

Fødeplan 2012

Region Midtjyllands planer og
visioner for svangreomsorgen

Fødeplan 2012

Region Midtjyllands planer og visioner for svangreomsorgen

Fødeplan 2012

Januar 2012

Region Midtjylland

Skottenborg 26

8800 Viborg

sundhedsplanlaegning@stab.rm.dk

Fødeplanen findes også på:

www.regionmidtjylland.dk

ISBN

Indholdsfortegnelse

Resume	7
1 - Indledning	10
1.1 Formål med fødeplanen.....	10
1.2 Overordnede rammer for fødeplanen	10
1.2.1 Sundhedslovens bestemmelser om svangreomsorg.....	11
1.2.2 Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen.....	11
1.3 Fødeplan/proces.....	12
1.4 Læsevejledning	12
2 - Vision og strategispor for svangreomsorgen i Region Midtjylland.....	14
2.1 Udfordringer	14
2.2 Vision for svangreomsorgen i Region Midtjylland	15
2.3 Målsætninger for svangreomsorgen	16
2.4 Strategispor i Region Midtjylland	17
2.4.1 Innovation	17
2.4.2 Kvalitet	18
2.4.3 Valgmuligheder/differentieret indsats.....	18
2.4.4 Brugerinddragelse	19
2.4.5 Høj faglighed i den tværfaglige og tværsektorielle indsats.....	19
3 - Status for svangreomsorgens organisering i Region Midtjylland	20
3.1 Organisering af den primære sundhedstjeneste i svangreomsorgen	20
3.1.1 Alment praktiserende læger	20
3.1.2 Jordemoderkonsultationer	20
3.1.3 Kommunal sundhedspleje.....	21
3.2 Organisering af den sekundære sundhedstjeneste i svangreomsorgen	22
3.2.1 Valg af fødested	22
3.2.2 Information til den gravide/parret om valg af fødested	24
3.2.3 Frit sygehusvalg og visitation efter bopæl	24
3.2.4 Faglig visitation til fødested	25
3.2.4 Fødesteder i Region Midtjylland	26
3.2.5 Vagtdækning og beredskab.....	27
3.2.5 Fælles faglige opgaver/særlige organisatoriske opgaver	27
3.3 Status for aktiviteter.....	29
3.3.1 Demografisk udvikling.....	29
3.3.2 Fødselstal i regionen	30
3.3.3 Kejsersnit-frekvens.....	30
3.3.4 Indlæggelsestid.....	31
3.4 Opsamling af anbefalinger	32

4 - Tilbud i graviditet, fødsel og barsel	33
4.1 Graviditet	33
4.1.1 Basistilbuddet til gravide uden særlige behov:	33
4.1.2 Supplerende tilbud for gravide med særlige behov	38
4.2 Fødsel	49
4.2.1 Tilbud i forbindelse med fødslen - sunde børn, den gode fødsel	49
4.2.2 Tilstedeværelse under fødselsforløbet	50
4.2.3 Kontinuerlig optimering af kliniske undersøgelser – og behandlingstiltag ...	51
4.2.4 Kendt jordemoderordning	52
4.2.5 Oprettelse af akutte obstetriske modtageafsnit	53
4.2.6 Hjemmefødselsordning	54
4.3 Barselsperioden	55
4.3.1 Den første tid efter fødslen, barsel i Region Midtjylland	56
4.3.2 Visitation til barselsophold	58
4.3.3 Opgaver i den tidlige barselsperiode ved ambulante fødsel eller tidlig udskrivelse	61
4.3.4 Opgaveløsninger i den tidlige barselsperiode efter ambulante fødsel eller tidlig udskrivelse	62
4.3.5 Genindlæggelser	63
4.3.6 Barselsambulatorier/klinikker	64
4.3.7 Sundhedsplejerskens besøg i familien	65
4.3.8 Efterfødselssamtaler	65
4.3.9 Tilbud til forældre, der mister et barn	66
4.3.10 Fødselsdepression	67
4.3.11 Udvikling af tilbud omkring amning	68
4.3.12 Forslag til fremtidig opgaveløsning – egenomsorg og mestringsevne	69
4.4 Opsamling på anbefalinger	71
5 - Det tværsektorielle samarbejde	74
5.1 Kommunikation mellem aktørerne	74
5.2 Sundhedsaftaler	76
5.3 Sundhedsplejersketelefonen	76
5.4 Opsamling på anbefalinger	78
6 - Kvalitetsudvikling, monitorering og patientsikkerhed	79
6.1 Værktøjer til kvalitetsudvikling	79
6.2 Opsamling af anbefalinger	82
7 - Indsatsområder og implementering af fødeplanen	83
Referencer	87
Bilag 1 - Medlemmer af det regionale fødeplanudvalg	89
Bilag 2 - Ordliste	91

Resume

Denne fødeplan tager afsæt i Sundhedsloven samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen (2009) og beskriver den særlige tilrettelæggelse af svangreomsorgen for gravide, fødende og barslende i Region Midtjylland. Fødeplanen udgør beslutningsgrundlag for regionsrådets prioriteringer og planlægning af regionens svangreomsorg, herunder belyser udfordringer og fremlægger forslag til den fortsatte udvikling af svangreomsorgen.

Svangreomsorgen i Region Midtjylland bygger på visionen om, at alle børn med potentiale til en rask start i livet skal sikres dette, og potentielt syge børn skal tilbydes den bedst mulige behandling og begyndelse på livet. Det gøres bl.a. ved, at alle gravide/par og nyfødte sikres et sammenhængende forløb, der er præget af høj kvalitet gennem alle tilbud i graviditeten, fødselshjælpen og i barselsforløbet. Dette skal sikres ved et godt og tilstrækkeligt basistilbud, hvor der er fokus på tidlig opsporing, og at der derudover eksisterer mulighed for at differentiere i forhold til den enkeltes behov, ønsker og ressourcer. Særligt er der en opgave i at sikre lighed i sundhed.

Der er fem strategispor, som udgør fundamentet i tilrettelæggelsen og fremtidsvisionerne for svangreomsorgen i Region Midtjylland. Hvert af strategisporene indeholder en række initiativer, som ønskes iværksat, alle med det formål at forbedre tilbuddene i svangreomsorgen i Region Midtjylland.

Innovation

Region Midtjylland skal turde gå nye veje og tilrettelægge svangreomsorgen på nye måder. Det er nødvendigt for, at svangreomsorgen udvikles i takt med nye faglige muligheder og krav, for at tilpasse svangreomsorgen de økonomiske og geografiske rammer og for i højere grad at tilpasses brugernes ønsker og behov. Forældrene skal forberedes til i størst muligt omfang at kunne tage ansvar for eget liv, således at de er klædt på til og kan tackle udfordringerne i den nye situation som forældre. Der skal bl.a. ske en udvikling af redskaber til digital forberedelse til forældreskab, der samtidigt understøtter forældrenes mestringsevne.

Kvalitet

Svangreomsorgen i regionen skal være af høj faglig kvalitet, og der skal tilstræbes størst mulig ensartethed i klinisk praksis og service til borgerne. Den faglige kvalitet sikres bl.a. via arbejdet med fastsatte nationale kvalitetsområder. Derudover eksisterer der veletablerede og målrettede initiativer til udbredelse af et højt fagligt niveau på tværs af regionen. Disse initiativer skal understøttes og videreudvikles. Der

skal bl.a. ske en opkvalificering af barselstilbuddene til ambulante fødende¹, hjemmefødende og tidligt udskrevne, bl.a. via indførelse af efterfødselsplaner

Valgmuligheder/differentieret indsats

Tilbuddene til gravide, fødende og barslende skal differentieres og behovsorienteres. En differentiering, der allerede starter hos egen læge med niveau-inddeling af den samlede indsats og som fortsætter i det videre forløb, bl.a. via jordemoderens, fødestedets og i sundhedsplejens videre arbejde i familien. En behovsdifferentiering som er dynamisk og som fordrer tæt tilbagemelding og samspil mellem de forskellige sundhedsfaglige aktører. Der skal bl.a. ske en opkvalificering af fødsels- og forældreforberedelsen, da der er dokumenterede effekter af indsatsen, samtidigt med at brugerne efterspørger dette.

Brugerinddragelse

Brugerne af svangreomsorgen er som udgangspunkt unge, sunde og raske mennesker, der møder sundhedsvæsenets tilbud i et glædeligt anliggende. De er unge og videnssøgende og vil gerne involveres. Det er derfor nødvendigt, at svangreomsorgen i regionen formår at virkeliggøre brugerinddragelse, dels på det individuelle plan i det enkelte forløb og dels i den overordnede planlægning, udvikling og evaluering af svangreomsorgen. Der skal ske brugerinddragelse i projekter, der videreudvikler tilbuddene til gravide, fødende og barslende, f.eks. i udarbejdelsen af fødselsforberedende film og tværsektorielle udviklingsprojekter om tilbuddene i den tidlige barselsperiode

Høj faglighed i den tværfaglige og tværsektorielle indsats

Graviditet, fødsel og barsel et komplekst forløb, der involverer flere myndigheder og sundhedspersoner i kommunen, på hospitalet og i almen praksis. Det er væsentligt, at nybagte mødre og familier oplever et sammenhængende og kontinuerligt forløb. For at sikre sammenhæng i graviditets- og barselsforløbet er der behov for et velfungerende, integreret samarbejde mellem almen praksis, hospitaler og kommuner der alle løser opgaver i forbindelse med en familieførelse. Konkret vil Region Midtjylland bl.a. nedsætte tværsektorielle følgegrupper ved alle fødesteder, som skal varetage specifikke opgaver.

De ovenstående tiltag og anbefalinger beskrives løbende gennem de følgende kapitler. Indsatsområderne, herunder ansvarlige og tidsramme fremgår herudover i en oversigtsform i afsnit 7.

¹ Ambulant fødsel = udskrivelse 2-6 timer efter fødslen, tidlig udskrivelse = udskrivelse op til 48 timer efter udskrivelse

Fødeplanudvalget vil følge og sikre, at implementeringen af anbefalingerne sker som fastlagt. Det skal medvirke til at sikre, at Region Midtjylland også i de kommende år tilrettelægger en svangreomsorg præget af høj kvalitet i alle tilbud i graviditet, fødselshjælp og barsel og dermed sikrer en god start på livet for alle regionens nyfødte.

1 - Indledning

1.1 Formål med fødeplanen

Fødeplanen for Region Midtjylland skal være med til at sikre;

- En god start på livet for regionens nyfødte
- At kvinder og kommende/nybagte familier i regionen tilbydes lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje i relation til graviditet, fødsel og barsel
- At tilbuddene i graviditet, fødsel og barselsperioden differentieres efter kvindens/familiens behov
- Et velfungerende og koordineret samarbejde mellem almen praksis, hospitaler, kommuner og den enkelte kvinde/familie
- At svangreomsorgen baseres på en veldefineret og anerkendt klinisk praksis af høj faglig kvalitet, monitorering og patientsikkerhed
- At svangreomsorgen til stadighed baseres på en optimal udnyttelse af den primære og den sekundære sundhedstjeneste

Fødeplanen skal herudover fungere som opslagsværk og tjene forskellige formål i forhold til forskellige målgrupper. Fødeplanen skal:

- udgøre beslutningsgrundlag for regionsrådets prioriteringer og planlægning af regionens svangreomsorg, herunder belyse udfordringer og fremlægge forslag til den fortsatte udvikling af svangreomsorgen
- orientere de centrale myndigheder om tilrettelæggelsen af svangreomsorgen i Region Midtjylland og udmøntning af love og anbefalinger
- orientere de forskellige fagpersoner i svangreomsorgen om tilbud, tilrettelæggelse og udviklingstiltag
- fungere som en del af det fælles forståelses – og arbejdsgrundlag for de involverede fagpersoner og belyse de centrale målsætninger for svangreomsorgen i Region Midtjylland.

1.2 Overordnede rammer for fødeplanen

Fødeplanen er udarbejdet på baggrund af Sundhedsloven, Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen samt de tidligere fødeplaner for Århus Amt, Viborg Amt, Ringkøbing Amt og Vejle Amt. Region Midtjyllands plangrundlag (Akutplan, Hospitalsplan og Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland) danner den overordnede organisatorisk ramme for fødeplanen. Fødeplanen er endvidere udarbejdet på baggrund af den praksis, der for nuværende eksisterer inden for svangreomsorgen i regionen. Endelig er fødeplanen udarbejdet på baggrund af det analyse- og rådgivningsarbejde, regionens forskellige læge- og sundhedsfaglige råd og udvalg udøver.

Der lægges med denne fødeplan ikke op til en grundlæggende ændring af svangreomsorgen i Region Midtjylland. Der er tale om en styrkelse af indsatsen på forskellige områder for at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger og for at

imødekomme kvindernes/familiernes ønsker og behov. Fødeplanen beskriver tilrettelæggelsen af svangreomsorgen i regionen i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode indtil en uge efter barnets fødsel.

1.2.1 Sundhedslovens bestemmelser om svangreomsorg

Svangreomsorgen reguleres i Sundhedsloven, som indeholder de grundlæggende bestemmelser om sundhedsmyndighedernes pligter og patienters rettigheder, herunder forhold med betydning for svangreomsorgen. Sundhedsloven angiver desuden de overordnede bestemmelser i forhold til forebyggende helbredsundersøgelser, svangerskabshygiejne, adgang til frit sygehusvalg og information til den gravide.

Der er ikke lovkrav om, at sundhedsaftalerne mellem kommuner og region skal omfatte svangreomsorgen, men den nye struktur med kommunalreformen og ændret opgavefordeling har gjort det væsentligt at fokusere på det tværsektorielle arbejde. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, at samarbejdet inden for svangreomsorgen tilrettelægges lokalt, eksempelvis i et fødeplanudvalg, og at det er muligt at indgå frivillige sundhedsaftaler på området (Sundhedsstyrelsen (SST) 2009:12).

1.2.2 Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen

De lovbundne krav beskrives endvidere i Sundhedsstyrelsens udgivelse "Anbefalinger for svangreomsorgen" (2009). Derudover fungerer Sundhedsstyrelsens anbefalinger netop som anbefalinger om hensigtsmæssige tiltag og tilrettelæggelsesmetoder i svangreomsorgen.

Indholdet i anbefalingerne er baseret på den tilgængelige viden på området, og litteraturen er kritisk gennemgået af eksperter og medicinske selskaber, der har vurderet den kliniske evidens. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen beskriver dermed de konkrete tilbud, det anbefales at give til gravide, fødende og barslende, bl.a. tilrettelæggelse af svangreomsorgen, kontakter i graviditeten, levevis i graviditeten samt undersøgelse og vurdering af den gravide.

Organiseringen af svangreomsorgen i Region Midtjylland er baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen. Fødeplanen beskriver regionens særlige tilrettelæggelse af svangreomsorgen – organisering af koordinering og samarbejde mellem praksis, hospitaler og kommuner, geografisk tilrettelæggelse af fødselshjælpen, samarbejde og visitation på tværs af hospitaler samt konkretisering af tilrettelæggelsen af lovgivningsmæssige og anbefalede tilbud i Region Midtjylland. Desuden belyser fødeplanen, dels hvor Region Midtjylland afviger fra de anbefalede tilbud, og dels hvor svangreomsorgen i regionen favner ud over de anbefalede tiltag.

For en uddybning af indholdet i de anbefalede basis og udvidede tilbud til gravide, fødende og barslende, samt den faglige baggrund herfor, henvises til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen.

1.3 Fødeplan/proces

Ifølge Sundhedsloven skal regionerne udarbejde en Sundhedsplan, og denne Sundhedsplan skal jf. bemærkninger til Sundhedslovens § 206 indeholde en beskrivelse af svangerskabshygiejne og fødselshjælp mv. I praksis har regionen besluttet at følge amternes tidligere praksis omkring udarbejdelse af en særskilt fødeplan. Derfor er Sundhedslovens bemærkninger udmøntet i en specifik fødeplan for Region Midtjylland, som erstatter de tidligere amters fødeplaner.

