Region Sjælland har indgået med Storkereden, som medfører, at den faktiske gennemsnitlige afregning pr. gennemført fødsel i 2016 er 25.800 kr.

Hertil kommer udgifter til nakkefold-, ultralyd- og misdannelsesskanning, samt eventuel undersøgelse hos speciallæge på det offentlige hospital. Endelig vil der være udgifter til de fødselsforløb, der enten omvisiteres eller overflyttes til hospitalet.

Den tilsvarende produktionsværdi i 2017 for et fødselsforløb på et offentligt hospital anslås til 32.404 for førstegangsfødende og 27.324 for flergangsfødende inkl. ni jordemoderkonsultationer.

På den baggrund synes en fødsel på Storkereden umiddelbart at være billigere end en tilsvarende fødsel på et offentligt hospital. Men overflytninger medfører merudgifter for de offentlige hospitaler, idet der skal afholdes udgifter til såvel den private fødeklinik som til fødeafdelingen på hospitalet. Samtidig skal de offentlige hospitaler sikre et beredskab, så gravide og fødende kvinder ved uforudsete komplikationer kan modtages på hospitalet. Det er dog vanskeligt at vurdere merudgiften til beredskabet. Endelig har de offentlige hospitaler en uddannelsesforpligtelse af læger, jordemødre med flere. Udgiften hertil er ligeledes vanskelig at opgøre.

Ved sammenligning med omkostningen for udvidelse af kapaciteten på fødeområdet de kommende år, kan prisen for udvidelse anslås. Der påregnes en merudgift på ca. 65% af DRG-taksten svarende til de direkte udgifter for afdelingen til at udbygge kapaciteten. Omkostningen til udvidelse af fødselskapaciteten på egne hospitaler anslås derved til ca. 21.000 for førstegangsfødende og ca. 18.000 kr. for flergangsfødende, hvilket er lavere end Region Sjællands betaling til private fødeordninger. Der er således samlet set ikke grundlag for at antage, at det er et billigere alternativ til at håndtere væksten.

Administrationens anbefaling

Det er administrationens anbefaling, at der ikke oprettes en privat fødeklinik i Region Hovedstaden. En privat fødeklinik vurderes ikke fagligt at være på niveau med eksisterende fødetilbud i regionen, fordi der ikke er adgang til back-up-funktioner, hvis der opstår komplikationer. En privat fødeklinik kan ikke aflaste fødestederne væsentligt ift. det stigende antal fødsler, og det vil ikke være et billigere alternativ end fødsel på hospital, når alle udgifter ved det enkelte patientforløb medregnes.

5.2. Fødeklinik på hospitalet (In-house fødeklinik)

En in-house fødeklinik er en offentlig klinik for kvinder, som forventes at have en ukompliceret fødsel. Fødeklinikken er placeret på et eksisterende fødested. Klinikken er primært bemandet af jordemødre, men ved behov for akut hjælp af en speciallæge (obstetriker, neonatolog eller anæstesiolog) er der mulighed for umiddelbar intervention. Den hurtige intervention sikrer den bedst mulige patientsikkerhed for både mor og barn, idet fødsler (obstetrik) i sagens natur er akutte.

Der har tidligere været in-house fødeklinikker på Glostrup Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet. Klinikkerne blev nedlagt som følge af besparelser.

Det er forventningen, at ca. 10 % af de kvinder, der er visiteret til en in-house fødeklinik under graviditeten, skal omvisiteres til fødegangen som følge af komplikationer. Det er samtidig erfaringen, at mellem 16-20 % skal overflyttes til fødegangen eller operationsgangen, fordi der opstår komplikationer under fødslen eller fordi, der skal foretages kejsersnit.

Fødestuerne på in-house klinik indrettes efter de fødendes behov med adgang til hjælpemidler, bad og toilet samt kapacitet til at håndtere undersøgelser og lettere indgreb ved lettere komplikationer. Der er fuld adgang til fosterovervågning og til diverse former for smertelindring herunder anlæggelse af epidural bedøvelse (bedøvelse i rygmarv).

En in-house klinik vil blive skærmet fra den traditionelle fødegang, og bemannet med jordemødre og social- og sundhedsassistenter samt i begrænset omfang speciallæger. Da klinikken er placeret på hospitalet, er der adgang til specialkompetencer, så kvinden ikke oplever en forsinkende og u hensigtsmæssig patientsikkerhedsmæssig overflytning, hvis der opstår behov for overflytning til fødegangen.

For fødende i målgruppen er der sket en forudgående visitation til in-house fødeklinikken, og under graviditeten går de hos de jordemødre, der er tilknyttet klinikken. Fødsel på klinikken sker som ambulant fødsel med udskrivning 4-6 timer efter fødslen med mindre, der er forhold som medfører, at kvinden ikke kan udskrives. Der er ikke kendt jordemoderordning, men som på regionens øvrige fødesteder søges det, at det er den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden.

Igennem graviditeten sker der en tydelig forventningsafstemning med den gravide, således at hun ved, at en planlagt visitation kan ændres ved ankomsten til hospitalet, hvis der opstår uventede komplikationer, hvor kvinden overflyttes til den traditionelle fødegang herunder skal have foretaget kejsersnit.

Endelig vil kvinder, der føder på in-house klinik, modtage samme efterfødselstilbud, som tilbydes de kvinder, der føder på den traditionelle fødegang, og som regionsrådet har vedtaget med regionens fødeplan.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at i regionens situation, hvor udgangspunktet for kvalitet og tilfredshed er yderst tilfredsstillende, skal man være varsom med at eksperimentere med nye rammer uden et stærkt vidensgrundlag.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at regionen i højere grad bør fokusere på organisatoriske og faglige tiltag indenfor de nuværende rammer. Der kan ses på opdeling af store fødeafdelinger i parallelle og ligeværdige afsnit, styrket indsats med fx kendt jordemor, styrket hjemmefødselsordning eller prioritering af ressourcer til området.

Overvejelser

Miljøet vil på in-house klinik være et andet og mindre intensivt end på fødegangen, fordi der ikke er kvinder med komplicerede fødsler.

I en in-house fødeklinik er det muligt at imødekomme nogle kvinders ønske om mere ro om fødslen samtidig med en oplevelse af at føde naturligt, men i rammer hvor der er specialkompetencer nær på, hvis det kræves.

Med in-house fødeklinik forventes en positiv indvirkning på arbejdsmiljøet for jordemødrene, da der er mindre forhold og færre kollegaer, hvilket forventes at øge muligheden for rekruttering og fastholdelse til faget. Dette gælder både på in-house klinikken og på fødegangen. Jordemødrene kan udvikle sig fagligt, da det vil være muligt at rokere mellem klinikken og den specialiserede fødeafdeling. Det er fødestedernes vurdering, at en in-house fødeklinik vil være en positiv løsning for de gravide kvinder og for personalet.

En mulig ulempe ved en in-house klinik kan være, hvis der ikke sker en reel adskillelse fra den traditionelle fødegang, og at forskellen fra den specialiserede fødegang forsvinder.

En opdeling af fødslerne i en in-house fødeklinik og en fødegang vil medføre øgede personale-mæssige udgifter til jordemødre, da det medfører behov for større fremmøde af jordemødre.

Endelig vil der forventeligt opstå rekrutteringsproblemer, hvis der kun etableres en klinik i regionen, idet en del jordemødre vil søge til en sådan klinik. Samtidig kan der forventes skuffede forventninger fra kvinder i regionen, som ikke har mulighed for at føde på en sådan klinik, da der vil være begrænset kapacitet.

Økonomi

Erfaringer fra tidligere har vist, at en opdeling af fødeafdelingen i en in-house fødeklinik og en specialiseret fødegang kræver øget jordemoder normering, da der er behov for vagtberedskab til fødegang og større fremmøde af jordemødre til fødeklinik.

Der er mulighed for at etablere in-house fødeklinik på de fire store fødesteder. Jf. skemaet nedenfor er der variationer mellem fødestuer, antal fødende, etableringsudgifter og årlige driftsudgifter, som følge af forskelle i de fysiske rammer.

Tabel 2: Mulige scenarier for etablering af in-house fødeklinikker

	Herlev Hospital*	Hvidovre Hospital	Rigshospitalet	Nordsjællands Hospital
Antal fødestuer	4 (5)	3	2	2
Kapacitetsudvidelse med antal fødestuer	4 (0)	1	2	1
Antal fødende i klinik	2.000(2.500)	1.200	800	750-850
Etableringsudgift mio.kr.	1,754 (0,220)	3,250	0,825	2,400
Årlig driftsudgift mio.kr.	3,000	2,645	3,150	3,500

*Anm: Kapacitetsudvidelsen kan først etableres ved indflytning i det nye Kvinde Barn Center medio 2019. Tallene i () er i eksisterende rammer.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at en in-house fødeklinik er en organisatorisk ændring af tilrettelæggelsen for fødende, og der er omkostninger forbundet med etablering heraf. Det er så at sige en udvidelse af servicetilbuddet. Hertil kommer udgifter til udvidelse af kapaciteten til det stigende antal fødsler.