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør der i alle regioner være et formaliseret samarbejde mellem fødestederne, jordemodercentre, praktiserende læger og kommunerne mhp. bl.a. at udarbejde beslutningsgrundlaget for den regionale planlægning af svangreomsorgen. Derfor har Region Midtjylland siden regionsdannelsen haft nedsat en tværfaglig og tværsektoriel styregruppe, fødeplanudvalget.

Nærværende fødeplan beskriver det overordnede samarbejde mellem svangreomsorgens involverede sundhedsfaglige instanser, mens sundhedsaftaler konkretiserer dette samarbejde på tværs af kommuner og region. Fødeplanen er udarbejdet af repræsentanter for de fagfolk, der til dagligt beskæftiger sig med svangreomsorgen og er efterfølgende godkendt i regionsrådet.

1.4 Læsevejledning

I det efterfølgende afsnit (afsnit 2) beskrives de visioner og strategispor, Region Midtjylland har som pejlemærker for de opstillede målsætninger. Desuden præsenteres nogle af de udfordringer, som svangreomsorgen, står over for.

For at danne et nutidsbillede af fødslerne i Region Midtjylland beskriver afsnit 3 organiseringen af den primære og den sekundære sundhedstjeneste i svangreomsorgen, ligesom kapitlet indeholder en kort status for aktiviteter, herunder demografisk fødselsfremskrivning.

I afsnit 4 beskrives tilbuddene til gravide/par i regionen i tre søjler: graviditet, fødsel og barsel. Afsnittet er opbygget, så de faglige anbefalinger indledningsvis præsenteres for hvert enkelt område, og efterfølgende beskrives en kort status for Region Midtjylland. Dog adskiller afsnittet 4.3 'Barselsperioden' sig ved først at nævne den særlige tilrettelæggelse af barselstilbud i Region Midtjylland, hvorefter de faglige anbefalinger præsenteres for de enkelte tilbud i barselsperioden og sammenholdes med status i regionen.

Det tværsektorielle samarbejde uddybes i afsnit 5, herunder også de indgåede sundhedsaftaler mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen.

Afsnit 6 beskriver de anvendte værktøjer i kvalitetsudviklingen af svangreomsorgen i Region Midtjylland og regionens konkrete tiltag i forhold til denne kvalitetssikring. Afslutningsvis indeholder afsnit 7 en liste over prioriterede indsatsområder for hvert af de beskrevne strategispor. Afsnit 8 beskriver strategi for implementering af fødeplanen. Sammensætningen af fødeplanudvalget fremgår af bilag 1, endvidere er der vedlagt en ordliste som bilag 2.

2 - Vision og strategispor for svangreomsorgen i Region Midtjylland

Da dette er regionens første fødeplan, er det væsentligt at fastlægge fælles vision og strategispor for svangreomsorgen i Region Midtjylland. I dette afsnit peges der således på de visioner, Region Midtjylland har som pejlemærker for en række opstillede målsætninger. Indledningsvis præsenteres nogle af de udfordringer, svangreomsorgen står overfor. De konkrete udfordringer og målsætninger fremgår efterfølgende af de enkelte kapitler og opsummeres afslutningsvis i hvert kapitel.

2.1 Udfordringer

Sundhedsvæsenet er generelt under et betydeligt pres, der bl.a. skyldes, at en konstant teknologisk udvikling og omfattende forskning gør, at flere og flere årsagssammenhænge kan påvises og flere undersøgelser og bedre behandlinger kan tilbydes borgerne. Dette efterlader svære betingelser og risiko for nedprioritering af de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i svangreomsorgen.

Desuden har det økonomiske pres i sundhedsvæsenet bl.a. medført, at fødestederne har tilstræbt at fastholde kernetilbuddet ved at prioritere fødselsbetjeningen på de enkelte fødesteder. Dette har f.eks. haft konsekvenser i form af reducerede tilbud i den sundhedsfremmende indsats i fødsels- og forældreforberedelsen samt kortere indlæggelsestid efter fødslen.

En af svangreomsorgens store udfordringer er de forventninger og krav, der stilles af nutidens borgere. Dette er helt andre forventninger end de, der hidtil har præget tilrettelæggelsen af svangreomsorgen, og som ikke alene stiger i takt med udviklingen og mulighederne inden for svangreomsorgen, men som også skal ses som resultat af borgernes hidtidige oplevelse af og mulighed for kontrol over eget liv. Eksempelvis er store dele af svangreomsorgens målgruppe meget bevidste borgere, der selv er vidensopsøgende i forhold til faglige behandlingsmuligheder. Det afspejler sig bl.a. ved, at gravide aktivt sætter spørgsmålstejn f.eks. ved tidspunkt for igangsættelse af fødslen samt fremsætter ønske om kejsersnit, oftest hvis de tidligere har haft et forløb, som af den ene eller den anden grund har sat sig spor. Behovet for og kravet om inddragelse af borgerne i tilrettelæggelsen af eget forløb er afgørende i en vellykket svangreomsorg.

Samspillet og koordinering af de forskellige sundhedsprofessionelles indsats spiller en større og større rolle i svangreomsorgen. Rutineundersøgelser samt en række specialundersøgelser udføres i almen praksis, men fordrer opfølgning i den sekundære sundhedstjeneste, f.eks. screening for gestationel diabetes og undersøgelse af fosterets rhesus-type, når den gravide er rhesus negativ. Som det også er kendt inden

for andre grene af sundhedssektoren, er det en udfordring at sikre en koordineret indsats og overlevering mellem overgange og mellem sektorer. Der er behov for veletablerede kommunikationsveje og metoder til at sikre kommunikation, koordination og kontinuitet i svangreomsorgen. Disse behov er der grundlag for at videreudvikle.

Ud over ovenstående udfordringer er der en række forhold, der efterlader regionens svangreomsorg med specifikke faglige udfordringer. Der er bl.a. vished for, at en række livsstilsfaktorer som rygning, overvægt og misbrugsproblemer har betydning for udfaldet af graviditet, fødsel og barselsperioden. Region Midtjylland har særlige udfordringer i forhold til overvægtige gravide, idet regionen placerer sig højere end landsgennemsnittet i forekomsten af overvægtige (SST 2008:3). Dette stiller krav til, at der struktureret gøres en indsats på en række områder.

Opsporing af væksthæmmede fostre er fortsat en af de store kliniske udfordringer i svangreomsorgen, idet væksthæmning er tæt associeret med forekomsten af en række komplikationer under graviditeten, fødslen og i nyfødthedsperioden (DSOG 2007:8). Den primære diagnostik af væksthæmmede fostre foregår hos egen læge og jordemoder, og der er en væsentlig opgave i at sikre koordinerede undersøgelsesmetoder og videreformidling af kliniske fund.

Der optræder desuden nye målgrupper af gravide, hvilket fordrer tæt faglig opmærksom og viden deling mellem involverede fag professionelle. Det drejer sig f.eks. om gravide med behandlingskrævende depression forud for, under og efter graviditeten samt Gastric Bypass-opererede gravide. Når nye målgrupper optræder, og der efterhånden indsamles viden og erfaringer om undersøgelser og behandlinger af disse nye målgrupper, er det væsentligt, at kendskabet hertil udbredes i hele svangreomsorgen og til alle relevante fagprofessionelle.

2.2 Vision for svangreomsorgen i Region Midtjylland

Tilrettelæggelsen af svangreomsorgen i Region Midtjylland bygger på de grundlæggende værdier for regionen; *Dialog, dygtighed og dristighed*.

Svangreomsorgen skal bygge på dialog - mellem alle involverede parter, tværfagligt og tværsektorielt blandt sundhedsprofessionelle og med kvinder og familier. Svangreomsorgen skal desuden bygge på et højt fagligt niveau i en kultur, der fremmer udvikling, involvering og faglig nysgerrighed. Dristighed er en vigtig forudsætning for understøttelse af brugernes egenomsorg, for udviklingen af svangreomsorgens ydelser samt for udfordringen af eksisterende arbejdsgange og tilbud til de kommende familier i regionen.

Vision for svangreomsorgen i Region Midtjylland:

Svangreomsorgen i Region Midtjylland sikrer en god begyndelse på livet. Børn med potentiale til en rask start i livet skal sikres dette, og potentielt syge børn skal tilbydes den bedst mulige behandling og begyndelse på livet.

To af de centrale pejlemærker i Region Midtjyllands Sundhedsplan, 'Lighed i sundhed' og 'Sundhedsfremme og forebyggelse' danner en naturlig ramme for visionen med svangreomsorgen, hvilket også afspejles i de følgende specifikke visioner for svangreomsorgen i regionen;

- Den sundhedsfaglige indsats som Region Midtjylland tilbyder i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperioden skal bidrage til, at barnet, kvinden, partneren og den samlede familie gennemlever perioden som en positiv livsproces med bevarelse eller mulighed for forbedring af egen sundhedstilstand. Forløbet skal prioriteres som en naturlig sammenhængende livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed. Dette opnås ved at styrke det sundhedsfremmende og sammenhængende forløb for familierne, som det fremgår af sundhedsaftalen.
- Region Midtjylland skal fremadrettet sikre social lighed i sundhed. Graviditeten er en væsentlig periode for indsatser, der kan forbedre borgernes folkesundhed. Når indsatser struktureres og iværksættes før eller tidligt i graviditeten vil den enkelte gravide opleve en forbedret sundhedstilstand, der ikke alene betyder flere sunde år for den enkelte, men også for den kommende generation. Graviditeten er en optimal periode for ændring af livsstil, idet den enkelte gravide/parret er ekstra motiverede på grund af hensyn til det ufødte barns sundhed. Borgerne i regionen skal have mulighed for at udnytte deres sundhedsmæssige potentiale bedst muligt via målrettede indsatser for overvægtige gravide, rygere, gravide misbrugere mm. Gravide og mødre er agenter i sundhedsændringer i hele familien. Herved øges folkesundheden hos regionens borgere i to generationer.

2.3 Målsætninger for svangreomsorgen

Det overordnede mål med svangreomsorgen er, at alle gravide sikres et sammenhængende forløb, der er præget af høj kvalitet gennem alle tilbud i graviditeten, fødselshjælpen og i barselsforløbet. Dette skal sikres både til den store gruppe af kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko, og til de kvinder, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller foster. Endelig skal det også sikres for de kvinder, hvor graviditeten, fødslen eller barselsperioden forventes eller udvikler sig kompliceret. Det er derfor essentielt, at udgangspunktet er et godt og tilstrækkeligt basistilbud til kvinder, hvor der er fokus på tidlig opsporing og ud fra en sundhedsfremmende, forebyggende, rådgivende og behandlende tilgang er opmærksomhed på kvinden/hendes partner, og at der eksisterer mulighed for at differentiere tilbuddene i forhold til den enkeltes behov, ønsker og ressourcer.

Svangreomsorgen i regionen skal foregå i et tæt og velkoordineret samarbejde mellem praksis, hospitaler og kommuner. Det er af afgørende betydning, at der opbygges et velfungerende tværsektorielt samarbejde mhp. tidlig indsats over for problemstillinger, der relaterer sig til graviditeten, fødslen og det nyfødte barn. Herunder også sociale eller psykiske problemstillinger eller andre forhold, der kræver tidlig tværfaglig indsats. Sundhedsaftaler skal styrke samarbejdet, kontinuiteten og strukturen i indsatsen. Forbedring af kommunikationen, herunder digital kommunikation mellem de forskellige sundhedsprofessionelle er nødvendigt for at sikre et stærkt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Det er desuden naturligt at inddrage borgerne i tilrettelæggelsen af svangreomsorgen. De skal derfor indgå i kommunikationsnetværket, således at den gravide/parret sikres orientering og overblik samt medindflydelse på tilrettelæggelsen af eget forløb.

2.4 Strategispor i Region Midtjylland

Region Midtjylland har udpeget fem overordnede strategispor, som udgør fundamentet i tilrettelæggelsen og fremtidsvisionerne for svangreomsorgen. Strategisporene er bærende for, at regionen realiserer de opstillede målsætninger. Gennem den videre præsentation af fødeplanen understøttes den overordnede strategiske ramme, ligesom der afslutningsvis foretages en opsamling på målsætninger inden for de fem strategispor.

2.4.1 Innovation

Region Midtjylland skal turde gå nye veje og tilrettelægge svangreomsorgen på nye måder, dels for at svangreomsorgen til stadighed udvikles i takt med nye faglige muligheder og krav, dels for at tilpasse organisationerne efter de nuværende økonomiske og geografiske rammer og dels for at imødekomme nationale og internationale innovationsstrategier på sundhedsområdet.

Der skal iværksættes nye udviklingstiltag, der er i overensstemmelse med fremtidens kapacitet og behandlingsmuligheder som f.eks. hjemmemonitorering af gravide patientgrupper, der hidtil har været indlagte på hospital. Der skal udvikles nye metoder til opgaveløsninger, som kan løse flere opgaver for de samme ressourcer.

Det er væsentligt, at innovation ikke bremses af behovet for harmonisering af svangreomsorgen. De enkelte fødesteder skal sikre harmonisering omkring det faglige indhold i svangreomsorgen, så der tilbydes samme faglige kvalitet på alle regionens fødesteder, men der skal være plads til individuelt råderum og forskellig udformning af fødestederne imellem. For også fremover at kunne tilbyde en svangreomsorg i udvikling, skal aktørerne kunne lade sig inspirere af hinanden i en tid, hvor der er grobund for nytænkning og nye tilrettelæggelsesmetoder.

Endeligt skal der tilrettelægges på nye måder for at tilpasse tilbuddene efter brugernes ønsker og behov. Eksempler på igangværende udviklingsprojekter vil fremgå af denne fødeplan.

2.4.2 Kvalitet

Svangreomsorgen i regionen skal være af høj faglig kvalitet, og der skal tilstræbes størst mulig ensartethed i klinisk praksis og service til borgerne. Der skal sikres fri og lige adgang til sundhedsydelserne ved samme behov.

Sundhedsaftalerne mellem region og kommuner medvirker til at sikre faglig kvalitet i de tværgående forløb. Den faglige kvalitet sikres ligeledes bl.a. via arbejdet med fastsatte nationale kvalitetsområder.

Derudover tilstræbes det, at Region Midtjylland bevarer og udvider positionen som fagligt fyrtårn inden for svangreomsorgen i Danmark, dels i kraft af allerede igangværende tiltag dels i kraft af, at forskning fortsat understøttes i regionen. I regionens svangreomsorg eksisterer der veletablerede og velfungerende tiltag, der karakteriserer et systematisk samarbejde og målrettede initiativer til udbredelse af et højt fagligt niveau på tværs af regionen. Dette foregår bl.a. via ultralydsskolen, hvor Aarhus Universitetshospital (AUH) er udnævnt som spydspids. Ultralydsskolen tilbyder support til læger og sonografer på alle regionens ultralydsafdelinger for at sikre, at alle regionens gravide kan tilbydes ensartede tilbud med samme høje faglige standard inden for diagnostisk ultralyd.

Det unikke og systematiske samarbejde i regionen har ligeledes affødt det regionale obstetriske instruks-udvalg, som udarbejder fælles faglige instrukser, der er med til at sikre, at gravide, fødende og barslende tilbydes en ensartet faglig behandling, uanset hvor i regionen de er bosiddende.

2.4.3 Valgmuligheder/differentieret indsats

Tilbuddene til gravide, fødende og barslende skal differentieres og behovsorienteres. En differentiering, der allerede starter hos egen læge med niveau-inddeling af den samlede indsats, og som fortsætter i det videre forløb, bl.a. via jordemoderens, fødestedets og sundhedsplejens videre arbejde i familien. En behovsdifferentiering som er dynamisk, og som fordrer tæt tilbagemelding og samspil mellem de forskellige sundhedsfaglige aktører.

Svangreomsorgen skal dermed være tilpasset den enkelte, og der rettes særlig opmærksomhed mod kvinder, hvis graviditet, fødsel og barsel kan forventes at blive kompliceret. Der skal gives særlig støtte til udsatte og sårbare gravide, som er kendetegnet ved misbrug, overvægt, rygning og sociale problemer.

Indsatsen skal desuden tilpasses kvindernes og familiernes erfaringsgrundlag, og indsatsen skal respektere kvindens og parrets integritet. Indsatsen skal understøtte

partnerens naturlige medvirken i forløbet, og regionen prioriterer fortsat, at der eksisterer valgmuligheder for de kommende familier, f.eks. om fødested.

2.4.4 Brugerinddragelse

En øget dialog er væsentlig for at sikre og udvikle kvaliteten af de ydelser, svangreomsorgen tilbyder. Når den samlede indsats er splittet op mellem sektorer, er det væsentligt, at svangreomsorgen formår at levere en samlet indsats, og derfor må sundhedsprofessionelle nødvendigvis tilegne sig evnen til at tænke ud fra kvindens og familiens præmisser. De kommende familier har det samlede forløb for øje, og det er afgørende, at der formås at skabe sammenhæng i deres forløb. Der er brug for kvindernes og familiernes hjælp til dette.

Brugerne af svangreomsorgen er som udgangspunkt unge og raske mennesker, der er videnssøgende og som gerne vil involveres. De sundhedsprofessionelle er derfor afhængige af at sætte deres unikke viden og erfaringer i spil. Særligt i en tid, hvor hele svangreomsorgen brydes op, har sundhedsprofessionelle brug for hjælp til at nytænke, hvordan indsatsen og tilbuddene målrettes efter aftagerne. Brugerne er eksperter i brugeroplevelser, behov og interesser, mens sundhedsprofessionelle er eksperter i undersøgelses- og behandlingsmetoder.

Det er derfor nødvendigt, at svangreomsorgen i regionen formår at virkeliggøre brugerinddragelse, dels på det individuelle plan og dels i den overordnede planlægning, udvikling og evaluering af svangreomsorgen. Det kan f.eks. iværksættes ved brugerrepræsentation og bestyrelser, men vil også kunne effektueres i digitale forløbsredskaber.

2.4.5 Høj faglighed i den tværfaglige og tværsektorielle indsats

Graviditet, fødsel og barsel er et komplekst forløb, der involverer flere myndigheder og sundhedspersoner i kommunen, på hospitalet og i almen praksis. Det er væsentligt, at nybagte mødre og familier oplever et sammenhængende forløb. For at sikre sammenhæng i graviditets- og barselsforløbet er der behov for et velfungerende samarbejde mellem de tre parter.

Mhp. at opnå forbedret patientsikkerhed og et højt fagligt niveau i håndteringen af den gravide og fødende er det nødvendigt at beskrive overleveringer og ansvarsfordelingen mellem sektorer nøjagtigt, således at de involverede sundhedspersoner er velinformerede og bevidste om ansvars- og opgavefordelingen.

Personalets faglige kompetencer skal fortløbende styrkes for at sikre høj kvalitet i det faglige arbejde og i særdeles i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, hvor de enkelte aktører har behov for stor viden om snitflader og betydning af egen indsats. For fortsat at styrke et højt fagligt niveau i hele svangreomsorgen skal bindeleddene mellem sektorer prioriteres, f.eks. via praksiskonsulenter samt i mødefora mellem fødesteder og den kommunale sundhedstjeneste.

3 - Status for svangreomsorgens organisering i Region Midtjylland

Svangreomsorgen fordrer et tæt tværfagligt og tværsektorielt samspil mellem de sundhedsprofessionelle aktører. I dette afsnit beskrives hvilke aktører, der i samspil varetager svangreomsorgen i regionen.

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

3.1 Organisering af den primære sundhedstjeneste i svangreomsorgen

Den primære sundhedstjeneste er den del af sundhedsvæsenet, der har den primære kontakt til den gravide/familien. I forbindelse med svangreomsorgen drejer det sig om de sundhedsydelse, som varetages af alment praktiserende læge samt den kommunale sundhedsplejes tilbud i spædbørnsfamilier. Tilbuddet om jordemoderkonsultationer er medtaget i dette afsnit, på trods af at tilbuddet er et regionalt anliggende.

3.1.1 Alment praktiserende læger

Region Midtjylland betjenes af 872 praktiserende læger (pr.1.9.2011). Egen læge er den sundhedsperson, der kender kvinden/familien fra før graviditetens indtræden, og som ligeledes følger familien under og efter graviditet, fødsels- og barselsperioden. Udover graviditetsundersøgelser varetager egen læge børneundersøgelsen af det nyfødte barn 5 uger efter fødslen og undersøgelsen af moderen 8 uger efter fødslen.

Samarbejdet mellem de praktiserende læger og regionens fødesteder er formaliseret via praksiskonsulenter, idet alle fødesteder har tilknyttet en praksiskonsulent fra almen praksis. Praksiskonsulenternes primære opgave er at være vidensformidler og bindeled mellem almen praksis og fødestederne.

3.1.2 Jordemoderkonsultationer

Jordemoderen er den fagperson, den gravide/parret typisk har hyppigst kontakt med under graviditeten. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at jordemoderkonsultationerne er placerede i nærmiljøet, så de er let tilgængelige for den gravide/parret. Jordemødrene

er ansat ved regionens fødesteder og har konsultationssteder 29 steder i regionen (pr. 1.7.2011)

<i>Fødested</i>	<i>Jordemoderkonsultation</i>
Regionshospitalet Horsens	Horsens Hedensted Skanderborg Odder Ry
Regionshospitalet Randers	Randers Grenå Mariager Hadsten Hammel Hinnerup
Regionshospitalet Herning	Herning Brande Ikast Videbæk Vildbjerg Tarm Ringkøbing
Regionshospitalet Holstebro	Holstebro Stuer Lemvig
Regionshospitalet Viborg	Viborg Skive Silkeborg Møldrup Karup Bjerringbro
Aarhus Universitetshospital	Skejby Gellerup
Samsø Sundheds- og sygehus	Tranebjerg

3.1.3 Kommunal sundhedspleje

Sundhedsplejersken fungerer som ressourceperson i forhold, der vedrører barnets og familiens sundhed og trivsel, og er et tilbud til alle familier med børn i alderen 0-16 år eller med barn i vente. Alle familier, der får børn, tilbydes hjemmebesøg af en sundhedsplejerske.

Den kommunale sundhedsplejes opgaver i forbindelse med tilbud til gravide og nybagte familier er definerede i Sundhedsstyrelsens "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" (2011). Desuden er samarbejdet mellem region og kommuner om varetagelsen af svangreomsorgen udmøntet via sundhedsaftaler (se afsnit 5.2). Aftalerne beskriver ansvarsfordelingen i opgaverne, bl.a. i barselsperioden efter tidlig udskrivelse.

Fødestederne er forpligtede til at anmelde fødslen til sundhedsplejen i den pågældende kommune. Såfremt kvinden ikke ønsker besøg af sundhedsplejersken, orienterer fødestedet, efter aftale med moderen, den praktiserende læge og den kommunale sundhedspleje herom.

Fra Sundhedsstyrelsens side anbefales det, at alle gravide med særlige behov tilbydes besøg af sundhedsplejerske inden fødslen efter aftale med kommunen. Besøget har til formål at etablere kontakten til familien, yde støtte til praktiske tiltag samt yde konkret rådgivning i forbindelse med den første tid hjemme med barnet. Sundhedsplejersken får dermed mulighed for allerede i graviditet at påbegynde det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i familien, f.eks. i situationer hvor der er behov for at forælderrollen understøttes af ekstra faglig opbakning og vejledning.

Sundhedsaftalen beskriver desuden, at sundhedsplejersken så tidligt som muligt henviser til jordemoder, praktiserende læge, social forvaltning eller andre relevante samarbejdsparter ved problemer af ikke-sundhedsplejefaglig karakter i barselsperioden.

3.2 Organisering af den sekundære sundhedstjeneste i svangreomsorgen

Den sekundære sundhedstjeneste dækker den del af sundhedsvæsenet, der kan overtage eller videreføre behandlingen fra primærsektoren. Inden for svangreomsorgen varetages funktioner som diagnostisk ultralydsundersøgelser, undersøgelser og behandlinger i det komplicerede graviditets- og/eller risikoforløb samt fødselsbetjening og den tidlige barselsperiode af hospitalerne.

3.2.1 Valg af fødested

Ifølge Sundhedslovens bestemmelser har kvinden ret til vederlagsfri fødselsbetjening på sygehus eller anden offentlig institution og til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Formålet med sundhedsvæsenets indsats under fødslen er ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen (SST 2009;151);

- At sikre trygge forløb uanset hvor kvinden/parret vælger at føde
- At mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand
- At minimere komplikationer under og efter fødslen
- At bidrage til en god fødselsoplevelse for kvinden og hendes partner.

Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan fødslen foregå på følgende steder: Hjemmefødsel, fødsel på jordemoderledet klinik uden tæt tilknytning til hospital, fødsel på jordemoderledet klinik med tæt geografisk og organisatorisk tilknytning til specialafdeling samt endelig fødsel på fødested med hoved- eller specialfunktion. I Region Midtjylland er der yderligere niveauinddeling af fødesteder, idet fødselsbetjeningen i regionen varetages på 6 niveauer. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal kvinden/parret informeres om fødestedernes betjening og tilbud.

1. Hjemmefødsel

Den gravide har ifølge loven ret til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Gravide med forventet normal fødsel, der har ønske om hjemmefødsel, kan visiteres til dette. Det er lægens og jordemoderens opgave at informere kvinden/parret om muligheden for at vælge hjemmefødsel. Forud for hjemmefødsel har jordemoder aflagt besøg i hjemmet med det formål at afklare praktiske forhold i forbindelse med fødslen. Hjemmefødsel anbefales ikke til risikogravide eller ved forhold, der giver øget risiko for komplikationer ved en forestående hjemmefødsel. Fastholder kvinden ønsket om hjemmefødsel, trods øget risiko for komplikationer for mor og/eller barn, skal jordemoderen informere hende/parret om de risici, der er forbundet med fødsel i hjemmet for den pågældende. Kvinden har ret til jordemoderassistance, hvis hun fastholder sit ønske efter informationen. Jordemoderen kan således ikke afstå fra at assistere ved hjemmefødsel, uanset at der kan være faglige forhold, der taler imod hjemmefødsel. Kvinden kan heller ikke overføres til hospital mod sin vilje (SST 2009:34).

2. Fødsel på Samsø

Gravide med forventet ukompliceret fødsel kan tilbydes fødsel på Samsø. På øen er der mulighed for at føde hjemme eller på øens fødestue. Alle fødsler på Samsø betragtes dog som hjemmefødsler, uanset om de foregår på Samsø fødestue eller i hjemmet. For alle fødsler gælder, at jordemoderen i tilfælde af komplikationer tager kontakt til vagthavende obstetiker ved AUH om eventuelt behov for overflytning. Fødselsbetjeningen varetages af 2 jordemødre, som er ansat ved gynækologisk-obstetrisk afdeling, AUH. Ansvar for fødslerne på Samsø Syge- og Sundhedshus ligger hos Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, AUH. AUH har ligeledes ansvaret for det øvrige beredskab på Samsø Syge- og Sundhedshus, herunder sygehuslægerne og anæstesisygeplejerskerne.

3. Fødsel i Holstebro, fødeafdeling med lægelig/obstetrisk tilstedeværelsesvagt, uden pædiatrisk assistance

Gravide med forventet ukompliceret forløb kan tilbydes fødsel i Holstebro. På baggrund af forligspartiernes Aftale om Sundhed i Folketinget i maj 2011 og anmodning om fastholdelse af fødsler i Holstebro, vil der være fødselstilbud i Holstebro fra efteråret 2011. Tilbuddet omfatter 6 kendt jordemoderordninger med 4 ordninger i Holstebro samt kendt jordemoderordning i Struer og i Lemvig (se afsnit 4.2.4). Gravide med forventede/mulige komplikationer visiteres til fødsel i Herning efter gældende visitationsretningslinjer.

Holstebro vil have tilstedeværelsesvagt af obstetrisk speciallæge, hvorfor der kan ydes obstetrisk assistance ved behov. Det drejer sig f.eks. om akut kejsersnit eller anlæggelse af sugekop.

4. Fødsel i Horsens, hovedfunktion uden pædiatrisk assistance, men med dagfunktion
Regionshospitalet Horsens varetager fødsel på specialafdeling, uden pædiatrisk assistance. Der er dog pædiater i dagtid 5 dage om ugen, ligesom der er etableret telemedicinsk forbindelse til pædiatrisk afdeling, AUH.
5. Fødsel i Randers, Herning og Viborg, hovedfunktion med pædiatrisk assistance
Regionshospitalet Randers, Herning og Viborg varetager fødsel på hospital med pædiatrisk assistance.
6. Fødsel ved AUH, universitetshospital med specialfunktion og neonatologisk assistance
AUH tilbyder fødsel på hospital med neonatologisk assistance og har dermed højt specialiseret funktion for nyfødte med særlige behov (Se bilag 2 vedr. visitation).

3.2.2 Information til den gravide/parret om valg af fødested

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal kvinden/parret informeres om fødestedernes betjening og tilbud. Den gravide/parret skal i graviditeten informeres om;

- Muligheder for valg af fødested og medindflydelse på fødselens tilrettelæggelse
- Tilbud om hjælp ved hjemmefødsler
- Fordele og ulemper ved de forskellige valg.

For at sikre, at den gravide/parret har de bedste muligheder for valg af fødested anbefaler Sundhedsstyrelsen, at regionen og de enkelte fødesteder fremlægger opdateret, nemt tilgængeligt informationsmateriale om valg af fødested (SST 2009:34).

For fødsel på hvert af regionens ovennævnte niveauer skal der foreligge skriftligt informationsmateriale, der konkretiserer fordele/ulemper ved valg af fødested inkl. konkretisering af faglige behandlingsmuligheder det pågældende sted. Særligt ved fødsel på hospital med begrænsede muligheder for faglig intervention (obstetrisk eller pædiatrisk) skal disse forhold eksplicit fremgå af informationsmaterialet, ligesom den mundtlige information skal understøtte dette. Dette er særligt aktuelt i de tilfælde, hvor fødestedets fysiske placering kan signalere andre muligheder for faglig intervention, end det er tilfældet. F.eks. kan fødsel på Syge- og Sundhedshuset på Samsø give forventning til andre behandlingsmuligheder under fødslen, end tilfældet er.

3.2.3 Frit sygehusvalg og visitation efter bopæl

Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om frit sygehusvalg. Det vil sige, at gravide kan vælge mellem fødesteder på bopælsregionens hospitaler samt fødesteder på andre regioners hospitaler. Et hospital kan dog midlertidigt af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre hospitalers optageområde eller fra andre regioner (SST 2009:12).

I Region Midtjylland er fødestedernes vejledende optageområder definerede på baggrund af bopælskommune. I tilrettelæggelsen af optageområder skal det derfor dels tilstræbes at tages højde for dels det frie sygehusvalg og kapacitetsmæssige begrænsninger, dels hensynet til at sikre et tilstrækkeligt patientgrundlag for at opretholde funktioner ved mindre fødesteder samt hensynet til AUH som universitetshospital. Region Midtjylland vil arbejde videre med dette fremadrettet.

Region Midtjyllands serviceniveau tilgodeser også gravide fra andre regioner, der ønsker at anvende regionens tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Region Midtjylland modtager gravide fra den sydlige del af Region Nordjylland og den nordlige del af Region Syddanmark. I 2010 blev der varetaget ca. 400 fødsler med gravide fra Region Nordjylland, der valgte at føde på fødestederne Regionshospitalet Viborg (230) og Randers (179), mens 237 gravide fra Region Syddanmark valgte at føde ved Regionshospitalet Horsens.

3.2.4 Faglig visitation til fødested

Der kan være faglige forhold, der har betydning for visitation til fødested. Rammerne for visitation af gravide, fødende og barselskvinder fremgår af Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for gynækologi og obstetrik af 15. juni 2011. For nyfødte defineres rammerne af Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for pædiatri af 15. juni 2011. Specialevejledningerne angiver de særlige forhold, der skal påses i de tilfælde, hvor patientgrundlaget er lille, eller når andre faglige hensyn taler for at samle specialefunktionerne på få matrikler.