Som det fremgår af tabellen, vil etablering af fire in-house fødeklinikker medføre en ekstra årlig driftsudgift på 12 mio. kr. I etableringsomkostninger vil hospitalerne skulle anvende ca. 7,2 mio. kr. på udbygning af de fysiske rammer, uanset om det er til brug for øget kapacitet på fødeafdelingerne eller til fødeklinikker, og etableringsomkostningen til de fire fødeklinikker vil således være ca. 1,2 mio. kr.

Det i tabellen angivne antal fødsler er ikke alene yderligere eller 'nye' fødsler, idet der også indgår fødsler, som ville have været varetaget på fødeafdelingen. Det betyder, at hele stigningen i antallet af fødsler således ikke kan håndteres ved etablering af fødeklinikker alene.

Administrationens anbefaling

Det er administrationens vurdering, at in-house fødeklinikker vil mindske presset på den samlede fødeafdeling, da opsplitning i in-house klinik og fødegang betyder, at tilrettelæggelsen af fødslerne sker adskilt. In-house fødeklinikker vil kunne skabe nogle mere rolige rammer for den fødende og vil eventuelt kunne tiltrække flere jordemødre.

En opsplitning kræver større fremmøde af jordemødre, og det er således en dyrere løsning, end hvis kapaciteten udbygges på fødeafdelingerne.

Det er administrationens vurdering, at de igangsatte HR-indsatser (tidligere beskrevet) vil bidrage til en forbedret rekrutterings- og fastholdelsessituation på fødestederne. Tilsvarende kan den regionale hjemmefødselsordning ses som et element heri. Administrationen lægger op til, at det politisk drøftes, om der ønskes ingen eller fire in-house fødeklinikker i regionen, idet der henvises til, at en eller to in-house fødeklinikker kan forventes at skævvride hospitalernes rekrutteringsmuligheder og fødetilbuddene til de fødende kvinder.

6. Etablering af fælles regional hjemmefødselsordning

Region Hovedstaden har de seneste par år oplevet en stigning i antallet af hjemmefødsler på niveau med resten af landet. Således ligger regionens samlede hjemmefødsler nu på ca. 3 %, hvilket svarer til ca. 700 fødsler årligt. Dette skal holdes op imod, at der indtil for 10 år siden var et stabilt niveau af hjemmefødsler på godt 100 hjemmefødsler årligt. Når kvinden vælger at føde hjemme, kommer jordemoderen tidligt i fødselsforløbet, og er der til to timer efter fødslen. På fødegangen kan det ved travlhed være nødvendigt, at jordemoderen må se til andre fødende undervejs i en fødsel.

"I medfør af lov om svangerskabshygien og fødselshjælp, har kvinder adgang til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet". Den fødende har således krav på jordemoderbistand, og hospitalet kan ikke afvise at stille en jordemoder til rådighed heller ikke, hvis der er faglige forhold, der taler imod, at kvinden føder i hjemmet.

De fire store fødesteder i Region Hovedstaden varetager i dag de hjemmefødsler, der hører til deres eget optageområde. Selve organiseringen af hjemmefødejordemødrene kan variere på det enkelte fødested.

Det gælder for alle fødestederne, at den jordemoder, der skal varetage en hjemmefødsel, er en del af det fremmøde, der er planlagt med på afdelingen. Det betyder, at vagtberedskabet udtynnes, når jordemoderen forlader afdelingen for at tage ud til en hjemmefødsel. Det stigende antal hjemmefødsler medfører, at en jordemoder oftere end før må forlade fødegangen for at betjene en hjemmefødende.

De jordemødre, der varetager hjemmefødsler, har typisk stor erfaring og kompetencer med hjemmefødsler. Det betyder, at fødegangen på hospitalet både har færre tilbageværende jordemødre i vagt, men også har mangel på erfaring og kompetencer. Det medfører samtidig ulighed i behandlingen af fødende kvinder, idet der flyttes ressourcer fra de ”syge” fødende, som skal være på fødegangen, til de raske fødende i hjemmet.

For at imødegå de nævnte udfordringer forslås det at centralisere hjemmefødslerne i én fælles hjemmefødselsordning for hele regionen. Det skal afklares nærmere, om det er mest hensigtsmæssigt at forankre ordningen et eller to steder i regionen på grund af geografiske afstande. Driften af hjemmefødselsordningen skal ske som i den centrale visitation for fødsler med repræsentanter fra alle fire fødesteder. Den daglige drift forankres i den centrale visitation for fødsler.

Hjemmefødselsordningen skal rumme et antal jordemødre svarende til ca. 700 hjemmefødsler, og dermed skal der ansættes jordemødre svarende til cirka 11,5 årsværk. Hjemmefødselsordningen bemannes med de jordemødre, der ønsker det fra de fire fødesteder. Hjemmefødselsjordemødrene varetager funktionen i en given periode, hvorefter de rokerer til fødeafdelingen, således at de kan opretholde de specialiserede kompetencer.

Som i dag vil det med én regional hjemmefødselsordning være muligt for jordemoderen at følge med den fødende kvinde ind til fødestedet, hvis det er nødvendigt med overflytning til hospitalet. De jordemødre, der indgår i hjemmefødselsordningen, vil skulle introduceres til de fire fødesteder således, at det skaber god mulighed for at imødekomme overflytning, som i princippet kan ske til alle fire fødesteder.

Når en gravid kvinde vælger at føde hjemme, skal hun visiteres til hjemmefødselsordningen, som følger kvinden i graviditeten, ved fødslen og i barslen. Det sikrer, at de ressourcer der allokeres til hjemmefødselsordningen udnyttes optimalt.

I nogle områder i regionen kan hjemmefødselsjordemødrene køre i biler, i andre områder er det ikke muligt på grund af parkeringsforhold, hvorfor kørsel skal ske med taxa. Der skal således være et antal biler i ordningen og en specialordning med taxa, så der altid er biler til rådighed.

Overvejelser

Det er en fordel, at der er en selvstændig ordning for hjemmefødsler, som er adskilt fra og ikke trækker på det beredskab, der skal være på fødestedet på hospitalet.

Ordningen vil blive bemannet med jordemødre, der er erfarne i hjemmefødsler og som er trygge ved at stå med den fødende alene i hjemmet. Ved behov for overflytning kan jordemoderen tage med den fødende ind på fødeafdelingen.

Regionen kan sikre, at de jordemødre der varetager fødslerne i hjemmet løbende gennemgår relevant træning og efteruddannelse for at være rustet til at håndtere eventuelle vanskelige situationer ved en hjemmefødsel.

En central regional hjemmefødselsordning vil være en dyrere løsning end i dag. På den anden side bliver der ikke trukket ressourcer fra de fødende på fødegangen inde på hospitalet, og dermed opnås der lighed mellem hospitalsfødende og hjemmefødende.

Økonomi

Udgifterne til en central hjemmefødselsordning anslås at udgøre 7,5 mio. kr. årligt. Økonomien i ordningen er dog afhængig af, hvilke overenskomst der kan forhandles på plads med den faglige organisation.

Det er forventningen, at udgifterne til en fælles regional hjemmefødselsordning kan finansieres indenfor rammerne af de driftsudgifter, der skal afsættes til den generelle opdrift i antallet af fødsler. Dermed er der ikke behov for at omfordele ressourcer mellem fødeafdelingerne og hjemmefødselsordningen, men i stedet vil der ske en ændring i opgavevaretagelsen mellem de to funktioner.

Administrationens anbefaling

Der er administrationens anbefaling, at der etableres én fælles regional hjemmefødselsordning, som drives af de fire hospitaler via den centrale visitation for fødsler, da det forventes at give en god kvalitet i hjemmefødselsordningen og samtidig mindske vagtbelastningen på fødestederne.

Den nærmere organisering og økonomien af en central hjemmefødselsordning vil skulle beskrives nærmere.

7. Udvidelse af kapaciteten på de nuværende fødestederne

De nuværende fødesteder vurderer, at de har mulighed for at rumme det stigende antal fødsler i eget optageområde ved at udvide kapaciteten i takt med det stigende antal fødsler både som en midlertidig eller en permanent kapacitetsudvidelse som led i de igangværende kvalitetsfundsbyggerier. Der vil dog være behov for ændringer i såvel de eksisterende fysiske rammer som i de nuværende fødestuer, fx også til brug for andre patientgrupper.

Hvis det besluttet at etablere et nyt fødested på Bispebjerg Hospital er der behov for at etablere en midlertidig kapacitetsudvidelse på de nuværende fødesteder, idet fremskrivningen viser en forventet stigning i antallet af fødsler på 14 % frem mod efteråret 2022, hvor et nyt fødested på Bispebjerg Hospital kan tages i brug. Det medfører samtidig, at den kapacitetsudvidelse som fødestederne etablerer i takt med det stigende antal fødsler skal reduceres i 2022, hvis der åbnes et nyt fødested på Bispebjerg Hospital. Det må forventes, at personale, der er ansat som led i den midlertidige kapacitetsudvidelse, kan overflyttes til den nye funktion på Bispebjerg. Personaleflytninger skal dog under alle omstændigheder følge regionens personalepolitiske retningslinjer.