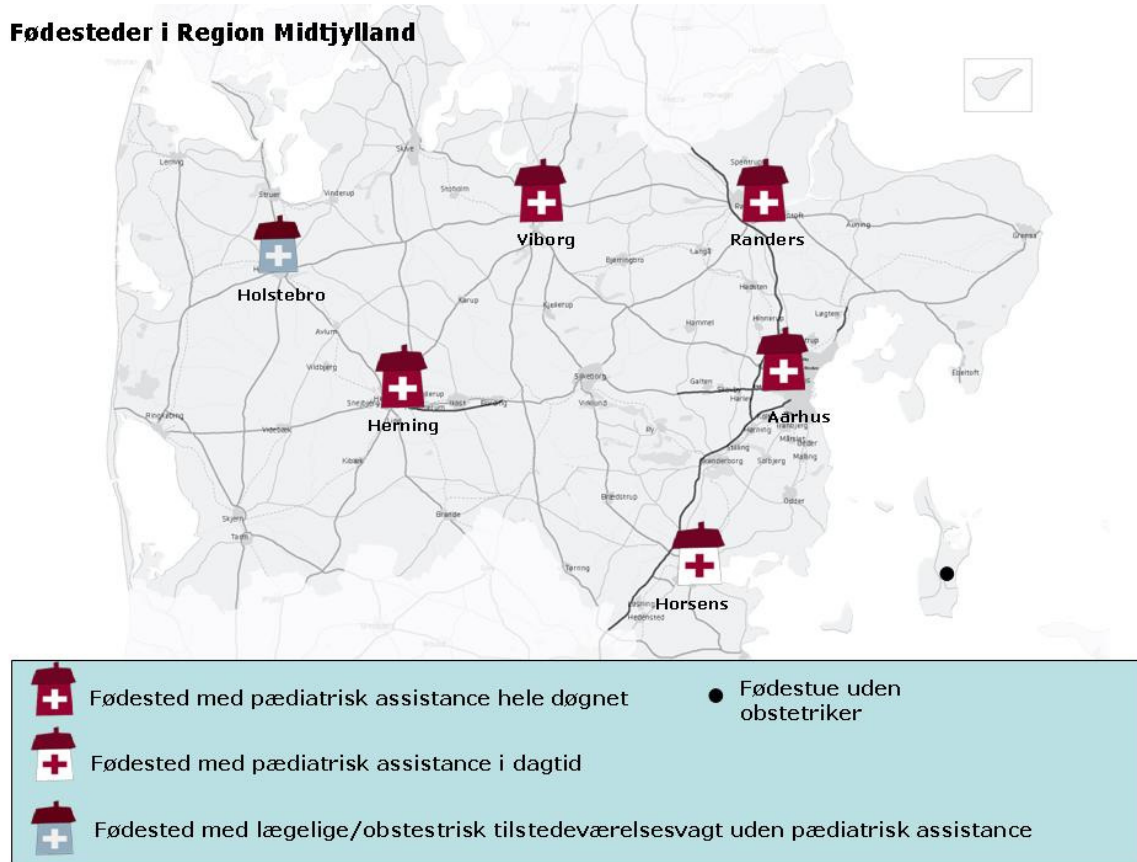
Særligt for visitation til Regionshospitalet Holstebro:

Følgende kvinder kan visiteres til fødsel ved Regionshospitalet Holstebro;

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• BMI mellem 18,5 og 35• Gravide med ét foster• Ingen tidligere operationer på livmoderen• Gestationsalder > 36. uge• Skønnet fostervægt over 2000 gram |
|--|

For yderligere oplysninger om den faglige visitation til fødesteder henvises til Sundhedsstyrelsens Specialevejledninger.

3.2.4 Fødesteder i Region Midtjylland



I Region Midtjylland fødes godt 15.000 børn årligt, heraf fødes ca. 99 % på fødeafdeling på hospital, mens 1 % fødes hjemme og enkelte på Samsø.

Pr. 15. august 2011 er der seks fødesteder i regionen fordelt på AUH samt Regionshospitalerne i Randers, Horsens, Herning, Holstebro og Viborg. Regionshospitalerne Holstebro og Herning er organisatorisk én afdeling samlet i Hospitalsenheden Vest. Desuden findes en ø-ordning for Samsø, der varetages af jordemødre ansat ved gynækologisk-obstetrisk afdeling, AUH.

AUH har jf. Specialevejledningen regionsfunktion og varetager højt specialiserede funktioner. Hospitalerne i Randers, Herning og Viborg har hovedfunktion. Randers, Herning og Viborg varetager desuden enkelte opgaver med regionsfunktion i formaliseret samarbejde med AUH. Horsens og Holstebro varetager opgaver efter beskrevne visitationsretningslinjer. AUH, Herning, Randers og Viborg har neonatalt afsnit.

Alle fødesteder har tilbud om barselshvile enten på patienthotel/familieafsnit eller ved behov for døgndækkende observation og/eller behandling på barselsafsnit. Regionshospitalerne har aftale med AUH om visitation af gravide/fødende dertil.

3.2.5 Vagtdækning og beredskab

Hospital	Obstetrisk vagt	Neonatal betjening/ pædiater	Anæstesiologer
Regionshospitalet Holstebro	Tilstedeværelsesvagt	Ingen	Tilstedeværelsesvagt
Regionshospitalet Horsens	Tilstedeværelsesvagt	Betjening i dagtid 5 dage om ugen	Tilstedeværelsesvagt
Regionshospitalet Randers	Tilstedeværelsesvagt	Tilkaldvagt af speciallæge i pædiatri	Tilstedeværelsesvagt
Regionshospitalet Herning	Tilstedeværelsesvagt	Tilstedeværelse af speciallæge i pædiatri	Tilstedeværelsesvagt
Regionshospitalet Viborg	Tilstedeværelsesvagt	Tilkaldvagt af speciallæge i pædiatri	Tilstedeværelsesvagt
Aarhus Universitetshospital	Tilstedeværelsesvagt	Tilstedeværelse af speciallæge i pædiatri med kompetence i neonatologi	Tilstedeværelsesvagt

Alle fødesteder har gynækologisk-obstetrisk speciallæge i tilstedeværelsesvagt. På fødesteder med neonatalafdelinger er det et vagtberedskab bestående af pædiatriske speciallæger, som kan kaldes til fødsel, enten fra tilstedeværelses- eller tilkaldvagt. Det kan dreje sig om fødsler, hvor den gravide er visiteret til fødestedet, fordi der er risiko for komplikationer med barnet eller fødsler, hvor der opstår akutte problemer under og/eller efter fødslen.

Hvis der forventes fødsel af et dårligt barn, tilkaldes pædiatrisk assistance til fødslen. Da der ikke er pædiatrisk assistance i Holstebro og Horsens varetages den primære behandling af obstetrikere og anæstesiolog. Om nødvendigt overflyttes barnet til en børneafdeling. Ved behov for pædiatrisk assistance visiterer Regionshospitalet Horsens til AUH, mens Regionshospitalet Holstebro visiterer til Regionshospitalet Herning

På fødestederne er der et anæstesiologisk beredskab bestående af anæstesiologiske speciallæger og anæstesisygeplejersker, der umiddelbart kan kaldes til akut opståede komplikationer før, under og efter fødslen. Det kan f.eks. være assistance til smertebehandling med rygmarvsbedøvelse, akut kejsersnit eller behov for anæstesi i efterforløbet ved f.eks. større bristninger eller blødning efter fødslen. Derudover kan der blive behov for anæstesiologisk assistance til det nyfødte barn. Den anæstesiologiske assistance kan have forskellig udformning ved de enkelte fødesteder, idet der ved nogle fødesteder vil være assistance af anæstesiolog med særlig kompetence i behandling af børn.

3.2.5 Fælles faglige opgaver/særlige organisatoriske opgaver

Ud over de af Sundhedsstyrelsens fastsatte undersøgelses- og behandlingstilbud, der udføres på fastlagte niveauer af de enkelte hospitaler, er der en række opgaver at løse hospitalerne imellem.

3.2.5.1 Den neonatale transportordning

På baggrund af en beslutning i regionsrådet blev der pr. 1. januar 2009 etableret en neonatal transportordning i Region Midtjylland. Transportordningen varetager alle transporter af svært syge børn under 3 måneder fra regionshospitalerne og AUH til behandling på rette universitetshospital (AUH, Odense Universitetshospital eller Rigshospitalet) samt transport af let og moderat syge børn fra et regionshospital uden neonatal afdeling (Horsens eller Holstebro) til behandling på neonatalafdelinger.

Ordningens funktion angår således transport af syge børn til behandling på steder med højere kompetence ("step-up"-transporter). Der udføres også transporter fra universitetshospitaler eller neonatalafdelinger til et lavere kompetenceniveau, de såkaldte "step-down"-transporter, for børn, der ikke længere har brug for specialiseret behandling.

Funktionen varetages af AUH, og transportholdet tager ud til det syge barn, men allerede inden ankomsten rådgiver transportholdet de lokale læger om behandlingen af barnet. Når transportholdet ankommer, overtages behandlingen af barnet, der så udføres i samarbejde med det lokale personale. Barnet klargøres til transport, når det er stabilt hertil.

Ved starten af transportordningen fungerede det som en midlertidig transportordning med sengeambulance og ambulancepersonale fra det øvrige beredskab. Ordningen er dog blevet permanent pr. 1. december 2009, hvilket har medført, at transportordningen nu har egen "baby-ambulance" og eget personale. Babyambulancen i Region Midtjylland rykkede i 2010 ud 339 gange, og alle de transporterede børn var levende efter transporten. Der er tale om stigning i forhold til 2009, hvor der blev transporteret 267 børn. Stigningen skyldes især flere transporter med let til moderat syge børn.

250 gange blev babyambulancen kaldt ud akut til kritisk syge børn, som skulle overføres fra det lokale hospital til et regionshospital med en neonatalafdeling eller til højt specialiseret hospitalsbehandling på et universitetshospital. 89 af transporterne var planlagte fra et universitetshospital til en neonatalafdeling på et regionshospital, efter at barnet havde fået det bedre.

Med Omstillingsplanen 2011 er det besluttet, at der skal ske en opgradering af den neonatale transportordning i Region Midtjylland. Det betyder, at transporten varetages af læger i tilstedeværelsesvagt fra AUH frem for tilkaldevagt, hvilket kan forventes at medføre en reduktion i responstiden. Dermed er der tale om en forbedring af den neonatale bistand, som AUH kan yde til regionshospitalerne på området.

Den neonatale transportordning udarbejder hvert år årsrapporter, der bl.a. beskriver antallet af transporter, responstider og evt. nye tiltag.

3.2.5.2 Føtalmedicin

Føtalmedicin omfatter screening, diagnostik, kontrol, rådgivning² og i et vist omfang også behandling i livmoderen (intrauterin terapi) af fosterets sygdomme. Der er kommet fokus på en hel ny patient/befolkningsgruppe, idet ny forskning og teknologi skaber store muligheder inden for den prænatale diagnostik. Der findes generelt flere gravide med fosteranomalier, hvor der er behov for 'second opinion' på højt specialiseret niveau. Dette stiller store ressourcekrav til AUH om fortsat at kunne varetage ekspansionen på området, der også indebærer et omfattende tværfagligt samarbejde med andre specialer, herunder især neonatologiske speciallæger, kardiologer og genetikere.

Praktiserende læger varetager den basale information omkring fosterdiagnostik, såfremt kvinden/parret ønsker dette. Det vil sige information om muligheden for at få foretaget doubletest (i forbindelse med risikovurdering for Downs Syndrom), nakkefoldsskanning og misdannelsesskanning. Praktiserende læge tager ligeledes doubletest (blodprøve). Fødestederne varetager den udvidede information om fosterdiagnostik. På alle obstetriske afdelinger i regionen foretages nakkefoldsskanning og risikovurdering samt misdannelsesskanning. Moderkageprøve (CVS) og fostervandsprøve (amniocentese) foretages i Randers, Viborg, Herning, Horsens og på AUH. Den genetiske rådgivning varetages af den respektive obstetriske afdeling i samarbejde med Klinisk Genetisk Afdeling, AUH. Invasiv intrauterin behandling i form af fosterreduktion udføres på AUH (ved graviditet med mere end 2 fostre).

3.3 Status for aktiviteter

For at skabe et overblik over de demografiske forhold, der har betydning for regionens planlægning af tilbud inden for svangreomsorgen, præsenterer dette afsnit den forventede udvikling frem mod år 2020 i antallet af nyfødte³. For desuden at danne et nutidsbillede af aktiviteten inden for svangreomsorgen præsenterer afsnittet endvidere et overblik over udviklingen inden for de seneste år inden for fødselstal, kejsersnitfrekvenser og indlæggelseslængden for de fødende.

3.3.1 Demografisk udvikling

Nedenfor vises en demografisk betinget fremskrivning af antallet af nyfødte i regionens respektive kommuner i perioden 2011-2020. Fremskrivningen er baseret på den generelle befolkningsudvikling. Det ses, at der forventes en stigning på 7,0 % for hele regionen i perioden frem mod 2020.

² herunder genetisk rådgivning og rådgivning i forbindelse med fosteranomalier (misfoster)

³ Pga. flerfoldsfødsler vil antallet af fødsler adskille sig lidt fra antallet af nyfødte

Kommune	2011	2015	2020	Ændring fra 2011-2020
Favrskov	561	553	587	4,6 %
Hedensted	525	531	565	7,6 %
Horsens	1.059	1.070	1.168	10,3 %
Norddjurs	340	339	352	3,5 %
Odder	224	205	213	-4,9 %
Randers	1.041	1.066	1.141	9,6 %
Samsø	19	25	27	42,1 %
Silkeborg	1.038	1.040	1.087	4,7 %
Skanderborg	644	657	687	6,7 %
Syddjurs	438	399	418	-4,6 %
Aarhus	4.011	4.225	4.667	16,4 %
Herning	1.018	986	1.023	0,5 %
Holstebro	653	663	678	3,8 %
Ikast-Brande	489	477	495	1,2 %
Lemvig	185	175	175	-5,4 %
Ringkøbing-Skjern	599	600	613	2,3 %
Skive	510	490	498	-2,4 %
Struer	220	200	199	-9,5 %
Viborg	1.110	1.086	1.113	0,3 %
I alt	14.684	14.787	15.706	7,0 %

Kilde: Danmarks Statistik

3.3.2 Fødselstal i regionen

Antallet af fødsler i regionen har generelt været stabilt gennem de forudgående tre år.

Antal fødsler (inkl. hjemmefødsler), fødesteder i Region Midtjylland			
Fødested	2008	2009	2010
Aarhus Universitetshospital	4.834	4.803	4.959
Regionshospitalet Randers	2.146	2.093	2.049
Regionshospitalet Herning	2.084	2.004	2.033
Regionshospitalet Viborg	2.021	1.965	1.894
Regionshospitalet Horsens	1.928	1.865	1.821
Regionshospitalet Silkeborg	1.367	1.335	1.232
Regionshospitalet Holstebro	1.157	1.047	1.056
Samsø Syge- og sundhedshus	12	16	12
I alt	15.549	15.128	15.056

Kilde: InfoRM. Antal patienter udskrevet i periode 2007-2010 med en Fødselsdiagnosekode (DO800 til DO845) (udtrukket 9.9.2011)

3.3.3 Kejsersnit-frekvens

Frekvensen af kejsersnit (sectio) er steget i alle de nordiske lande. I 2008 foregik 21,4 % af alle sygehusfødsler i Danmark ved kejsersnit. Det er en stigning på over 60 pct. i forhold til 1994, hvor 12,7 % af fødslerne foregik ved kejsersnit (SST 2009:20). Herunder præsenteres data fra Region Midtjylland.

Kejsersnit-frekvens, fødesteder i Region Midtjylland			
Fødested	2008	2009	2010
Aarhus Universitetshospital	22.8 %	22.9 %	23.3 %
Regionshospitalet Randers	18.4 %	20.0 %	18.2 %
Regionshospitalet Herning	21.6 %	24.5 %	20.7 %
Regionshospitalet Viborg	20.9 %	23.2 %	21.7 %
Regionshospitalet Horsens	16.5 %	15.4 %	18.2 %
Regionshospitalet Silkeborg	17.3 %	17.4 %	16.1 %
Regionshospitalet Holstebro	16.1 %	16.9 %	13.2 %
I alt	20.0 %	20.9 %	20.1 %

Kilde: InfoRM. Antal patienter udskrevet i periode 2008-2010 med kejsersnit-diagnosekode (DO820-DO821C og DO842-DO844)(udtrukket 9.9.2011)

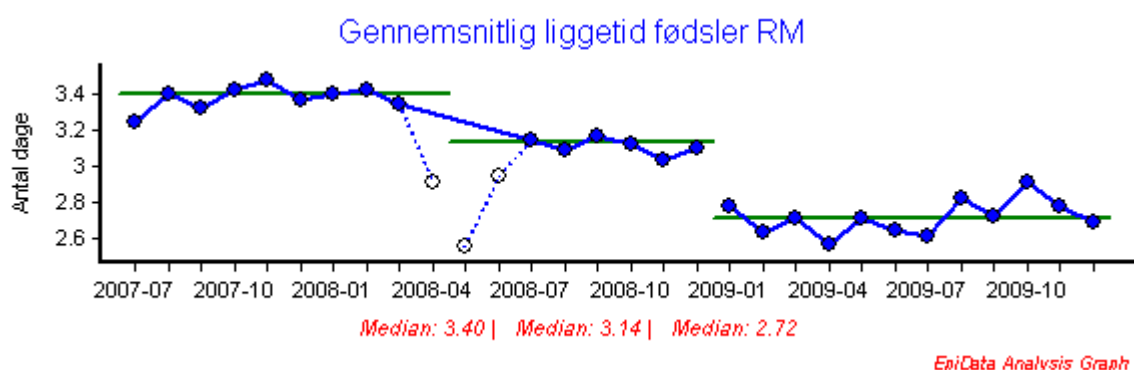
Der er flere årsager til det stigende antal kejsersnit: bl.a. at andelen af ældre fødende er stigende, øget andel overvægtige gravide, stigende gennemsnitlig fødselsvægt og ændret anbefaling for fødsel af fostre i sædepræsentation. Desuden er der i dag en forbedret teknologi, som generelt har ført til at et kejsersnit er forbundet med færre komplikationer end tidligere.

Gravide med tidligere kejsersnit har øget risiko for komplikationer i efterfølgende graviditet og fødsel. Der er bl.a. risiko for kompliceret placering af moderkagen samt ruptur (bristning) af livmoderen, hvilket nødvendiggør elektronisk overvågning af hele fødselsforløbet. Kvinder med tidligere kejsersnit udgør dermed et træk på personaleressourcer.

Hovedparten af kejsersnit er udført på lægelig indikation. Det vil sige at en vaginal fødsel er vurderet til at indebære større risici end et kejsersnit. Der er imidlertid nye faglige udfordringer i forhold til kvinder, der ønsker at føde ved kejsersnit uden lægelig indikation herfor (se afsnit 4.1.2.10).

3.3.4 Indlæggelsestid

En benchmarkanalyse fra 2010 viser, at indlæggelsestiden for obstetriske patienter er faldet i løbet af de sidste år.



(Kilde: Region Midtjylland, august 2010, Benchmark fase 2, Gynækologi-obstetrik)

Analysen viser, at der er sket et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid i forbindelse med fødsler på alle fødesteder i regionen. Ændringerne er primært forårsaget af 2 episoder: konflikten på sundhedsområdet i april-maj 2008 og ændrede retningslinjer for ambulante fødsel indført i regionen pr. 1. januar 2009.⁴ I gennemsnit for hele regionen er liggetiden pr. fødsel faldet næsten 20 %, svarende til 0,66 dage fra perioden før konflikten til efter de nye standarder for ambulante fødsel er indført.

3.4 Opsamling af anbefalinger

I det foregående er der fremlagt status for organisering og aktiviteter, hvilket danner baggrund for udarbejdelsen af denne fødeplan.

Generelt er organiseringen af svangreomsorgen gennem de seneste år blevet tilpasset de økonomiske rammer i regionen. Dette har bl.a. medført strukturændringer med lukning af Silkeborg som fødested samt en ændret organisering af tilbuddene i den vestlige del af regionen. Det kan konstateres, at regionen har tilbud om fødsel på flere niveauer end det, Sundhedsstyrelsen opererer med.

På det forelagte har fødeplanudvalget følgende anbefalinger:

- Det skal sikres, at der i Region Midtjylland udarbejdes tidssvarende oplysningsmateriale til brugerne om fødestederne, tilbud osv.
- Den reducerede indlæggelsestid efter fødslen nødvendiggør faglige tiltag, der sikrer, at forældrene kan varetage den nye opgave, samt at der systematisk indhentes viden om eventuelle afledte konsekvenser af den kortere indlæggelsestid.

⁴ Ambulant fødsel = udskrivelse 2-6 timer efter fødslen, tidlig udskrivelse = udskrivelse op til 48 timer efter udskrivelse

4 - Tilbud i graviditet, fødsel og barsel

I Region Midtjylland sker der godt 15.000 fødsler årligt. Graviditet, fødsel og barsel er dermed den hyppigst forekommende sundhedsydelse i regionen. I det følgende afsnit beskrives regionens tilbud og særlige tilrettelæggelse inden for disse sundhedsydelser.

4.1 Graviditet

Formålet med svangreomsorgen er at yde en differentieret indsats med udgangspunkt i den gravides/parrets ønsker, behov og rettigheder. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende, rådgivende og behandlende, og den skal sikre en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed. Sundhedsstyrelsen inddeler den differentierede indsats og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i fire niveauer, der strækker sig fra det basale tilbud til det specialiserede tilbud afhængig af den gravides behov. Niveauinddelingen af svangreomsorgen og den tværfaglige indsats sikrer den gravide/parret den nødvendige indsats, støtte og omsorg i forhold til medicinske og psykiske risikofaktorer (SST 2009:28).

Ved første graviditetsundersøgelse hos egen læge foretages visitation til fødested, og der oprettes en svangre- og vandrejournal, der sendes til fødeafdeling og jordemoder. Egen læge vil ofte kende kvinden/parret på forhånd og have viden om kvindens/parrets livsvilkår samt ressourcer og belastninger. Egen læge er således primus motor for indledningsvis at etablere en målrettet indsats omkring graviditetsforløbet i samarbejde med de relevante samarbejdsparter, idet egen læge indplacerer kvinden på svangreomsorgs niveau 1-4. Niveauinddelingen er dog dynamisk og fordrer tæt samspil mellem de forskellige sundhedsfaglige aktører. Den enkelte kvinde kan dermed igennem graviditeten bevæge sig mellem de fire forskellige niveauer afhængig af hendes aktuelle situation og sundhedstilstand. For uddybning af niveauinddelingen se Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen (2009).

4.1.1 Basistilbuddet til gravide uden særlige behov:

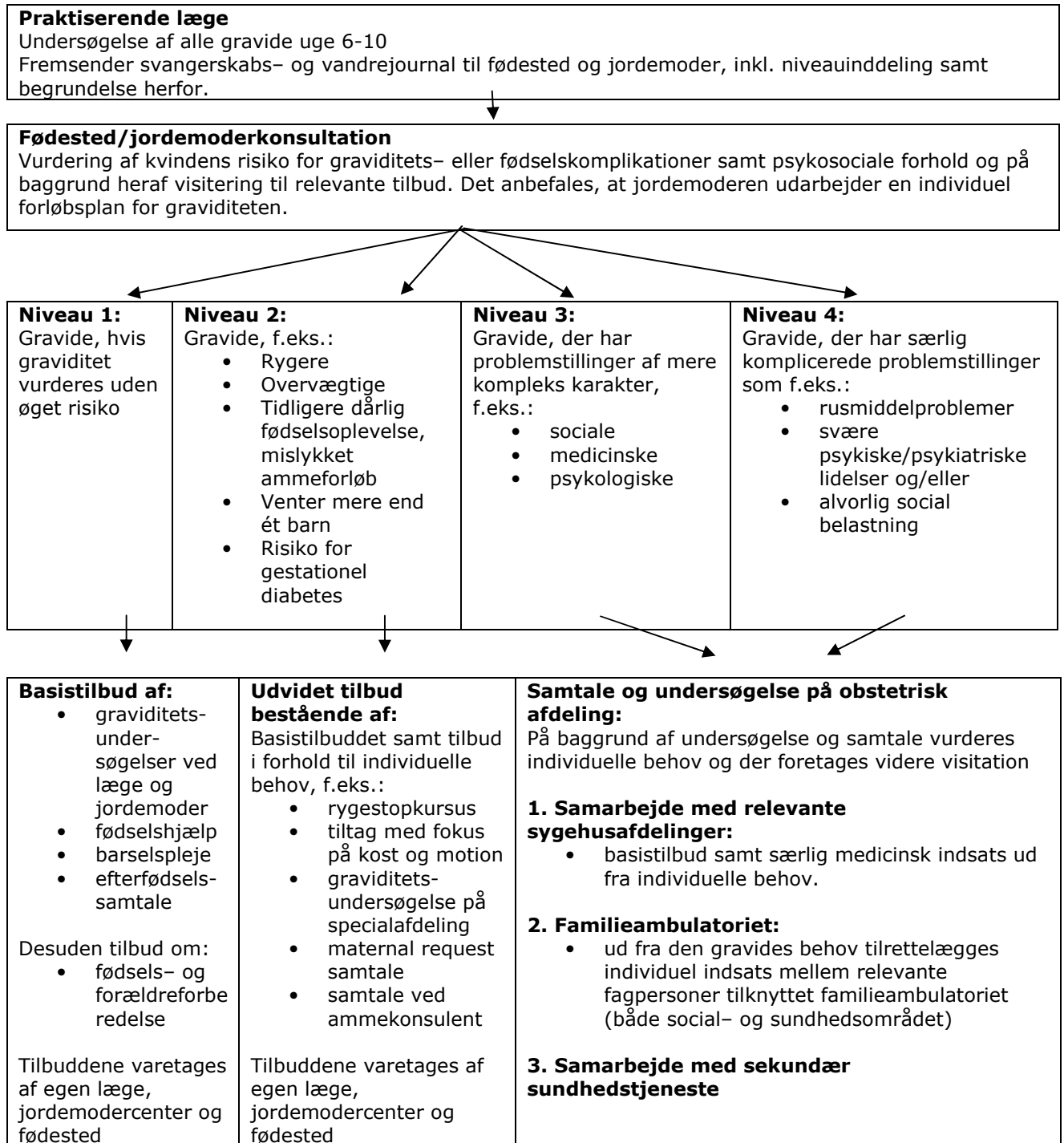
Basistilbuddet er den svangreomsorg, der tilbydes alle gravide i regionen. Dette basistilbud suppleres med yderligere tilbud alt efter den gravides behov. Under graviditeten tilbydes følgende som basistilbud:

- 3 konsultationer hos egen læge, inklusiv den første graviditetsundersøgelse.
- 4-7 konsultationer hos jordemoder
- 2 skanninger på obstetrisk afdeling (nakkefolds- og misdannelsesskanning)
- tilbud om fødsels- og forældreforberedelse (bortset fra AUH)

Sundhedsplejen i kommunerne kan have en rolle i graviditeten for gravide uden særlige behov, f.eks. via deltagelse i den fødsels- og forældreforberedende undervisning eller ved at førstegangsfødende kan tilbydes besøg af sundhedsplejersken i løbet af graviditeten. Sundhedsplejersken har desuden en meget vigtig rolle i forhold

til gravide med særlige behov, idet der tilbydes hjemmebesøg til særligt udsatte gravide beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge".

Forløbsdiagram for gravide i Region Midtjylland:



4.1.1.1 Tilbud om fødsels- og forældreforberedelse, en del af basistilbuddet

Fødsels- og forældreforberedelse er en vigtig del af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i graviditeten. Formålet er at forberede kvinden og hendes partner på selve fødslen, håndtering og lindring af smerte samt at forberede de vordende forældre på de forandringer, de står overfor i den kommende tid. Tilbuddet skal være med til at gøre dem i stand til at mestre de udfordringer, som fødslen og den nye livsfase afstedkommer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at undervisningen gennemføres i mindre hold, og at den retter sig mod både den gravide og hendes partner og tilgodeser begges behov, bl.a. via erfaringsudveksling med andre deltagere. Herved medvirker den fødsels- og forældreforberedelse også til netværksdannelse. Desuden anbefales det, at der tilbydes særlig fødsels- og forældreforberedelse målrettet kvinder/par med særlige psykosociale, sproglige eller kulturelle behov (SST 2009:147).

Alle fødesteder i regionen med undtagelse af AUH har tilbudt fødsels- og forældreforberedelse som en integreret del af svangreomsorgen gennem mange år. Som konsekvens af de seneste års økonomiske pres på sundhedsvæsenet er tilbuddet dog ændret fra at være holdbaseret undervisning til auditorieforelæsninger. Der er dermed mindre mulighed for erfaringsudveksling og netværksdannelse. Forelæsningserne er delt op i 2 temaer, typisk af 2 timers varighed, ét målrettet fødslen og ét omhandlende barnet og det kommende forældreskab. Enkelte fødesteder (Randers og Horsens) tilbyder desuden graviditetsforelæsning med fokus på levevis og livsstil i graviditeten.

Ved fødestederne i Randers, Horsens, Viborg og AUH tilbydes rundvisning på fødestedet inden fødslen. Dette foregår dog ikke integreret i den holdopdelte fødsels- og forældreforberedelse, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Derimod foregår det de fleste steder som 'åbent hus' tilbud enkelte gange om måneden, hvor en jordemoder forestår rundvisning på fødegang, barselsafsnit og familieafsnit/patienthotel. I Holstebro og Herning forventes der i stedet udarbejdet virtuel rundvisning på nettet, som den gravide/parret kan se derhjemme.

Ved alle fødesteder ydes særlige tilbud til sårbare gravide/par, idet det er fast personalestab, der varetager omsorgen for denne gruppe. Der er imidlertid ikke tilbud om fødsels- og forældreforberedelse målrettet denne gruppe. Ligeledes tilbyder ingen af fødestederne særskilt fødsels- og forældreforberedelse, der tilgodeser sproglige eller kulturelle behov. Der tages vare på disse gravide/par individuelt.

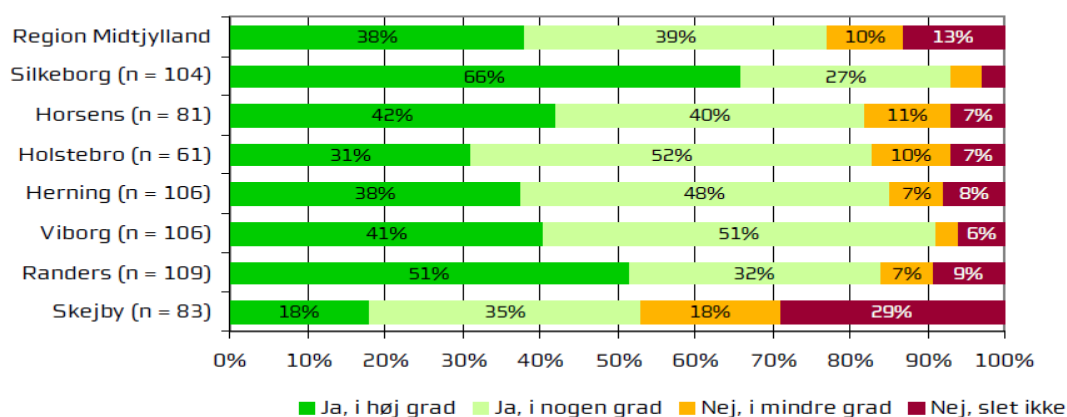
Eksempel på kvalitetsudviklingsprojekt, der har undersøgt effekten af fødsels- og forældreforberedelse;

Projektet "Parat til Barn" blev gennemført ved AUH 2008 og undersøgte effekten af fødselsforberedelse til førstegangsfødende kvinder. Undersøgelsen dokumenterer, at et fødsels- og forældreforberedelsesprogram øger førstegangsfødendes 'mestringsevne' i forbindelse med fødslen og, at førstegangsfødendes deltagelse i programmet er cost-effektivt for samfundet. Undersøgelsen indikerer, at reduktion i udgifter til fødselsforberedelse medfører flere indgreb

samt, at den fødende tilbringer længere tid i den tidlige fødsel på fødeafdelingen (Maimburg et al 2010:921). Undersøgelsens resultater baserer sig på fødsels- og forældreforberedelse tilrettelagt som undervisning og dialog i hold á 8 par og med tre moduler med temaerne *Fødslen, Det nyfødte barn* samt *Parforhold og forældreskab*.