Overvejelser

Det er nødvendigt at foretage løbende udvidelser i kapaciteten i de kommende år for, at regionen kan varetage det stigende antal fødsler. Alle de nuværende fødesteder vurderer, at de har mulighed for at etablere den nødvendige kapacitet, både som en midlertidig eller permanent kapacitetsudvidelse.

Fremskrivningen i antallet af fødsler i et længere perspektiv er behæftet med store usikkerheder. Hvis kapacitetsudvidelsen af fødsler sker på de nuværende fødesteder, vil det være lettere at tilpasse kapaciteten i nedadgående retning, hvis antallet af fødsler på et tidspunkt skulle falde.

Endelig er der nogle mere politiske og ideologiske overvejelser om, der ønskes få og store fødesteder eller flere og lidt mindre fødesteder, samt om der ønskes mere ligeværdige akuthospitaler i regionen.

Nedenstående tabel viser et eksempel på, hvordan det forventede antal fødsler i 2025 kan fordeles mellem de nuværende fødesteder og hvis der etableres et ekstra fødested på Bispebjerg Hospital. Fordelingen viser, at ingen af de nuværende fødesteder forventes at blive mindre end i 2016 selvom der etableres et ekstra fødested i regionen.

Tabel 3: Fremadrettet fordeling af fødsler

	Antal fødsler 2016 fordelt pr. fødested	Antal fødsler i 2022 fordelt pr. fødested	Forventede antal fødsler 2025 – for- delt med nuværende fordelingsnøgle på nuværende fødeste- der	Eksempel på for- ventede antal føds- ler 2025 fordelt på nuværende fødeste- der + Bispebjerg
Rigshospitalet	5.552	6.252	6.566	5.647
Hvidovre	6.836	8.003	8.405	7.223
Herlev	5.408	6.252	6.566	5.647
Nordsjælland	4.117	4.502	4.728	4.202
Bornholm	258	255	257	257
Bispebjerg				3.546
I alt	22.171	25.264	26.522	26.522

Økonomien

Økonomien beskrives samlet under afsnittet om etablering af kvinde-barn center i Akuthuset på Nyt Hospital Bispebjerg.

Administrationens anbefaling

Administrationen anbefaler, at der sker en løbende midlertidig udvidelse af kapaciteten på de nuværende fødesteder i takt med stigningen i antallet af fødsler frem til efteråret 2022, hvor et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital kan tages i brug.

8. Etablering af kvinde-barn center i Akuthuset på Nyt Hospital Bispebjerg

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er landets næststørste akuthospital. Samtidig er det det akuthospital, der har de færreste akutte specialer. Det giver hospitalet en række udfordringer i forhold til at tilbyde patienterne i optageområdet, uanset køn og alder, den bedst mulige behandling og sikre sammenhængende patientforløb.

Etablering af et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital vil være en ændring til den nuværende hospitalsplan og har to formål.

Etableringen af et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital vil sikre den samme overordnede profil som regionens og landets øvrige akuthospitaler, hvor almindeligt forekommende sygdomme kan behandles nær borgeren (uanset køn og alder) med fokus på sammenhængende forløb uden unødvendige overflytninger.

Ved etableringen af et kvinde-barn center vil Bispebjerg Hospital få en profil, der indbefatter gynækologi og obstetrik samt pædiatri (børnesygdomme) inkl. neonatologi. Det vil bringe Bispebjerg Hospital på niveau med 19 af landets øvrige 20 akuthospitaler (Horsens Sygehus har fødsler men ikke pædiatri og er eneste undtagelse). Bispebjerg Hospital får derved mulighed for, i modsætning til situationen i dag, at levere den fulde service og sammenhængende patientforløb i forhold til håndtering af akut sygdom for børn samt kvinder i den fertile alder.

Bispebjerg Hospital får med de påtænkte justeringer muligheden for at løfte et populationsansvar for optageområdets borgere, hvilket vil skabe rammer for at varetage helbredsudfordringerne for alle borgere i optageområdet, fra ”vugge til grav”, så der kan skabes sammenhængende patientforløb og tværsektoriel sammenhængskraft med kommunerne og almen praksis.

Tabel 4: Oversigt over akuthospitaler i Danmark

	Hospital	Optageområde	Gyn.	Obs.	Neo.	Pæd.	Kir.	Orto.	Kard.	Endo.	Lung.	Gas.	Neu.	Uro.
1.	Hvidovre	525.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
2.	Bispebjerg	455.000					X	X	X	X	X	X	X	
3.	Herlev	450.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.	Odense	430.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5.	Aarhus	334.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6.	Hillerød	315.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
7.	Kolding	300.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8.	Herning/Holstebro	285.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9.	Aalborg	275.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10.	Roskilde/Køge	260.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11.	Esbjerg	253.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Punkt nr. 2 - Beslutning: Øget kapacitet på fødeområdet
Bilag 1 - Side -24 af 34

12.	Aabenraa/Sønderborg	235.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13.	Viborg	233.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14.	Randers	225.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
15.	Horsens	215.000	X	X			X	X	X	X	X	X		
16.	Holbæk	210.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
17.	Næstved/Slagelse	200.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
18.	Vendsyssel	180.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
19.	Nykøbing F	150.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
20.	Thy/Mors	85.000	X	X			X	X	X	X	X	X	X	
21.	Bornholm	40.000	(X)	(X)		X	X		X	X	X	X	X	

Akuthospitalerne i Region Hovedstaden er store i en national kontekst. Amager og Hvidovre Hospital har et optageområde på 525.000, Frederiksberg og Bispebjerg Hospital på 455.000, Herlev og Gentofte Hospital på 450.000 og er dermed landets tre største akuthospitaler. Kun syv akuthospitaler i Danmark har optageområder over 300.000.

Kvinder og børn behandles allerede i dag på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, hvilket yderligere understreger uhensigtsmæssigheden i, at førnævnte specialer ikke er til stede på hospitalet.

På børneområdet havde Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i 2016 540 indlæggelser samt 7.454 ambulante besøg, mens der var 26.061 børn igennem akutmodtagelsen. Børn, hvor der ved undersøgelse i akutmodtagelsen findes behov for længevarende behandling (eksempelvis kirurgisk behandling) eller observation, overflyttes til andet akut hospital, normalt Hvidovre eller Herlev Hospital. Hovedparten af disse indlæggelser vil kunne håndteres på et pædiatrisk sengeafsnit, hvis det etableres et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital. De fleste ambulante besøg, der i dag er på Bispebjerg Hospital, vil i et kvinde-barn center kunne foretages af samme speciale/speciallæge som i dag, men som en del af et børneambulatorium. Børnene i akutmodtagelsen ville blive håndteret i en separat børnemodtagelse, hvis Bispebjerg Hospital havde en pædiatrisk funktion.

På det gynækologiske område sendes der dagligt kvinder fra Akut Modtagelsen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital til gynækologisk tilsyn på Rigshospitalet. Dette giver uhensigtsmæssige afbrudte patientforløb.

Etablering af et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital vil være et bidrag til den fælles regionale håndtering af den kapacitetsudvidelse, der skal sikre, at regionen kan varetage det stigende antal fødsler, der forventes fremadrettet. De fysiske rammer er til stede og de afledte ju-

Punkt nr. 2 - Beslutning: Øget kapacitet på fødeområdet

Bilag 1 - Side -25 af 34

steringer kan håndteres inden for rammerne af kvalitetsfundsbyggeriet på Bispebjerg. Nyt Bispebjerg Hospital vil således i den nuværende udformning kunne rumme alle de ovenfor beskrevne funktioner.

Hvorledes fødselstallet vil udvikle sig på sigt (efter 2030) er mindre sikkert, men prognoser peger i retning af yderligere befolkningstilvækst generelt i regionen, ligesom flere af Bispebjerg Hospitals nærområder i relation til aldersfordeling har den højeste andel af børn og unge i såvel regionalt som nationalt perspektiv.

Bispebjerg Hospital vil kunne håndtere 3.500 fødsler om året. Frem mod 2030 forventes en stigning på ca. 4.800 fødsler årligt svarende til en stigning på 22 pct. fra 2016.

I et regionalt perspektiv vil et fødested med en volumen på 3.500 fødsler/år blive den mindste fødeafdeling, men i et nationalt perspektiv vil det placere sig mellem nr. 6 og 8 blandt landets 20 fødeafdelinger. Det vil således blive en fødeafdeling af en betydelig størrelse i et nationalt perspektiv.

Tabel 5: Fødesteder i Danmark rangeret efter størrelse (2016)

	Hospital	Antal fødsler i 2016	Optageområde
1.	Hvidovre	6.836	525.000
2.	Rigshospitalet	5.552	215.000
3.	Herlev	5.408	500.000
4.	Aarhus	4.686	334.000
5.	Hillerød	4.117	505.000
6.	Odense/Svendborg	3.711	430.000
7.	Aalborg	3.446	275.000
8.	Kolding	3.247	300.000
9.	Herning/Holstebro	3.091	285.000
10.	Viborg	2.142	233.000
11.	Horsens*	2.081	215.000
12.	Randers	2.008	225.000
13.	Esbjerg	1.823	253.000
14.	Næstved	1.801	200.000
15.	Roskilde	1.750	260.000
16.	Aabenraa/Sønderborg	1.646	235.000
17.	Holbæk	1.503	210.000
18.	Vendsyssel	1.180	180.000
19.	Nykøbing F	763	150.000
20.	Thy/Mors*	545	85.000
21.	Bornholm*	258	40.000

Kilde: Sundhedsfagligt råd for fødsler i Region Hovedstaden og Dansk Kvalitetsdatabase for fødsler for øvrige regioner.