I 2010 gennemførte Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland en brugertilfredshedsundersøgelse: *"Hvad siger de fødende kvinder? – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel"* (Undersøgelsen er nærmere omtalt i afsnit 6.1). Undersøgelsen viser, at ca. 23 % ikke mener, at fødsels- og forældreforberedelsen var dækkende. Der er forholdsvis stor variation mellem de enkelte fødesteder. Ved AUH, som ikke har tilbud om fødsels- og forældreforberedelse, svarer ca. 37 %, at tilbuddene ikke har været dækkende for deres behov.

Spørgsmål 9 Har fødsels- og forældreforberedelsestilbuddene som dit fødested/jordemodercentret har tilbudt været dækkende for din partners behov?



(Kilde: Region Midtjylland 2010: *"Hvad siger de fødende kvinder? – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel"*, side 16).

Eksempel på samarbejde mellem AUH og private aktører om udvikling af fødselsforberedende tilbud, der er målrettet nutidens brugere af svangreomsorgen;

Tryghed og mestringsevne gennem interaktive fødselsfortællinger

Mange kommende førstegangsførelse er usikre på fødslen, og de har svært ved at finde svar på spørgsmålet: Hvordan føles en fødsel egentlig? For at kunne besvare dette har jordemødrene ved AUH taget udgangspunkt i, at man må tale til maven og hjertet i stedet for til intellektet. Men det er småt med materialer, der fokuserer på følelser frem for fakta. Samtidig er det småt med materialer, der henvender sig både til den gravide og hendes partner.

Jordemødrene ved AUH har derfor indgået et samarbejde med det aarhusianske filmselskab "Moster Bob" om et innovativt projekt. Målet er at gøre de vordende forældre tryg ved deres situation og klæde dem godt på til at mestre den foregående fødsel sammen – og på den måde i sidste ende nedbringe antallet af indgreb og give flere forældre en god og tryk start på livet som forældre.

Resultatet er blevet en interaktiv fødselsfortælling: En 13 minutter lang stemningsmættet reportage fra en førstegangsfødsel, hvor brugeren undervejs kan interagere med indholdet. F.eks. kan man klikke på kvinden under en ve og derefter høre hende efterfølgende fortælle om sine smerter – og klikke på manden og høre ham efterfølgende fortælle om at se sin kæreste

have ondt. Samtidig stiller filmen relevant fakta til rådighed; som når kvinden ligger i badekarret, og man kan klikke på en faktaboks og blive klogere på effekten af det varme vand.

Den interaktive film er stadig på prototypestadiet, men tanken er at arbejde videre med formattet og forhåbentlig lave en lille håndfuld forskellige fødselsfilm, både for at målrette materialet specielle situationer som f.eks. kejsersnit og for at give de gravide par den vigtige erkendelse, at fødsler kan være meget, meget forskellige.

Status i Region Midtjylland:

Som det er fremgået i ovenstående, efterlever Region Midtjylland ikke pt. Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til fødsels- og forældreforberedelse i fuldt omfang. Der eksisterer tilbud om fødsels- og forældreforberedelse for førstegangsfødende på alle fødesteder i regionen, bortset fra AUH. Tilbuddet foregår dog ikke i mindre grupper, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, og tilbuddet omfatter færre gange, end det anbefales. Derudover eksisterer der ikke tilbud om fødselsforberedelse målrettet sårbare kvinder/par ved alle fødesteder, og der eksisterer ikke tilbud til gravide med særlige psykosociale, sproglige eller kulturelle behov.

Brugertilfredshedsundersøgelsen viser, at der er mulighed for at optimere fødestedernes tilbud om fødsels- og forældreforberedelse og dermed i højere grad efterleve brugernes behov. Bl.a. på den baggrund er der i forbindelse med regionens budgetforlig 2012 indgået aftale om at styrke fødsels- og forældreforberedelses tilbuddene i regionen. Der er bevilliget 3 mio. kr., og en del heraf er øremærket den fødsels- og forældreforberedende indsats.

De nuværende tilbud om auditoriebaseret fødsels- og forældreforberedelse kan være et attraktivt tilbud for nogle gravide/par, f.eks. flergangsfødende, der ikke tidligere har født ambulat. Der er samtidigt dokumenteret effekt af fødsels- og forældreforberedelsen, som det er afprøvet i projekt "Parat til barn". Der skal derfor tilstræbes en flerhed af mulige tilbud.

4.1.1.2 Gruppekonsultation

Gruppekonsultation er en metode, der kombinerer fødsels- og forældreforberedelse med obligatoriske helbredsundersøgelser hos jordemoder i graviditeten. Grupperne sammensættes af 4-6 gravide/par, der har termin omkring samme tidspunkt. Den fødsels- og forældreforberedende del indgår under samtalerne i grupperne, hvor jordemoderen deltager. Jordemoderen tilbyder individuel undersøgelse før eller efter gruppekonsultationen. Formålet med denne konsultationsform er primært netværksdannelse, og gruppekonsultation er erfaringsvist attraktiv for nutidens brugere i svangreomsorgen. Således angiver Sundhedsstyrelsen, at mellem 50 og 75 % af de gravide vælger gruppekonsultationer i de jordemodercentre, hvor det er et fast tilbud (SST 2009:44).

Status i Region Midtjylland:

Der tilbydes gruppekonsultation i Horsens og ved Hospitalsenheden Vest samt til flerfoldsgravide ved AUH. De øvrige fødesteder tilbyder ikke længere gruppekonsultation, idet individuel konsultation samt tilbud om fødsels- og forældreforberedelse i auditorieform reducerer timeforbruget.

4.1.1.3 Involverede sundhedsprofessionelle

Svangreindsatsen bør så vidt muligt være sammenhængende. Sundhedsstyrelsen lægger op til at alle gravide får tilknyttet en sundhedsfaglig kontaktperson, der fungerer som den gravides bindeled mellem de involverede personer i svangreomsorgen. Jordemoderen ser parret flest gange i graviditeten, og det bør derfor prioriteres, at graviditetsbesøgene hos jordemoder varetages af samme jordemoder. For gravide med kompliceret graviditet bør fast kontaktlæge tilknyttes.

For gravide med mere komplekse forløb vil der ofte være behov for at involvere tværfagligt eller tværsektorielle samarbejdspartnere med repræsentation fra den primære og den sekundære sundhedstjeneste og efter behov socialforvaltningen (niveau 3 og 4). Det skal tilstræbes at inddrage nødvendige fagprofessionelle fra starten af forløbet.

Der vil ofte være behov for at inddrage pædiater og børneafdeling allerede under graviditeten for at sikre kontinuitet fra svangreomsorgen til håndtering af barnets/familiens problemer efter fødslen. Under graviditeten er samarbejdet forankret i hospitalsregi. Personalet på hospitalet bør derfor medtænke samarbejde med sundhedsplejerske allerede tidligt i graviditeten. I samarbejde med kommunen tages der inden fødsel stilling til, hvilken indsats, der er påkrævet efter fødslen, og hvor den skal forankres (SST 2009:64).

Ved særlig behov for støtte til familien af fysisk, psykisk og/eller social karakter underrettes kommunen af alle fagpersoner, jf. § 153 i Serviceloven om skærpet underretningspligt.

Status i Region Midtjylland:

Region Midtjylland følger de anbefalinger og lovkrav, der foreligger om involvering af sundhedsprofessionelle, f.eks. via tildeling af kontaktpersoner samt tværsektorielt samarbejde i forløb, der påkræver dette.

4.1.2 Supplerende tilbud for gravide med særlige behov

Region Midtjylland følger generelt Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til basistilbud i graviditeten, f.eks. vedr. tilbud om fosterdiagnostik og ultralydsskanninger. Ikke øjeblikket tilbydes dog ikke jordemoderkonsultation i uge 21, og anbefalingerne om tilbud om gruppekonsultation og fødsels- og forældreforberedelsestilbuddet følges ikke i fuldt omfang. I forhold til tilbuddene til gravide med særlige behov er der variationer de enkelte fødesteder imellem. I det

følgende afsnit vil det fremgå hvilke fødesteder, der tilbyder de respektive tilbud. Derudover vil det fremgå af listen over prioriterede indsatsområder i afsnit 7, hvilke områder det tilstræbes at blive løftet i Region Midtjylland generelt.

En arbejdsgruppe under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse arbejder på at ændre DRG-systemet, så mere specifikke ydelser som fødsels- og forældreforberedelse og jordemoderkonsultationer fremover DRG-takseres. Desuden vil forebyggende sundhedsydelser som rygestopintervention og kostvejledning takseres fra 2013 og udløse DRG-takster til det fødested, hvor ydelsen er udført.

4.1.2.1 Rygning

Nogle af svangreomsorgens hovedproblemer som risikoen for for-tidlig fødsel, væksthæmning hos fosteret og den perinatale mortalitet og morbiditet, relaterer sig alle til moderens rygning. Gravide, der stopper med at ryge tidligt i graviditeten, har en lavere forekomst af komplikationer end gravide, der fortsætter med at ryge (SST 2009:88). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at gravide bør informeres om den forøgede risiko ved at ryge i graviditeten og om fordelene ved at stoppe med rygning. Sundhedspersonalet bør søge at motivere til rygestop gennem hele graviditeten og specielt i første trimester. Alment praktiserende læge indhenter oplysninger om kvindens rygestatus, drøfter motivation for ændringer og henviser evt. til rygestopintervention. Disse tiltag følges op i jordemoderkonsultationen. Sundhedsstyrelsen anbefaler videre, at gravide rygere tilbydes hjælp til rygestop som en obligatorisk og rutinemæssig del af svangreomsorgen. Da mange motivationsfaktorer til livsstilsændringer handler om graviditeten, er det væsentligt, at ændrings-processen understøttes af faglig opbakning fra fagprofessionelle, der ud fra en sundhedsfremmende vinkel kan fremme den videre motivation.

Rygning er den risikofaktor, hvor der er bedste dokumentation for metoder og effekt af forebyggelsesindsatsen. Opmærksomheden bør også rettes mod passiv rygning i hjemmet, og det er derfor vigtigt, at tilbuddet om rygestopsamtaler også rettes mod partnere, der ryger.

Ifølge Sundhedsprofilen for Region Midtjylland var der 22 % af befolkningen, der røg dagligt i 2010 (Region Midtjylland 2010a:124). Der eksisterer ikke nogen opgørelse over det samlede antal gravide rygere i regionen, men Sundhedsstyrelsen angiver, at der i 2008 på landsplan var ca. 13,5 % rygere blandt gravide. I forhold til opgørelser over gravide rygere er der imidlertid en potentiel fejlkilde i, at mange gravide ophører med at ryge, når graviditeten konstateres, og de fremstår derfor som ikke-rygere ved første lægeundersøgelse. Imidlertid falder mange tilbage i løbet af graviditeten, hvor der ikke efterfølgende spørges ind til rygestatus.

Generelt viste Sundhedsprofilen i regionen og kommunerne, at der er væsentlig social ulighed i antallet af rygere, idet andelen af dagligrygere falder med stigende uddannelsesniveau. Der var 32 % dagligrygere blandt personer med lavt

uddannelsesniveau og 13 % blandt personer med højt uddannelsesniveau (Region Midtjylland 2010a:127).

Status i Region Midtjylland:

Viborg, Randers og AUH tilbyder således hjælp til rygestop af jordemødre, som er uddannede instruktører. Tilbuddet gælder også partnere - i Randers dog kun sammen med den gravide. Ved Hospitalsenheden Vest og i Horsens er der ikke tilbud om rygestop-intervention. Alle kommuner i regionen har tilbud om rygestop-intervention af varierende udformning.

Som led i harmonisering af jordemoderkonsultationer i regionen, i forbindelse med besparelser 2008, er Sundhedsstyrelsens anbefalede undersøgelse i uge 21 bortfaldet. Det betyder, at der er et slip mellem første jordemoderkonsultation i uge 15 og det efterfølgende besøg i uge 29. Dette vanskeliggør at følge op på tiltag i forhold til positive livsstilsændringer samt videre motivation.

4.1.2.2 Overvægt

De seneste 20 år er forekomsten af overvægtige steget voldsomt i den danske befolkning, siden 1987 med 75 % (SST 2011). Dette har naturligvis betydning for forekomsten af overvægtige gravide. I 2011 er en tredjedel af de gravide i Danmark overvægtige, mens 12 % er svært overvægtige (BMI over 30 ved graviditetens indtræden).

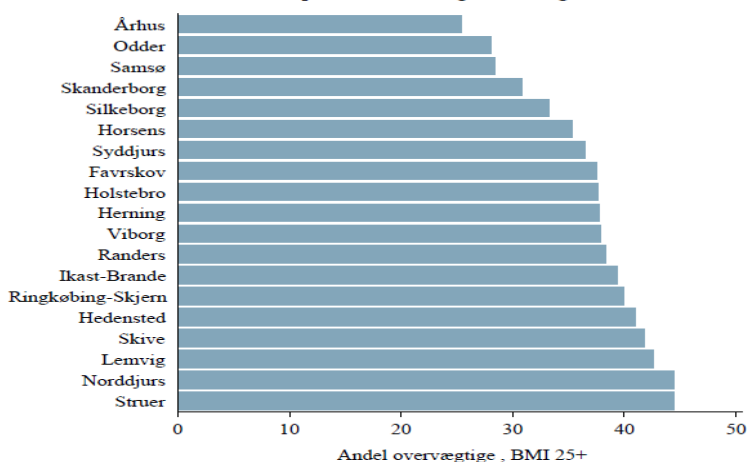
Både international og dansk forskning har vist, at graviditet hos overvægtige medfører en betydelig risiko for komplikationer for mor og barn både i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. På længere sigt har barnet øget risiko for udvikling af overvægt (SST 2009:134).

Andel af gravide med BMI over 25				
	2007	2008	2009	2010
I alt i Region Midtjylland	34,3	35,5	34,9	35,9
Hele landet	32,7	33,5	33,5	33,9

Kilde: Sundhedsstyrelsen, udtræk fra fødselsregisteret

Der er stor variation fra landsdel til landsdel. Region Midtjylland ligger højere end landsgennemsnittet i forhold til antallet af gravide med en BMI over 25 ved graviditetens begyndelse, og inden for regionen ses geografiske forskelle. I den midterste og vestlige del af regionen ses gennemsnitlig flere overvægtige gravide end i den østlige del af regionen.

Figur 3D Andel overvægtige mødre blandt fødende i Region Midtjylland 2007 - 1. halvår 2008* fordelt efter bopælskommune og BMI for graviditet.



(Kilde: Sundhedsstyrelsen 2008: Fødsler, graviditet og BMI 2004-1.halvår 2008)

Forskelle i de gravides BMI kan bl.a. forklares ud fra forskelle i befolkningens sociale og økonomiske kår i forskellige områder (SST 2009:20).

Såvel fysisk aktivitet som en minimering af vægtøgningen under graviditeten har en gunstig effekt på sygeligheden hos mor og barn. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at overvægtige gravide tilbydes målrettet rådgivning om kost og sund livsstil (SST 2009:135). Den kortsigtede gevinst ved en særlig indsats for en livsstilsændring i graviditeten er en reduktion i graviditets- og fødselskomplikationer forårsaget af overvægten. På lang sigt mindsker en indsats i graviditeten risikoen for, at barnet vokser op i en overvægtig familie og dermed selv risikerer at blive overvægtig.

Overordnet mangler der imidlertid veldokumenterede interventioner for at kunne nedsætte hyppigheden af komplikationer forårsaget af overvægt. Sundhedsstyrelsen tilkendegiver, at der er stort behov for forskning på området mhp. en fortsat udvikling af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for denne gruppe kvinder (SST 2009:24).

Status i Region Midtjylland:

Der eksisterer særlige tilbud til overvægtige gravide i Horsens og Viborg. I Horsens er der tilbud om gruppekonsultation til gravide med BMI over 30. I Viborg er der tilbud til overvægtige i Skive Kommune, som er den kommune i optageområdet, der har det højeste gennemsnitlige BMI. Tilbuddet omfatter motivation og individuel vejledning om kost og motion ved jordemoder, men involverer ikke motionstilbud.

4.1.2.3 Motion

Fysisk aktivitet under graviditeten har positiv effekt på både kvinden og fosteret. Kvinder, der har trænet under graviditeten, har generelt færre komplikationer i relation til fødslen, og motion har ligeledes en positiv betydning for en række

graviditetskomplikationer som f.eks. svangerskabsforgiftning, gestationel diabetes og bækkensmerter.

Utrænede gravide kan med fordel starte både styrketræning og konditionstræning under graviditeten, og det anbefales, at gravide er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter dagligt, uanset hvor aktive de har været før graviditeten (Klarlund 2010). Motionstilbud kan dermed have en forebyggende effekt i forhold til gravide, der syge/fraværsmeldes under graviditeten pga. smerter i bevægeapparatet, også hos overvægtige gravide.

Status i Region Midtjylland:

Der er etableret projektsamarbejde med navnet "Mor i bevægelse" mellem Gigtforeningen, sundhedsplejen Randers kommune og Gynækologisk afdeling til en undersøgelse af inaktive gravide. Målet er, at deltagerne i løbet af projektet øger deres tid anvendt på fysisk aktivitet og med et konkret delmål om, at deltagerne forøger antallet af skridt med 3000 skridt dagligt. Det overordnede formål er at fremskaffe mere viden om, hvad der kan fremme fysisk aktivitet hos fysisk inaktive gravide og nybagte mødre. Der eksisterer ikke andre regionale tilbud om motion til gravide.

4.1.2.4 Gravide og arbejdsmiljø

Ved første graviditetsundersøgelse hos egen læge udfyldes vandre- og svangerskabsjournalen med stillingsbetegnelse for den gravide. I den forbindelse drøftes spørgsmålet om mulige risikofaktorer i arbejdsmiljøet for den gravide, og der foretages en vurdering af de specifikke, individuelle arbejdsforhold, f.eks. ergonomiske, kemiske, biologiske samt fysiske forhold som lange arbejdsdage og natarbejde. Det er netop vigtigt, at problemer omkring arbejdsmiljø afklares tidligt i graviditeten, helst før udgangen af første trimester. Det drejer sig bl.a. om afklaring af spørgsmål ved at være udsat for eventuelle skadelige påvirkninger i forbindelse med graviditeten, samt eventuelt behov for iværksættelse af passende foranstaltninger på arbejdspladsen eller omplacering, så behovet for fraværsmelding reduceres.

Jordemoderen følger op på egen læges vurdering ved første jordemoderkonsultation. Egen læge og jordemoder har sammen en vigtig opgave i at rådgive om graviditet og arbejdsmiljø, samt at vurdere, om den gravide arbejder under forhold, hvor arbejdspladsen tager hensyn til de specifikke forhold hos den gravide. Såfremt lægen eller jordemoderen finder, at der er arbejdsmiljømæssige problemer, henvises den gravide til sin arbejdsgiver, tillidsrepræsentant eller sikkerhedsrepræsentant mhp. risikovurdering og evt. omplacering til andre opgaver (SST 2009:80).

Hvis egen læge eller jordemoder vurderer, at der er behov for yderligere udredning af arbejdsforholdene, inddrages Arbejdsmedicinsk Afdeling, som er i besiddelse af specialviden, der er nødvendig for at foretage en vurdering af fosterskadende og sundhedsskadende risici. Afdelingen kan enten spørges til råds telefonisk, eller den gravide kan henvises hertil. Ved henvisning går afdelingen ind i en individuel vurdering

og udredning med eventuel inddragelse af arbejdsgiveren. Samtidigt vurderer arbejdsmedicinsk afdeling, om kvinden allerede har været eksponeret for en fosterskadelig påvirkning.

Status for Region Midtjylland:

Der samarbejdes med de Arbejdsmedicinske klinikker ved AUH og Hospitalsenheden Vest i forhold til konkrete patientforløb.

4.1.2.5 Flerfoldsgravide - gravide, der venter mere end ét barn

Flerfoldsgraviditet er forbundet med risiko for en række graviditets- og fødselskomplikationer, bl.a. væksthæmning og for tidlig fødsel. Den obstetriske svangreomsorg for flerfoldsgravide kræver derfor særlig tilrettelæggelse og undersøgelser.

At blive flerfoldsforældre er for de fleste en stor udfordring, hvorfor Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der tilbydes særlig målrettet fødsels- og forældreforberedelse, hvor der sættes fokus på særlige udfordringer og problemstillinger (SST 2009:142). På landsplan er hyppigheden af flerfoldsgraviditeter steget de seneste år. I 1997 var der 1,9 % af alle fødsler flerfoldsfødsler, mens det i 2008 var 2,3 %. Stigningen tilskrives bl.a. øget anvendelse af fertilitetsbehandling samt mødres stigende alder. Tendensen til at løsne mere end et æg i en cyklus stiger nemlig med alderen. (SST 2009:141). Der har imidlertid ikke været en stigning i antallet af flerfoldsfødsler i Region Midtjylland. I 2009 var 1,9 % af alle fødsler flerfoldsfødsler.

Status i Region Midtjylland:

Ved alle fødesteder i regionen, bortset fra Horsens, eksisterer der særlige tilbud til tvillingegravide, enten i form af kendt jordemoderordning eller gruppekonsultation og fødsels- og forældreforberedelse målrettet kommende tvillingefamilier. Region Midtjylland vil evaluere om kendt jordemoderordning for tvillingegravide kan være med til at løfte den faglige kvalitet for gravide med øgede risici.

Eksempel på nye tilrettelæggelsesmetoder i svangreomsorgen - Hjemmemonitoreringsprojekter

Også inden for obstetrikken kan der forventes store udviklingspotentialer inden for telemedicin. Det betyder, at en andel af de patientgrupper, der hidtil har været indlagte eller fulgt i et ambulans undersøgelses – eller behandlingsregi i fremtiden kan forventes at blive monitoreret i eget hjem.

Ved AUH er der et igangværende telemedicinsk demonstrationsprojekt, som skal afprøve hjemmemonitorering af gravide med let til moderat svangerskabsforgiftning. Ved hjælp af ny og simpel teknologi kan mange af de hyppige kontroller, der tidligere foregik hos egen læge eller på hospitalet, nu foretages via hjemmemonitorering. Formålet er at demonstrere de

ressourcemæssige besparelser, som hjemmemonitorering kan give, uden at gå på kompromis med en høj behandlingsstandard. Projektet er støttet af ABT-fonden⁵ og forventes afsluttet sommeren 2012.

Sideløbende gennemføres pilotprojekter med hjemmemonitorering af bl.a. gravide med for tidlig vandafgang. Disse kvinder ville hidtil være indlagte. Projektet medfører, at kvinderne nu kan opholde sig i hjemmet samtidigt med, at der foretages daglig elektronisk overvågning af fosterets hjertelyd, ligesom der måles puls, temperatur og i fremtiden CRP⁶ i hjemmet. Næste skridt i udviklingen er, at AUH afventer svar på endnu en ABT-fondsansøgning til et større telemedicinsk projekt, som ud over kvinder med for tidlig vandafgang, vil inkludere gravide med diabetes, svangerskabsforgiftning eller væksthæmning hos fosteret.

4.1.2.6 Gravide med anden etnisk herkomst

Gruppen af kvinder med anden etnisk baggrund end dansk er mangfoldig. Mange er ressourcestærke og velfungerende, mens andre er udsatte og har behov for et udvidet tilbud. Ved vurdering af den enkelte kvindes risiko bør der tages hensyn til individuelle risikofaktorer som f.eks. oprindelsesland, men der er desuden en række generelle problemstillinger. Der kan f.eks. være behov for særlig kostvejledning, livsstilsrådgivning, anbefalinger om vitaminer foruden de særlige undersøgelser, der kan være aktuelle i graviditeten, f.eks. undersøgelser for infektionssygdomme, D-vitamin status, blodmangel (anæmi) osv.

Kvinder, der ikke taler og forstår dansk eller engelsk, vil have særlige vanskeligheder med at få den optimale omsorg under graviditet og barsel. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at der i disse situationer altid anvendes tolk med kvindens samtykke. Derudover er det nødvendigt, at personalet tilstræber en interkulturel forståelse og tilgang til kvinden, hendes forudsætninger og hendes familie. Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at der i områder med større grupper af samme etniske minoritet med fordel kan tilrettelægges specielle forberedelsehold med tolk (SST 2009:76).

Status i Region Midtjylland:

Gravide med anden etnisk herkomst tilbydes vanlige graviditetstilbud. Der anvendes tolk i det omfang, det skønnes nødvendigt. Der eksisterer ikke særlige tilbud om fødsels- og forældreforberedelse til disse gravide, da befolkningsgrundlaget de fleste steder ikke er stort nok til at oprette særlige hold. Fødsels- og forældreforberedelsen varetages i stedet i individuelt tilrettelagte jordemoderkonsultationer.

AUH har dog en jordemoderkonsultation i Gellerup, der har særlige tilbud til gravide med anden etnisk herkomst. Konsultationen er i lokalefællesskab med sundhedsplejen. Disse gravide tilbydes fem basisundersøgelser af 30 minutters varighed. De gravide samles i mindre grupper til fødselssnak på to undervisningsmoduler. Desuden får alle gravide tilbudt barselsbesøg i hjemmet ved jordemoder fem uger efter fødslen, hvor

⁵ ABT-fonden – fond, der fremmer Anvendt Borgernær Teknologi. Fonden forvalter midler til investering i projekter, der gør den offentlige sektor mere produktiv og innovativ.

⁶ CRP – C-Reaktivt Protein er et plasma protein, som kroppen fremstiller ved en infektions akut fase. Det fungerer dermed som infektionsmarkør.

der er mulighed for at tale om fødslen, og hvor der tilbydes familieplanlægning og præventionsrådgivning.

4.1.2.7 Sårbare gravide

Social ulighed har betydning for graviditetens udfald, og der er også i Danmark fundet øget dødelighed for både den særligt udsatte mor og den nyfødte. Børn født i socialt belastede familier har således hyppigere forekomst af for tidlig fødsel, dødfødsler, lav fødselsvægt og spædbarnsdød (SST 2009:62).

Omsorgen for socialt sårbare gravide kræver en særlig indsats. Forudsætningen for at iværksætte denne indsats er, at egen læge optager en grundig psykosocial anamnese⁷. På grund af øget risiko for obstetriske komplikationer henvises den gravide til obstetrisk vurdering så tidligt som muligt. Sundhedsstyrelsen tilkendegiver, at disse gravide har særligt behov for en eller flere faste støttepersoner. Det vil medvirke til at skabe trygge rammer, idet denne gruppe kvinder kan have svært ved at skabe relationer og rum for tillid, ikke mindst under pressede situationer (SST 2009:62).

Jordemoderen skal udøve opsøgende virksomhed i de tilfælde, hvor den gravide udebliver fra undersøgelser. Dette kan f.eks. være ved opringning eller hjemmebesøg med det formål at motivere kvinden til følge graviditetsundersøgelser med samtidig respekt for kvindens integritet og frie valg (SST 2001:afsnit 2.1). I disse graviditeter er den tværfaglige og tværsektorielle indsats særlig vigtig, og det anbefales, at et fast team varetager opgaven. Under graviditeten er samarbejdet forankret i jordemoder- og hospitalsregi. Personalet her bør derfor medtænke samarbejde med sundhedsplejerske allerede tidligt i graviditeten. I samarbejde med kommunen tages der inden fødsel stilling til hvilken indsats, der er påkrævet efter fødslen, og hvor den skal forankres (SST 2009:64).

Status i Region Midtjylland:

Ved alle fødesteder er der jordemoderkonsultationer målrettet sårbare gravide. Ved AUH er der oprettet et tværfagligt team for sårbare gravide og en konsultation for gravide med spiseforstyrrelser. Det er aftalt i sundhedsaftalen mellem regionen og kommuner, at der skal udarbejdes en tillægsaftale til sundhedsaftalen om opsporing af og samarbejde om sårbare gravide.

Region Midtjylland har sat problemstillingen omkring sociale forskelle i sundhed højt på dagsordenen. Derfor nedsatte regionsrådet i 2008 et midlertidigt udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed. Udvalget har bl.a. arbejdet med gravide, børn og unge, da det er et af de områder, hvor sociale forskelle i sundhed gør sig gældende. Arbejdet endte ud med, at udvalget opstillede en række anbefalinger for tilbuddene til gravide. Det blev

⁷ Anamnese - sygehistorie

bl.a. anbefalet, at der etableres tidlig jordemoderundersøgelse samt fødsels- og forældreforberedelse til alle gravide, som skal være med til at sikre, at de socialt sårbare identificeres og får tilbudt en målrettet indsats mhp. at sikre bedre sundhed og bedre tilknytning mellem mor og barn (Region Midtjylland 2009:25).

Familie med hjerte – Familieforberedelse efter Leskand-modellen

I Holstebro kommune planlægges projekt *"Familie med hjerte - Familieforberedelse efter Leksand-modellen"*, som er et tilbud om forældreforberedende kurser til samtlige førstegangsfødende i Holstebro kommune. Leksand-modellen er en gennemprøvet svensk metode, som giver forældre mulighed for at opnå bedre handlekompetencer som forældre, idet fokus er at opbygge og underbygge et stærkt forældreskab. De svenske erfaringer viser, at metoden medfører markant fald i antallet af skilsmisser og langt færre socialt udsatte børn og unge.

Projektet er et eksempel på, at forældreforberedende tilbud bevidst ikke målrettes særligt udsatte grupper. Der er dels forskellige problemstillinger i at rekruttere forældre til indsatser målrettet særlige grupper. Desuden kan projektet berige den gruppe som traditionelt kaldes ressourcestærke i forhold til styrkelse af netværket og styrkelse af fundamentet for familien med bl.a. viden om økonomi, forældreskabsregler, orlovsregler og emner i forhold til parforhold. Projektets omdrejningspunkt er at forældrene er mere forberedte på at møde udfordringer, når de opstår, og projektet udgør dermed en tidlig indsats i et sundhedsfremmende perspektiv. Det er netop meget vanskeligt at forudsige og vurdere, hvilke familier der får vanskeligheder i forældreskabet og dermed får behov for ekstra støtte til at sikre barnets udvikling og trivsel. Forældrekurserne er derfor et tilbud til alle førstegangsfødende på tværs af uddannelsesniveau, alder, økonomi, etnicitet og ægteskabelige forhold. Det er en pointe i sig selv, at forældregrupperne har denne diversitet og kan supplere hinanden.