Funktioner og faglige rammer for Kvinde-barn center på Nyt Hospital Bispebjerg

Et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital vil kræve en ændring af regionens hospitalsplan og skal leve op til Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger, der bl.a. er beskrevet i specialvejledningerne for de enkelte lægefaglige specialer.

Hvis det besluttes at etablere et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital skal organisatoriske snitflader drøftes med de relevante faglige miljøer.

Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler på Nyt Hospital Bispebjerg

Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler på Nyt Bispebjerg skal kunne varetage akutte funktioner, som primært er fødsler, akutte problemer i den tidlige graviditet (truende abort, graviditet uden for livmoderen, cyster og smerter), blødninger og infektioner.

Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler vil samarbejde med hospitalets øvrige afdelinger særligt Afdeling for Børn og Unge, Akutafdelingen og Kirurgisk Afdeling. Der vil ligeledes være et tæt samarbejde med almen praksis og kommunerne i optageområdet.

Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler vil være inddelt i tre afsnit:

- Fødeafdeling
- Barselsafdeling
- Ambulatorium for gravide.

Fødeafdelingen vil skulle rumme 3.500 fødsler årligt og bestå af 8-10 fødestuer samt to operationsstuer til kejsersnit.

Gynækologi

I udgangspunktet tænkes ikke etablering af et egentligt gynækologisk sengeafsnit. Gynækologien kan generelt i stigende grad, og især på hovedfunktionsniveau, varetages i ambulante forløb. Derudover præges gynækologien ikke af de samme kapacitetsudfordringer som eksempelvis obstetrikken.

Det må overvejes, om der bør være ambulante hovedfunktioner, inklusiv mindre dagkirurgiske indgreb på det gynækologiske område, men det vurderes ikke afgørende for etableringen af et kvinde-barn center.

De akutte gynækologiske opgaver, primært vurdering af kvinder med mulige akutte problemstillinger kan varetages af de obstetriske vagthold, der jf. ovenstående bemannes med speciallæge(r) i gynækologi og obstetrik. Ved behov for kortvarig observation af kvinder med akutte gynækologiske problemstillinger eller mindre indgreb (eksempelvis udskrabning ved blødning eller tilgrundsdegået graviditet) kan det varetages lokalt på Bispebjerg Hospital, mens alle større/komplekse problemstillinger vil kunne visiteres til specialafdeling (Rigshospitalet).

Børn og Unge Afdeling på Nyt Hospital Bispebjerg

En børn- og unge funktion på Nyt Bispebjerg skal kunne varetage pædiatri på hovedfunktionsniveau og målrettes mod at varetage akutte opgaver, dvs. akutte kontakter og indlæggelser for

mindre komplicerede tilstande og ofte af kortere varighed. Den ambulante funktion skal støtte op om afdelingens akutte funktioner og kunne varetage de hyppigst forekommende sygdomme hos børn og unge.

Børn- og Unge Afdelingen vil samarbejde med hospitalets øvrige afdelinger samt med almen praksis og med kommunerne i optageområdet for at give børnene den bedst mulige behandling ud fra et helhedssyn.

Børn og Unge Afdelingen vil være inddelt i fire afsnit, og det estimeres, at der vil være 4000 indlæggelser og 15.000 ambulante besøg:

- Børn- og unge Modtagelse
- Børn- og unge Afsnit, senge
- Børn- og unge Ambulatorie
- Afsnit for syge nyfødte.

Ændring af optageområder

Ved etablering af et nyt fødested på Bispebjerg Hospital vil der være behov for en rokade mellem optageområder for specialerne gynækologi, obstetrik og pædiatri. Det er tidligere besluttet at ensrette optageområderne pr. 1. januar 2017 for de tre specialer, således at der kan gives et samlet tilbud til borgere inden for kvinde-barn specialerne på det enkelte hospital, og at fødsler visiteres på baggrund af en aftalt fordelingsnøgle mellem hospitalerne.

Det forventes, at de nuværende fødesteder kan bevare godt og vel samme volumen som i 2017, og at den aktivitetsudvidelse, der etableres på Bispebjerg Hospital, svarer til 3.500 fødsler ud af en stigning på 4.800 fødsler frem mod 2029 (som vist i nedenstående tabel). Udgangspunktet for fastlæggelse af optageområder vil på den baggrund være:

- At optageområderne for gynækologi, obstetrik og pædiatri er det samme med henblik på at give et samlet tilbud til borgerne inden for kvinde-barn specialerne på hospitalerne. Optageområderne for kvinde-barn specialerne blev ensrettet pr. 1. januar 2017.
- At optageområdet for kvinde-barn specialerne for Bispebjerg Hospital som udgangspunkt skal være inden for hospitalets nærområde.
- At fordeling af fødsler på baggrund af optageområde og fordelingsnøgle i den centrale visitation for fødsler fortsætter.

Tabel 6: Eksempel på ny fordelingsnøgle af fødsler, hvor Bispebjerg Hospital får ca. 3.500 fødsler

Hospital	Forslag til fremtidig fordeling af andel af fødsler	2025	Nuværende andel af fødsler jf. den centrale visitation for fødsler (CVF)	2017
Bispebjerg Hospital	~ 13,5 %	3.546 fødsler	0	0
Nordsjællands Hospital	~ 16 %	4.202 fødsler	18 %	4.117
Herlev Hospital	~ 21,5 %	5.647 fødsler	25 %	5.408
Rigshospital	~ 21,5 %	5.647 fødsler	25 %	5.552
Hvidovre Hospital	~ 27,5 %	7.223 fødsler	32 %	6.836
I alt	100 %	26.265 fødsler	100 %	21.913

Tabellen medregner udelukkende fødsler i den centrale visitation for fødsler (CVF) optageområder, dvs. at fødsler på Bornholms Hospital ikke er medregnet.

Overvejelser

Det forventede stigende antal fødsler vil medføre en aktivitetsstigning på de obstetriske afdelinger. Det stigende antal børn vil også medføre et stigende behov for neonatale og pædiatriske ydelser. Aktiviteten på det pædiatriske område må forventes at stige i takt med antallet af fødsler (ca. 20 %), med en kort forsinkelse, da størsteparten af den pædiatriske aktivitet ligger i barnets første leveår. Der kan ikke forventes samme udvikling på det gynækologiske område. Her vil oprettelsen af en til funktion medføre, at den nuværende aktivitet skal fordeles mellem de nuværende og den nye funktion.

På de nuværende gynækologiske-obstetriske og de pædiatriske afdelinger i regionen er der en bekymring om overvejelserne om etablering af et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital. Bekymringen vedrører økonomi, bemanning, rekruttering og uddannelse og specialernes robusthed, hvis de deles ud på en til matrikel.

I det følgende opsummeres centrale pointer, fordele og ulemper.

Pædiatri inkl. neonatologi

Den faglige udvikling på det pædiatriske område går i retning af, at flere børn behandles hjemme i stedet for at ligge i en seng på hospitalet. Det betyder, at der fremadrettet må forventes behov for færre pædiatriske sengepladser på hospitalet.

Herudover sker der en stadig øget sub-specialisering inden for specialet. Der er en bekymring for, at det bliver vanskeligt at varetage alle sub-specialerne inden for pædiatri, hvis antallet af pædiatere skal fordeles over flere hospitaler.

Der kan være bekymring for, at den faglige robusthed i afdelingerne kan blive sat under pres, hvis der bliver etableret en ekstra pædiatrisk afdeling. På den anden side må aktiviteten på det pædiatriske område forventes at stige i takt med stigningen i antallet af fødsler, dog med et par års forskydning. Prognoser peger på, at der vil være flere pædiatere om nogle år, idet der aktuelt uddannes flere end tidligere, se Sundhedsstyrelsens lægeprognose nedenfor.

Det har i forbindelse med denne analyse ikke været muligt at beskrive de pædiatriske følgevirkninger til fulde, der vil være, hvis det besluttet at etablere et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital. På den baggrund vil der blive lavet en særskilt analyse på det pædiatriske område for at kunne organisere specialet hensigtsmæssigt.

Gynækologi

Udviklingen inden for det gynækologiske speciale er gået i retning af stadig færre invasive behandlinger, og en større del af aktiviteten udføres som sammedagskirurgi. Derfor er der behov for stadig færre gynækologiske senge på hospitalerne.

På det gynækologiske område kan der ikke forventes samme aktivitetsstigning som der forventes på det obstetriske område. Det betyder, at aktiviteten skal fordeles mellem de nuværende afdelinger og den ekstra funktion i kvinde-barn centeret på Bispebjerg Hospital. Dette er ligeledes en af årsagerne til, at der ikke påtænkes etableret en egentlig gynækologisk afdeling, men kun en gynækologisk funktion.

Der er på den baggrund bekymring blandt de obstetriske-gynækologiske afdelinger for, om der er et tilstrækkeligt patientgrundlag til at dele aktiviteten ud på flere hospitaler end i dag.

Obstetrik

Det stigende antal fødsler vil skabe en forventet kapacitetsudvidelse på 22 % frem mod 2030.

Region Hovedstadens nuværende fødesteder (fraset Bornholm) ligger i top fem målt på størrelse blandt de danske fødesteder. Region Hovedstadens fødesteder er således store set i en national kontekst. Internationalt er der dog erfaringer med endnu større fødesteder. De nuværende fødesteder mener derfor ikke, at der fagligt set er nogen hindringer for, at regionens nuværende fødesteder bliver større, om end der heller ikke er vægtige argumenter herfor.

Som fremskrivningen viser vil en betydelig del af væksten i antallet af fødsler ske inden, at et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital kan stå klar. Det betyder, at de nuværende fødesteder skal foretage en (midlertidig) kapacitetsopbygning for at kunne rumme det stigende antal fødsler på den korte bane.

Hvis der etableres et ekstra fødested på Bispebjerg Hospital vil det kunne rumme hovedparten af den forventede stigning, mens de nuværende fødesteder vil kunne bevare det eksisterende kapacitetsniveau samt en mindre stigning. Der vil være behov for at få uddannet flere neonatologer og specialuddannede sygeplejersker på området.

Fastholdelse og rekruttering af personale

Der er blandt de gynækologiske-obstetriske og pædiatriske afdelinger bekymring for, hvilke implikationer etablering af et nyt kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital vil have i forhold til rekruttering og fastholdelse af personale på de eksisterende fødesteder.

Der er særligt tre områder, hvor der rekrutteringsmæssigt opleves særlige udfordringer allerede i dag i Region Hovedstaden:

- Jordemødre
- Speciallæger (især inden for obstetrik og pædiatri)
- Sonografer (læger, sygeplejersker/jordemødre).

Den forventede stigning i fødselstallet i Region Hovedstaden og den forventede generelle befolkningsudvikling vil lægge yderligere pres på rekrutteringssituationen, uanset om den nødvendige ekstra kapacitet tilvejebringes på Bispebjerg Hospital eller ved en udvidelse af de eksisterende fødesteder og børne/unge funktioner.

Det stigende fødetal/børnetal i regionen vil sandsynligvis udløse behov for etablering af yderligere vagttag på flere af de obstetriske afdelinger de kommende år. Derfor bliver rekruttering af et tilstrækkeligt antal jordemødre, obstetrikere, pædiater, specialuddannede sygeplejersker m.m. en udfordring, der skal håndteres uanset fremtidig model. Etablering af et ekstra kvinde-barn center i regionen vil forstærke rekrutteringsudfordringer på kort sigt.

Etablering af kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital indebærer oprettelse af stillinger, med hovedvægt på sygeplejersker, jordemødre og læger. Da der frem mod etablering af et nyt kvinde-barn center vil være behov for en udvidelse af de nuværende fødesteder vil der ved åbning af funktionen på Bispebjerg Hospital være mulighed for at flytte de stillinger, der er knyttet til den løbende kapacitetsudvidelse fra de nuværende fødesteder til Bispebjerg Hospital. Det vil ske i overensstemmelse med regionens personalepolitiske retningslinjer.

Inden for gynækologi og pædiatri, hvor der ikke forventes den samme opdrift i aktiviteten, vil etableringen af funktionerne på Bispebjerg Hospital medføre en kapacitetstilpasning, så funktionerne på regionens andre hospitaler bliver mindre end de er i dag.

Udfordringerne om manglende personaleressourcer er beskrevet i regionens fødeanalyse (juni 2017). Som tidligere beskrevet arbejder Center for HR på at konkretisere mulige løsningsforslag i forhold til manglende personaleressourcer.

I sundhedsstyrelsens lægeprognose 2015-2040 fremgår det, at der uddannes flere læger, og at der kan forventes en positiv udvikling i antallet af speciallæger. Prognosen viser følgende udvikling for antal speciallæger i gynækologi-obstetrik og pædiatri. Hvorvidt og hvornår dette kan få en positiv indvirkning for den mangel på speciallæger, der allerede opleves i dag, må indgå i det arbejde, som Center for HR er i gang med.

Tabel 7: Sundhedsstyrelsens lægeprognose for gynækologi/obstetrik og pædiatri 2015-2040

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	Vækst
Gyn./obs.	593	617	635	665	705	747	26%
Pædiatri	461	521	573	624	669	709	54 %

Kilde: Lægeprognose 2015-2040. Udbuddet af læger og speciallæger, Sundhedsstyrelsen 2016

Herudover er rekruttering ligeledes et nationalt fokusområde, som der arbejdes med, i regi af Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet.

Økonomi

Region Hovedstaden står over for en betydelig vækst på fødselsområdet, der betyder, at yderligere midler skal anvendes på området, uanset hvilket scenarie der vælges. Væksten kan ikke håndteres inden for den nuværende økonomisk ramme. I dette afsnit er de økonomiske konsekvenser af scenarierne beskrevet som merudgifter i forhold til 2017-niveau ved de forskellige alternativer. Det afspejler således ikke totalomkostningerne på fødeområdet, men de midler der skal tilføres området ved de aktuelle valg.

Prognoserne for væksten i antal fødsler i Region Hovedstaden viser, at der frem til 2022 er en årlig vækst på ca. 500 fødsler.

Hvis det besluttes at etablere et nyt fødested på Bispebjerg Hospital, vil dette først kunne stå færdig i efteråret 2022. I den mellemliggende periode vil det være de eksisterende fire fødesteder og tilhørende neonatologi, der skal håndtere og rumme væksten.

Det er ikke muligt for fødeafdelingerne mv. at rumme væksten indenfor de eksisterende økonomiske og fysiske rammer, hvilket betyder, at der er behov for tilførsel af driftsmidler til fødeafdelingerne samt investering i udvidelse af den fysiske kapacitet.

Den forventede vækst betyder, at der hvert år er behov for at tilføre området ca. 18 mio. kr. ekstra for at klare væksten i nuværende organisering. I 2022 forventes således, at der samlet skal anvendes 91 mio. kr. mere pr år i driftsudgifter i forhold til 2017 niveauet.

Etablering af fødeklinikker vil herudover medføre yderligere driftsudgifter, da disse giver øget behov for jordemodernormering. Oprettelse af en fødeklinik betyder, at der skal være større fremmøde af jordemødre, fordi der skal være tilstrækkeligt beredskab til henholdsvis fødegang og fødeklinik. Større fremmøde af jordemødre koster omkring 3 mio. kr. pr. matrikel, hvor der oprettes fødeklinik.

Væksten kan ikke håndteres uden tilpasning af de fysiske rammer på fødestederne. Der vil derfor skulle afsættes midler til at udbygge den fysiske kapacitet frem mod indflytning i de nye byggerier. Ombygningerne vil skulle iværksættes i 2018 – 2019 og medfører engangsudgifter på mellem 7,2 og 8,5 mio. kr. afhængig af, hvilke løsninger der vælges, særligt i forhold til oprettelse af fødeklinikker.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Øget kapacitet på fødeområdet

Bilag 1 - Side -32 af 34

Driftsudgifterne i 2022 samt etableringsudgifter til håndtering af væksten i antallet af fødsler frem til 2022 ses i nedenstående tabel.

Udbygning af kapaciteten på eksisterende fødesteder til at håndtere væksten vil kræve ombygning for 7,2 mio. kr. og ekstra 91 mio. kr. i årlige udgifter til drift af føde- og neonatalafdelingerne. Det svarer til en stigning på 18 mio. kr. årligt i takt med den løbende aktivitetsstigning som følge af det stigende antal fødsler.

Udbygning af den samlede kapacitet til at håndtere væksten inklusiv etablering af fødeklinikker vil kræve ombygning for 8,5 mio. kr. og ekstra 103 mio. kr. i årlige udgifter til drift af føde- og neonatalafdelingerne.

Etablering af fødeklinikker på alle eksisterende fødesteder vil isoleret set kræve en merinvestering til ombygning på 1,2 mio. kr. samt ekstra årlige udgifter til driften på 12,3 mio. kr.

Tabel 8: Udgifter til vækst i fødsler og neonatologi - kort sigt 2022

Driftsudgifter 1.000 kr	Aktivitet (produktions- værdi)	Driftsudgifter			Etablerings- udgifter
		I alt	Pr. forløb	Engangs	
Antal fødsler	2.555				
Eksisterende set-up	139.807	90.875	35,6	7.229	
Med fødeklinik 4 matrikler	139.807	103.170		8.449	

Merudgifter		Driftsudgifter	Driftsudgifter pr. klinik	Etablerings- udgifter
Merudgifter fødeklinik		12.295	3.074	1.220

Efter 2022 er der to scenarier for udbygning af kapaciteten - enten at etablere et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital eller udbygge kapaciteten på eksisterende matrikler.

Alle fødeafdelingerne på de eksisterende matrikler skal i de kommende år flytte i nye Kvinde-Barn Centre. Uanset løsning vil væksten i antallet af fødsler i en periode skulle klares med en udbygning i de nuværende fødesteders aktuelle bygninger, selvom fødeafdelingerne skal flytte i nye bygninger sidenhen. Hospitalerne har tilkendegivet, at de alle vil kunne rumme deres nuværende optageområdes vækst i fødsler, uanset om der etableres en afdeling på Bispebjerg Hospital eller ej.

Hospitalsledelserne bakker op om, at Bispebjerg Hospitals faglige profil skal styrkes, så akut-hospitalet, i lighed med øvrige akuthospitaler, kan varetage de mest almindeligt forekommende sundhedsydelser for optageområdets borgere, herunder være fødested og behandle børn.

Nybyggerierne på de nuværende fødesteder er generelt ikke dimensioneret til den forventede vækst, men er relativt fleksible og vil således kunne tilpasses. Det er dog uafklaret, om indflytningen vil medføre nye etableringsomkostninger, men omfanget er også afhængig af beslutningen om, hvorvidt der skal etableres en afdeling på Bispebjerg Hospital.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Øget kapacitet på fødeområdet

Bilag 1 - Side -33 af 34

Antallet af fødsler pr. år ventes at toppe omkring 2029 med ca. 27.000 fødsler, hvilket er 22% mere end i 2016. Med en udbygning af kapaciteten på eksisterende fødesteder vil der i 2029 skulle anvendes 154 mio. kr. mere i årlige driftsudgifter i forhold til 2017 niveauet. Hvis der også prioriteres fire fødeklinikker, vil der skulle anvendes 166 mio. kr. mere i årlige driftsudgifter i forhold til 2017 niveauet.

Etablering af et fødested på Bispebjerg Hospital vil koste yderligere 45-50 mio. kr. i årlige driftsudgifter, sammenlignet med udbygning af de eksisterende fødesteder. Der skal således anvendes i alt 201 mio. kr. mere i årlige driftsudgifter i 2029 i forhold til 2017, hvis der ikke etableres fødeklinikker, og 213 mio. kr. hvis både fire fødeklinikker og fødested på Bispebjerg prioriteres.

Tabel 9: Udgifter til vækst i fødsler og neonatologi - langt sigt 2029

Driftsudgifter 1.000 kr	Aktivitet	Driftsudgifter	Driftsudgifter pr. forløb
Antal fødsler	4.325		
Eksisterende set-up	236.685	153.845	35,6
Inkl. Bispebjerg	236.685	200.574	
Med fødeklinik 4 matrikler	236.685	212.869	

Merudgifter		Driftsudgifter	Driftsudgifter pr. klinik
Merudgifter Bispebjerg		46.728	
Merudgifter fødeklinik		12.295	3.074

I ovenstående beregninger er det forudsat, at aktiviteten i pædiatrien og gynækologi, eksklusiv neonatologi vil være uændret i forhold til 2017 niveau. Det betyder, at en beslutning om at opbygge kapacitet på Bispebjergmatriklen vil medføre, at der skal reduceres i og flyttes driftsmidler fra den kapacitet, der er på de eksisterende matrikler.

Der er i beregningerne forudsat, at de hospitaler, der skal afgive pædiatri og gynækologi, skal reduceres i driftsudgifter svarende til 50 % af produktionsværdien (DRG).

Det er yderligere forudsat, at der samlet set ikke skal tilvejebringes yderligere driftsmidler til pædiatri og gynækologi, men at der alene vil ske en omfordeling mellem hospitalerne. En eventuel vækst inden for de to specialer vil skulle håndteres særskilt.

Administrationens anbefaling

Administrationen anbefaler, at der etableres et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital, der kan stå klar i efteråret 2022. Kvinde-barn centeret på Bispebjerg Hospital skal indeholde:

- Obstetrisk afdeling med plads til 3.500 fødsler/årligt.
- Pædiatrisk afdeling (hovedfunktionspatienter) og neonatologisk funktion (regionsfunktion for at kunne håndtere fra uge 28+)
- Gynækologisk funktion (i en samarbejdsfunktion med Rigshospitalet, også ift. uddannelse). Rammerne herfor skal afklares nærmere.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Øget kapacitet på fødeområdet
Bilag 1 - Side -34 af 34

Administrationen anbefaler endvidere, at der laves en særskilt analyse af det pædiatriske område for at kunne organisere specialet hensigtsmæssigt.

Punkt nr. 2 – Beslutning: Øget kapacitet på fødeområdet

Bilag 1 Side 1 af 1
Region Hovedstaden

Bilag 1: Prognose for antal fødsler i Region Hovedstaden i tal fordelt på optageområder

	År																				
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Rigshospitalet	5.922	6.236	6.258	6.101	5.675	5.552	5.618	5.745	5.866	5.993	6.122	6.252	6.377	6.484	6.566	6.625	6.664	6.687	6.696	6.694	6.681
Amager og Hvidovre Hospital	6.605	6.748	6.615	7.106	7.032	6.836	7.191	7.354	7.509	7.671	7.837	8.003	8.162	8.299	8.405	8.480	8.530	8.559	8.571	8.568	8.552
Herlev og Gentofte Hospital	4.484	4.329	4.205	4.415	4.747	5.408	5.618	5.745	5.866	5.993	6.122	6.252	6.377	6.484	6.566	6.625	6.664	6.687	6.696	6.694	6.681
Nordsjællands Hospital	3.047	2.867	2.744	2.916	3.415	4.117	4.045	4.136	4.224	4.315	4.408	4.502	4.591	4.668	4.728	4.770	4.798	4.814	4.821	4.819	4.811
Bornholms Hospital	212	242	226	230	233	258	239	250	251	253	254	255	257	258	257	255	254	253	250	248	246
I alt	20.270	20.422	20.048	20.768	21.102	22.171	22.710	23.230	23.715	24.224	24.744	25.264	25.763	26.192	26.522	26.755	26.910	27.000	27.035	27.022	26.972

Møde i Sundhedsudvalget d. 19-03-2018

Region Hovedstaden,
Enhed for Hospitalsplanlægning
Att. Enhedschef Charlotte Hosbond

Sundhedsstyrelsens rådgivning vedr. fødeområdet i Region Hovedstaden

6. november 2017

Region Hovedstaden udbad sig med henvendelse af 22. september 2017 Sundhedsstyrelsens faglige rådgivning til regionens overvejelser af muligheder vedr. udvidelse af kapaciteten og tilrettelæggelsen af fødeområdet, forud for den videre politiske proces.

Sagsnr. 4-1011-2/1

Reference PLAN

T 2526 5224

E plan@sst.dk

Vi kan i den forbindelse anføre, at vores rådgivning gives i medfør af Sundhedslovens § 214 stk. 2, idet vi samtidig bemærker, at såfremt man i den videre politiske proces ønsker at gå videre med nogle af de beskrevne overvejelser, så vil det være at betragte som en væsentlig ændring af regionens sundhedsplan, hvorfor regionsrådet forud for endelig politisk behandling skal indhente ny rådgivning fra os jfr. Sundhedslovens § 206 stk. 4.

Udgangspunktet for vores rådgivning er bl.a. det generelle planlægningsprincip om, at 'øvelse gør mester', samt de generelle principper om lighed i adgang til sundhedsydelser, høj kvalitet i behandling, sammenhæng mellem ydelser, valgfrihed og let adgang til information, jfr. sundhedslovens § 2. Fsva. hjemmefødsler noteres regionens pligt til at yde jordemoderhjælp jfr. sundhedslovens § 83.

Som grundlag for vores rådgivning gælder desuden den netop reviderede specialeplan, herunder særligt de gældende specialevejledninger i gynækologi/obstetrik og i pædiatri, samt vores publikationer 'Anbefalinger for Svangreomsorgen' (2013, under revision) og 'Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen' (2007, under revision).

I nærværende rådgivning har vi inddraget regionens egne analyser som fremlagt for Sundhedsudvalget d. 20. juni 2017.

Endeligt bemærkes det, at vi tidligere har ydet rådgivning vedr. fødeområdet i Region Hovedstaden, herunder til sundhedsplaner i 2009 og 2013 samt forslag til fødeplan i 2010. Vi kan henvise til disse svar i deres helhed, ligesom vi også kan henvise til vores rådgivning til Region Sjælland vedr. private fødeklinikker jfr. breve af 25. februar 2012, 6. juli 2012 og 22. august 2017.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Det skal desuden indledningsvist bemærkes, at uanset type af fødested, er der tale om et behandlingssted, som er omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds risikobaserede tilsyn.

Sundhedsstyrelsens generelle kommentarer:

Siden årstusindeskiftet er der sket en generel og betydelig faglig forbedring på fødselsområdet. Der er således en udstrakt anvendelse af tværfaglige og evidensbaserede kliniske retningslinjer, hvor særligt det obstetriske område har været pionerer i Danmark, ligesom der har været en række succesfulde kvalitetsprojekter som bl.a. 'Sikre Fødsler', samt uddannelse og certificering af personale i føtalmedicinske undersøgelser, overvågning af fødsler, operativ forløsning, håndtering af fødselsbristninger m.v. Endelig har der på området været en udstrakt brug af kvalitetsdatabaser og andre monitoreringer.

Sundhedsstyrelsen har bidraget hertil, bl.a. med udarbejdelse af ovenstående anbefalinger, samt Nationale Kliniske Retningslinjer om dystoci og fosterdiagnostik. Det bemærkes også at Danmark, sammenlignet med andre lande, generelt er gode til at sikre hurtig og lige implementering af nye faglige tiltag på fødeområdet som f.eks. kliniske retningslinjer, fosterdiagnostik m.v.

Samtidig med at der strukturelt er sket en samling og specialisering af både de obstetriske, føtalmedicinske og pædiatriske funktioner, som følge af bl.a. strukturreformen og specialeplanlægningen, er der fagligt sket en betydelig udvikling med bl.a. styrkede tilbud om føtaldiagnostik, opsporing af diabetes og andre lidelser hos den gravide, igangsættelse ved overbåren graviditet, bedre overvågning af fødslen, systematisk træning af personalet m.v. Det generelle og betydelige kvalitetsløft på fødeområdet i Danmark afspejles bl.a. i den faldende spædbarnsdødelighed samtidig med, at raten af kejsersnit er faldet, og ved at fastholde en lav rate af bristninger m.v. Samtidig noteres generelt en stor tilfredshed blandt de fødende, hvilket bl.a. afspejles i resultaterne af den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) på fødeområdet.

I Sundhedsstyrelsen anerkender vi samtidig, at fødeområdet udfordres af bl.a. det stigende fødselstal, som vil forventes at stige yderligere i takt med, at de store fødselsårgange fra 1990'erne selv får børn. I det lys anerkender vi, at Region Hovedstaden kan have nogle særlige udfordringer på fødeområdet, som den største region med de største fødesteder, også set i lyset af mulig øget urbanisering af unge børnefamilier.

Vi anerkender i den forbindelse regionens behov for at overveje hvordan den øgede efterspørgsel imødekommes og herunder overveje forskellige organisatoriske modeller for fødetilbud i regionen. Vi finder dog samtidigt, at i en situation hvor udgangspunktet for kvalitet og tilfredshed er yderst tilfredsstillende, bør man være varsom med at eksperimentere med nye rammer uden et stærkt vidensgrundlag.

I den forbindelse savner vi generelt i regionens aktuelle overvejelser, at man i højere grad inddrager evalueringer af tidligere erfaringer i både egen og andre regioner, herunder særligt de forskelligartede faglige, organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer fra de fødeklinikker, der i nyere tid har eksisteret på hospitalerne i bl.a. Glostrup, Herlev, og Hvidovre samt på Rigshospitalet. Tilsvarende bør regionen i højere grad inddrage andre regioners erfaringer, herunder bl.a. organiseringen med sideordnede fødeafsnit på et stort fødested som Skejby Sygehus, Region Sjællands erfaringer med en fællesregional hjemmefødselsordning samt regionernes forskellige gode erfaringer med 'Kendt Jordemoder' m.v.

Samlet set finder vi således, at regionen i meget højere grad bør fokusere på overvejelser vedr. organisatoriske og faglige tiltag indenfor eksisterende rammer med hhv. fødsel på fødegang eller tilbud om jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet, herunder f.eks. opdeling af store fødeafdelinger i flere parallelle ligeværdige afsnit, styrket indsats for kontinuitet med f.eks. 'kendt jordemoder'-ordning, styrket hjemmefødselsordning, prioritering af ressourcer til området m.v.

I regionens aktuelle overvejelser savner vi samtidigt et klarere fokus på den fagligt bedste anvendelse af ressourcerne på fødeområdet. Det er i den forbindelse bl.a. vigtigt at skelne mellem førstegangsfødende, flergangsfødende med tidligere kompliceret fødsel og flergangsfødende med tidligere ukompliceret fødsel. Generelt bør der sikres et betydeligt fokus på, at sikre den førstegangsfødende en god første fødsel, og for de fleste førstegangsfødende vil det med den nuværende organisering af fødeområdet i Danmark, være en god og tryk fødsel på en fødegang.

Det er tilsvarende meget vigtigt, at der etableres en god information til den fødende om valg af fødested, med en stringent og fagligt baseret visitation, således, at de fødende får det tilbud og den fødselshjælp, der passer bedst til dem, under hensyntagen til paritet, komplikationer mv.

Ved overvejelser om øget brug af tilbud om fødsel uden for fødegang, herunder både ved styrket hjemmefødselsordning, og ved oprettelse af fødeklinikker i eller udenfor sygehuse, skal regionen have et særligt fokus på de risici og ulemper, kvinden og hendes partner kan opleve i forbindelse med overflytning under eller efter fødslen.

Selv med en optimal visitation og selektion af gravide og fødende vil der kunne opstå uventede komplikationer i alle faser af fødselsforløbet. Generelt må man forvente en høj overflytningsfrekvens, særligt for førstegangsfødende, for alle fødsler der ikke finder sted på en fødegang. I forlængelse heraf skal regionen have særligt fokus på de krav, som overflytninger stiller til kompetencer i det præhospitale beredskab, og de øgede ressourcer det kan være nødvendigt at tilføre de præhospitale område. Endelig skal regionen være opmærksom på, at en udflytning af fødsler fra fødegangene dels kan bevirke en udtynding og kompe-

tencetab ift. håndtering af ukomplicerede fødsler på fødegangene, og dels kan medføre et samlet øget ressourceforbrug, da der skal opretholdes kapacitet til håndtering af overflyttede fødende med komplikationer.

En overflytning til fødegang fra enten eget hjem eller fra fødeklinik under eller efter en fødsel kan i sig selv være et betydeligt og belastende traume for den fødende, hendes partner og deres barn, samtidigt med at der ofte vil være risiko for tab af kontinuitet mellem de involverede fagpersoner.

Generelt vedr. vidensgrundlaget på området

Generelt er der ikke stærk evidens på området vedr. de faglige rammer for forskellige tilbud om fødselshjælp. Den videnskabelige evidens på området er bl.a. blevet resumeret af det britiske National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Med baggrund i den gennemgang kan det konstateres, at der ikke findes robust evidens fra store, veltilrettelagte randomiserede og kontrollerede studier (RCT), og at det nok heller ikke er realistisk, at det kommer på dette område.

Der foreligger en række kohortestudier, der overvejende er retrospektive, og – bortset fra enkelte – er det studier som sammenligner hjemmefødsel med fødsel på fødegang under specialafdeling på sygehus. Der er derfor et sparsomt vidensgrundlag for anbefalinger vedr. fødsel på fødeklinik på sygehus med fødegang. I gennemgangen fra NICE er evidensen generelt vurderet som 'very low' ud fra en række forhold.

Et af de større og mere omtalte studier, der indgår i gennemgangen fra NICE, er det store 'Birthplace England'-studie. Vi finder, at man generelt bør have en række forbehold ved at udlede meget håndfaste konklusioner af dette, og andre studier, på området. Studierne kan være forbundet med en vis skævvridning, bl.a. som følge af 'selvseleksion' (f.eks. at fødende, der måtte ønske smertelindring ved rygmarvsbedøvelse, forhåndsvælger en sygehusfødsel), ligesom der er betydelige socioøkonomiske forskelle mellem de kvinder, der vælger fødsel på fødegang henholdsvis fødsel i eget hjem eller på klinik. Endeligt bemærkes det, at datamaterialet fra 'Birthplace England' er selektivt, idet kun få procent i perioden ikke var sygehusfødsler, ligesom der kan være forhold ved organiseringen i det britiske sundhedsvæsen, som ikke kan sammenlignes med danske forhold, herunder øget brug af forløsning med tang, forskelle i opgavedeling mellem jordemoder og læge, større lægeinvolvering i normale sygehusfødsler m.v.

Med disse forbehold finder vi dog at man på baggrund af den foreliggende evidens kan konkludere:

- at det generelt er sikkert at føde under forhold sammenlignelige med vores
- at der er ca. dobbelt risiko for alvorlige medicinske problemer med barnet hvis førstegangsfødende føder hjemme; der er tale om en lille øgning i absolutte tal, men samtidig er det risici som både forældre og fagpersoner generelt vil opfatte som alvorlige

- at planlagt fødsel udenfor fødegang kan være forbundet med færre indgreb i fødsel, som dog negativt kompenseres ved en højere risiko for overflytning under eller efter fødsel, særligt for førstegangsfødende.

Sundhedsstyrelsens kommentarer til de enkelte fødetilbud

Fødsel på fødeklinik på sygehus med fødegang, 'sygehusklinikfødsler'

Sundhedsstyrelsen noterer sig, at dette er en type klinik der tidligere har eksisteret i en årrække i regionen. Vi efterlyser således, at regionen i forbindelse med overvejelser omkring genetablering af tilbuddet kortlægger de tidligere erfaringer med denne type fødetilbud, herunder hvilke organisatoriske, faglige og ledelsesmæssige udfordringer der kan være ved at have både en fødeklinik og en fødeafdeling på samme matrikel, herunder med udfordringer vedr. forskellige kulturer, skævheder i rekruttering samt udfordringer med at sikre faglig sparring og kontinuitet for de fødende i deres fødselsforløb m.v.

Generelt finder vi, at det er uhensigtsmæssigt at arbejde med beskrivelser som 'fødeklinikker for ukomplicerede fødsler': selvom man godt kan sikre meget faste rammer for, at der ikke må foretages indgreb på klinikkerne (selv ikke akutte indgreb som f.eks. kopforløsning ved dårlig hjertelyd), så vil dette blot forskyde mod flere overflytninger til fødegangen, og man vil aldrig kunne sikre den enkelte kvinde et ukompliceret fødselsforløb.

Såfremt regionen ønsker at arbejde videre med sådanne modeller finder vi bl.a. at man bør beskrive følgende:

Fødeklinikkens beliggenhed ift. fødegang, under hensyntagen til behov for hurtig overflytning m.v. samt sikring af tilstrækkelig og stabil bemanding af begge fødesteder. Det kan i den forbindelse være nødvendigt at opretholde beredskab på fødeafdelingen/matriklen, som skal kunne varetage alle overflytningerne fra fødeklinikken (både obstetrikberedskab samt anæstesi- og pædiatriberedskab).

Der bør endvidere beskrives hvordan man vil sikre kompetenceudvikling af jordemødre mv. på både fødeafdeling og fødeklinik, eksempelvis ved en rotationsordning, der desuden kan fremme faglig udveksling og undgå silodannelse mellem fødegang og fødeklinik.

Sundhedsstyrelsen forventer, at en fødeklinik placeret på et sygehus vil følge fælles faglige retningslinjer med fødegangen, og at regionens samlede fødetilbud har ensartet faglig kvalitet. Der bør således beskrives hvordan man vil sikre retningslinjer for visitation, der omfatter hele forløbet for den gravide, både den primære visitation når kvinden bliver gravid, undervejs i graviditeten og under selve fødslen.

Sundhedsstyrelsen finder det væsentligt, at Region Hovedstaden i det videre forløb med udvikling af fødetilbud afdækker både fordele og ulemper ved denne konstruktion – herunder de organisatoriske og ressourcemæssige forudsæt-

ninger - for derved at sikre, at tilbuddet reelt vil højne kvaliteten for de fødende i forhold til de allerede eksisterende fødetilbud.

Fødsel på fødeklinik uden for sygehus

Generelt finder vi at fødsel på en jordemoderbemandet fødeklinik udenfor sygehus – uanset om den er privat eller regional – hvor der ikke er mulighed for assistance fra speciallæger i gynækologi/obstetrik, anæstesiologi og pædiatri, fagligt er at sammenligne med en hjemmefødsel mht. mulighed for assistance og risiko for overflytning ved komplikationer under fødslen.

Vi finder i den forbindelse, at der ved utilstrækkelig information om rammerne for en fødsel udenfor sygehus, kan opstå en falsk tryghed ift. klinikfødsel fremfor fødsel i eget hjem. Vi finder derfor, at regionen – såfremt man vil arbejde videre med modeller for klinikfødsler udenfor sygehus – bør have et særligt fokus på at beskrive, hvordan man vil sikre, at den fødende og hendes partner informeres om fordele og ulemper ved de forskellige tilbud, herunder risiko for overflyttelse under eller efter fødsel, og manglende mulighed for relevant lægeassistance udover det præhospitale tilbud m.v. Denne skærpede informationsforpligtelse er ekstra vigtig ved denne type tilbud, da de fødende ved fødsler på en fødeklinik med 'hospitalslignende indretning' eventuelt kan komme til at forvente, at sikkerheden ved fødeklinikken er bedre end ved en fødsel i eget hjem.

Regionen bør sikre sig, at der foreligger klare visitationsretningslinjer, som nøje tager stilling til, hvem dette tilbud er relevant for, blandt andet med opmærksomhed på, at en undersøgelse peger på meget høj overflytningsrate for førstegangsfødende på op mod 36 %.

Det er vigtigt, at man tilstræber at sikre sammenhængende forløb, blandt andet ved etablere en overflytningsordning, og regionen bør udarbejde klare retningslinjer for overflytning af fødende med komplikationer fra denne type fødeklinikker til fødeafdeling. Eftersom der er tale om overflytninger med komplikationer, stilles der som før nævnt, særlige krav til det præhospitale beredskab der skal sikre assistance til den fødende og/eller barnet under overflytningen. Regionen bør således sikre de nødvendige ressourcer og kompetencer i det præhospitale beredskab for at imødegå den forventede høje overflytningsrate. I vurderingen af om regionen ønsker brug af private fødeklinikker, bør der sikres et tæt formaliseret samarbejde med alle relevante parter.

Regionen bør sikre, at også private fødeklinikker, hvis dette planlægges inkluderet i de regionale fødetilbud, har den nødvendige kvalitet.

Etablering af en samlet regional hjemmefødselsordning

Regionen skal jfr. sundhedslovens § 83 yde jordemoderhjælp til kvinder, der ønsker at føde i eget hjem, selvfølgelig under hensyntagen til øvrige lovkrav om faglig omhu og samvittighedsfuldhed m.v.

Vi anerkender, at en samlet regional hjemmefødselsordning vil kunne medføre en mere stabil organisering, som kan sikre, at bemanningen på den enkelte fødeafdeling oplever mindre belastning af vagtberedskabet grundet mindre fravær af jordmødre.

Vi finder i den forbindelse at det er vigtigt, at sikre relevant efteruddannelse og løbende kompetenceudvikling af de jordmødre, der deltager i en sådan ordning, f.eks. ved at etablere ordningen med en rotation så jordmødrene kan vedligeholde kompetencer ved jævnligt at være på en fødeafdeling. Da setuppet ved en hjemmefødsel adskiller sig væsentligt fra fødsel på en fødegang, kan det med fordel være jordmødre med en interesse for feltet samt erfaring, der arbejder i ordningen.

Vi finder, at regionen skal sikre visitationsretningslinjer, der nøje tager stilling til, hvilke fødende dette tilbud er særligt relevant for, herunder at en undersøgelse peger på en øget risiko for alvorlige komplikationer for barnet og en meget høj overflytningsrate på op mod 45 % for førstegangsfødende. Dette med henblik på at yde den mest hensigtsmæssige information og rådgivning til den gravide, så hun kan træffe et informeret valg.

Det er vigtigt, at regionen sikrer klare retningslinjer for overflytning af fødende med komplikationer fra en hjemmefødsel til fødeafdeling. Eftersom der er tale om overflytninger med komplikationer, stilles der som før nævnt særlige krav til det præhospitale beredskab, der skal sikre assistance til den fødende eller barnet under overflytningen.

Sundhedsstyrelsen skal også her tilføje, at regionen ved fødselstilbud uden tilknytning til fødeafdelinger bør sikre, at borgerne er indgående informeret om det begrænsede tilbud, hvad angår umiddelbar assistance fra relevante speciallæger udover det præhospitale beredskab.

Nyt fødested på Frederiksberg og Bispebjerg Hospital

Vi noterer os, at regionen med sin henvendelse af 22. september 2017, blot ønsker at orientere os om overvejelserne vedr. etablering af et nyt sygehusbaseret fødested, med tilhørende gynækologisk og pædiatrisk sygehusafdeling, på Bispebjerg Hospital, og derfor ikke specifikt beder om rådgivning hertil på nuværende tidspunkt.

Som anført indledningsvist anerkender vi, at regionen kan have særlige demografiske udfordringer som kan begrunde disse overvejelser, herunder ikke blot det stigende fødselstal, men også den øvrige demografiske udvikling med flere børn og unge. Vi anerkender samtidigt, at overvejelserne samtidigt tager sigte på en generel styrkelse af Bispebjerg Hospital som akutsygehus, herunder med muligheder for generel gynækologisk og pædiatrisk akutbetjening af hospitalets optageområde, der rækker udover funktioner relateret til fødeområdet. Vi note-

rer os dog samtidigt, at der kan være udfordringer med at sikre et tilstrækkeligt volumen af gynækologiske og ikke-neonatologiske pædiatriske funktioner, ligesom der kan være rekrutteringsmæssige udfordringer ved etablering af disse specialafdelinger, herunder afledte konsekvenser for naboregionen.

Vi noterer os, at udgangspunktet for regionens overvejelser er at der ikke blot etableres et sygehusbaseret fødested, men også tilhørende gynækologisk/obstetrisk afdeling samt børneafdeling med tilhørende neonatologisk funktion. Vi har noteret os, at der generelt sigtes mod varetagelse af hovedfunktionsydelser, men regionen bør alligevel være opmærksom på specialevejledningerne for gynækologi og obstetrik samt pædiatri, herunder krav til samarbejde ved varetagelse af specialfunktioner.

Sundhedsstyrelsen bemærker desuden, at planerne om denne organisering potentielt er en større ændring til hele Hovedstadens Hospitalsplan 2020 (HOPP2020), som ikke kun vedrører fødeområdet, men også pædiatri og gynækologi og obstetrik, og regionen skal derfor være opmærksom på at indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning i forbindelse hermed, såfremt det bliver aktuelt.

Sundhedsstyrelsen stiller sig afslutningsvis til rådighed ved behov for uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen



Janet M. Samuel

Enhedschef, Planlægning