Projektet skal udgå fra den kommunale sundhedstjeneste med sundhedsplejersker som ledere af gruppen. Der vil være mange oplægsholdere, bl.a. fra det private erhvervsliv i form af oplæg om økonomi og jura. Projektet afvikles gennem et bredt tværfagligt samarbejde udmøntet i en partnerskabsaftale mellem Fonden for Socialt Ansvar, Holstebro Kommune og regionen. Projektet indbefatter 14 kursusmoduler for både den kommende far og den kommende mor. Der er 4-5 kurser inden fødslen, og forløbet fortsætter til barnet er ca. 15 måneder.

Ved siden af tilbuddet om *"Familie med hjerte"* vil jordemoder og praktiserende læge fortsat henvise gravide par til sundhedsplejen, når der er tale om sårbare og særligt udsatte gravide, og sundhedsplejen vil tilbyde supplerende indsatser.

4.1.2.8 Familieambulatoriet

Det er lovbestemt, at alle regioner skal etablere et familieambulatorium for gravide med et risikoforbrug af alkohol eller andre rusmidler. Region Midtjylland etablerede med virkning pr. 1. oktober 2010 et familieambulatorium. Familieambulatoriet er et 4-årigt projekt under satspuljen. Familieambulatoriet finansieres herefter via bloktilskuddet. Regionen havde i forvejen tilbud til gravide misbrugere, og familieambulatoriet er dermed en styrkelse af den regionale specialiserede forebyggelse og behandling af rusmiddelsrelaterede medfødte skader og sygdomme hos børn. Sundhedsstyrelsen varetager evaluering af de regionale familieambulatorier.

I familieambulatorierne skal hospitalerne i samarbejde med praksissektoren og kommunerne tilbyde gravide med rusmiddelproblemer og deres børn en særlig fokuseret indsats. Familieambulatoriet skal ud over at forebygge rusmiddelrelaterede skader hos børn, også bidrage til en koordineret indsats over for de børn, der har

været udsat for rusmidler i fostertilværelsen. Ud over at følge de børn, som er født af gravide med tilknytning til familieambulatoriet, modtager familieambulatoriet også børn i alderen 0-7 år, hvor der er mistanke om, at de i fostertilværelsen blev udsat for rusmidler.

Samarbejdet om gravide med rusmiddelproblemer er en specialopgave, som udover faglig specialviden kræver en ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats. En indsats overfor gravide/familier med rusmiddelproblemer er således ofte meget kompleks og inddrager mange parter. Den gravide/familien skal således sikres den støtte og hjælp, der er behov for. Og at støtten ydes i en sammenhængende og samlet indsats med særlig fokus på fostrets/barnets behov. Familieambulatoriet koordinerer indsatsen, og alle parter arbejder ud fra en fælles handleplan/behandlingsplan.

Der er etableret familieambulatorium ved AUH og ved Regionshospitalet Herning. I Vest varetages opgaverne i et formaliseret samarbejde med familieambulatoriet, AUH, og ambulatoriet er administrativt og ledelsesmæssigt placeret ved AUH. Efter en konkret vurdering af faglige behov og geografiske hensyn vil der i hvert enkelt tilfælde blive truffet afgørelse om, hvorvidt funktionen skal varetages fra AUH eller Herning. Familieambulatoriet har i visse tilfælde udgående funktion fra AUH og Herning til de øvrige fødesteder i regionen.

Ambulatoriet er bemandet med obstetrikere, pædiatere, jordemødre, psykolog, socialrådgiver og sekretær. Udover praktiserende læge og jordemoder kan alle aktører inden for det sundhedsfaglige felt henvise gravide til familieambulatoriet, og der er også åbent for selvhenvendelse.

Status i Region Midtjylland:

Der er indgået sundhedsaftale om familieambulatorierne, og disse er etablerede og i drift i regionen.

4.1.2.9 Tidlig opsporing af risikoforbrug af rusmidler

På baggrund af et projekt, der er gennemført ved AUH, må det formodes, at langt flere gravide i Region Midtjylland har et risikoforbrug af rusmidler end det antal, der er kendskab til i dag. En metode til at komme i kontakt med gravide, der har et risikoforbrug af rusmidler, er via et spørgeskema, der udsendes til alle nye gravide. Spørgeskemaet identificerer både kvindens forbrug inden og under graviditeten, ligesom der spørges til partners forbrug. I forbindelse med projektet ved AUH viste det sig, at spørgeskemaet er en effektiv screeningsmetode til at identificere de gravide, der har brug for hjælp, og som ikke ville komme i kontakt med familieambulatoriet via de vanlige indgange (Dürr 2010:26).

Ud over de ovennævnte opgaver i familieambulatoriet, forestås dermed endvidere en tidlig systematisk opsporing af samtlige gravide mhp. forebyggende behandling. På

baggrund af spørgeskemaet kan familieambulatoriet foretage en effektiv opsporing af gravide med et risikoforbrug af alkohol og/eller rusmidler. Familieambulatoriet vil herefter tage kontakt til den gravide mhp. at afdække omfanget af alkohol og/eller rusmidler, yde rådgivning samt fastlægge, hvorvidt der er brug for yderligere intervention.

Status i Region Midtjylland:

På baggrund af det dokumenterede generelle større forbrug hos gravide end hidtil antaget, er der iværksat et screeningsprogram for alle gravide i Region Midtjylland. Dermed omfatter den tidlige opsporing af risikoforbrug af rusmidler i regionen en mere systematisk screening end det, der lægges op til i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

4.1.2.10 Kejsersnit på moders ønske/Maternal request

Som nævnt i afsnit 3.3.3 forekommer der, at kvinder ønsker kejsersnit uden lægelig indikation/maternal request. Ifølge de faglige guidelines⁸ angives maternal request som indikation for kejsersnit i de situationer, hvor en gravid ønsker kejsersnit, men obstetrikeren ikke på baggrund af en samlet risikovurdering finder grund til at fraråde vaginal fødsel. På landsplan angives 14,6 % af alle kejsersnit i 2008 at være udført på mors ønske, svarende til 3,1 % af alle fødsler (SST 2009:158). I Region Midtjylland har de enkelte fødesteder ikke haft ens praksis for indberetning af kejsersnit på moders ønske, hvorfor der ikke kan opstilles sammenlignelige tabeller over forekomsten af kejsersnit på moders ønske på de enkelte fødesteder.

I 2005 udsendte Sundhedsstyrelsen rapporten "*Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk teknologivurdering*". Rapporten viste, at en af de væsentligste begrundelser for ønske om kejsersnit er en tidligere dårlig fødselsoplevelse eller en kompliceret fødsel. Hovedkonklusionen i Sundhedsstyrelsens rapport er, at der bør gøres en yderligere indsats for at sikre, at kvindens første fødselsoplevelse bliver god. Dette tilstræbes bl.a. ved kontinuerlig tilstedeværelse af en fagperson i fødselens aktive fase, og ved at jordmoderen er opmærksom på kvindens behov for hjælp til smertehåndtering og behov for smertelindring i løbet af fødslen (SST 2009: 159).

Derudover anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der tilbydes samtaler med kvinder, der ønsker kejsersnit uden lægelig indikation. Målet er ikke, at alle kvinder skal føde vaginalt, men derimod at hjælpe kvinden med at afdække årsagerne til ønsket og indgå i en dialog med kvinden om den forestående fødsel. Samtalen skal stimulere en fortløbende proces hos kvinden med den hensigt at afklare hende til den kommende fødsel. Det kan være nødvendigt at gennemføre flere samtaler med et tidsinterval.

⁸ Sandbjerg Guidelines: Faglige anbefalinger fra Dansk Selskab for Obstetrik & Gyækologi.

Samtalen ender ud med en aftale om, hvordan det kommende forløb bedst muligt imødekommer den gravides situation, og alle aftaler vedr. fødslen skrives ned (SST 2009:159).

Status i Region Midtjylland:

Alle fødesteder i regionen tilstræber bevidst at fremme kvindens/parrets gode fødselsoplevelse, bl.a. ved at prioritere bemandingen ved fødslerne. Dette er dog ikke tilstrækkeligt for at forhindre, at enkelte kvinder efterfølgende har traumatiske oplevelser med sig, der kan præge hendes ønsker til den kommende fødsel. Disse kvinder skal der også tages vare på. Ved alle regionens fødesteder (undtagen AUH) er der iværksat målrettet indsats til gruppen af gravide, der ønsker kejsersnit på maternal request. Ved Hospitalsenheden Vest vil der fra efteråret 2011 være kendt jordemoderordning til disse gravide.

Ved først og fremmest at prioritere første fødselsforløb samt have tilbud om samtale til de kvinder, der ønsker kejsersnit, er det en samlet målsætning i regionen at reducere andelen af kvinden, der ønsker kejsersnit på maternal request.

4.2 Fødsel

I dette afsnit beskrives de tilbud, der gives i forbindelse med fødslen. Desuden beskrives særlige udfordringer og målsætninger for fødselsbetjeningen.

Tilbuddene i fødselsforløbet i Region Midtjylland er generelt tilrettelagt efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen, hvorfor der henvises hertil for uddybning af den overordnede tilrettelæggelse af f.eks. udvidningsfasen, uddrivningsfasen, bristninger mm.

4.2.1 Tilbud i forbindelse med fødslen - sunde børn, den gode fødsel

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger er formålet med sundhedsvæsnets indsats under fødslen:

- At sikre trygge forløb, uanset hvor og hvordan kvinden vælger at føde
- At mor og barn kommer igennem fødslen med bedst mulig sundhedstilstand
- At minimere komplikationer under og efter fødslen
- At bidrage til en god fødselsoplevelse for kvinden og hendes partner

For at kunne efterleve disse formål kræver tilrettelæggelsen af fødselsbetjeningen i regionen, at der arbejdes på både at prioritere omsorgsaspektet i fødselsforløbene samt muligheder og kompetencer inden for fagspecifikke undersøgelses- og behandlingstiltag, der skal sikre høj faglig kvalitet i fødselsforløbene.

4.2.2 Tilstedeværelse under fødselsforløbet

I forhold til omsorgsaspektet er der flere parametre, der skal tages hensyn til. Ifølge den antropologiske undersøgelse "Den gode fødsel" er det afgørende for, om fødslen opleves meningsfuld, ikke nødvendigvis en indfrielse af forhåndsforventningerne. Det væsentlige er, at kvinden/parret føler sig velinformeret, og at de bliver involveret i de beslutninger, der tages under fødslen, såfremt de ønsker det. Personalets adfærd overfor den fødende, og deres evne til at informere og involvere den fødende/parret i evt. beslutninger undervejs i fødslen, har større betydning for forældrenes tilfredshed end smertelindring og indgreb under fødslen (Bertelsen & Gohr 2006:181). Sundhedspersonalet bør altså arbejde for både det gode udkomme og den gode fødselsoplevelse. Det har dermed samlet betydning for parret, at personalet er på fødestuen, og *hvordan* de er på stuen.

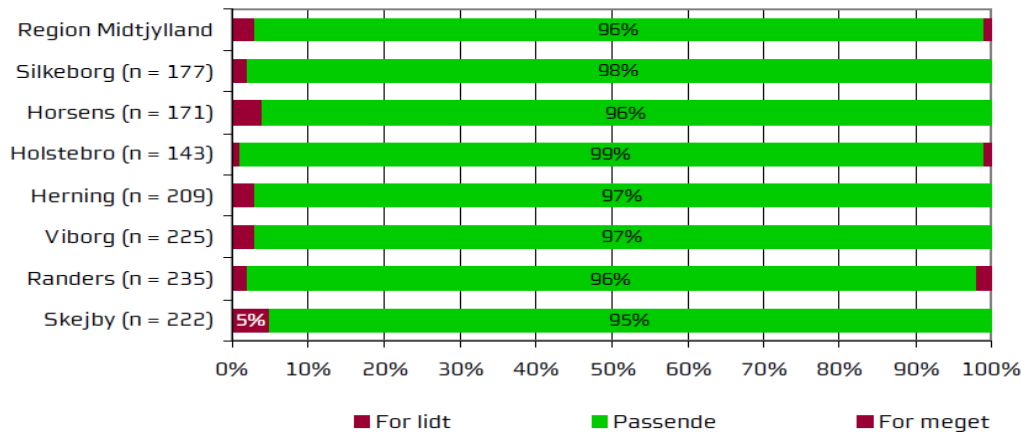
Det er yderligere veldokumenteret, at kontinuerlig tilstedeværelse af en fagperson i fødselens aktive fase⁹ har en række positive indvirkninger på selve fødselsforløbet. Det reducerer varigheden af fødslen, nedsætter antallet af indgreb under fødslen og øger dermed chancen for at fødslen forløber spontant, reducerer kvindens behov for smertelindring, øger kvindens tilfredshed med fødselsforløbet (Det nationale Indikator Projekt 2010: 10). Udover de obstetriske årsager, der er medvirkende til, at en stor del af fødende kræver tæt faglig observation og tilstedeværelse (f.eks. tidligere kejsersnit), er der altså veldokumenterede gevinster ved at prioritere tilstedeværelsen hos alle fødende i regionen.

Kontinuerlig tilstedeværelse er udvalgt som kvalitetsindikator på fødselsområdet i Det Nationale Indikator Projekt (NIP). Det betyder, at alle fødesteder i regionen siden september 2010 har monitoreret tilstedeværelse af fagpersonale på fødestuen.

Brugertilfredshedsundersøgelsen "*Hvad siger de fødende kvinder? – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel?*" viser, at der for temaet *Fødslen* især er en høj andel af positive svar knyttet til omfanget af tilstedeværelsen af jordemoderen, hvor 97 % angiver, at de er uforbeholdent tilfredse. Den prioriterede indsats om tilstedeværelse på fødestuen ser dermed ud til at skabe tilfredshed hos brugerne.

⁹ Kontinuerlig tilstedeværelse er defineret som kontinuerlig tilstedeværelse af fagperson i fødselens aktive fase, fra set korte pauser (ca. 10 min.) aftalt med den fødende.

Spørgsmål 13 I hvilket omfang var der en jordemoder til stede hos dig, mens du var på fødestuen?



(Kilde: Region Midtjylland 2010: "Hvad siger de fødende kvinder – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel", s.18)

Status i Region Midtjylland:

Alle fødesteder i regionen tilstræber og prioriterer kontinuerlig tilstedeværelse på fødestuen i fødselens aktive fase. Som tidligere nævnt har de enkelte fødesteder i forbindelse med de gennemførte effektiviseringer netop i høj grad prioriteret en fødselsbetjening, der efterlever behovet for én jordemoder pr. fødende. I november 2011 foreligger de første NIP-resultater, hvorefter de enkelte fødesteder ved behov vil målrette indsatsen.

4.2.3 Kontinuerlig optimering af kliniske undersøgelser – og behandlingstiltag

Ud over de mere bløde parametre, som har væsentlig betydning for fødselsforløbet, er det essentielt, at fødestederne leverer en høj faglig kvalitet i forhold til fødselens undersøgelser- og behandlingstiltag. De faglige standarder skal være baseret på den nyeste tilgængelige viden inden for området eller på den kliniske bedste praksis.

Der er flere tiltag i regionen, der skal være med til at levere en høj faglig kvalitet i undersøgelser- og behandlingstiltagene under fødslen. Fødestederne i regionen har en målsætning om, at alle retningslinjer og faglige instrukser på fødselsområdet er enslydende i hele regionen, hvilket også er beskrevet i afsnit 2.4.2. Derudover er der indledt et regionalt samarbejde om obstetrisk teamtræning, som skal være med til sikre, at personalet har de fornødne handlekompetencer og kan samarbejde i akutte situationer (se afsnit 6.1). Der er ligeledes iværksat tiltag, der målrettet optimerer personalets kompetencer i tolkning af CTG¹⁰ (se afsnit 6.1). Disse faglige tiltag kræver

¹⁰ CTG (Cardiotocografi) er en elektronisk overvågning af fostrets hjertefrekvens og den fødendes ve-aktivitet

fortløbende indsatser og vedligehold, hvilket også fremgår af listen over prioriterede indsatsområder under strategisporet 'kvalitet' i afsnit 7.0.

NIP vedrører flere kvalitetsindikatorer specifikke behandlingstiltag under fødselsforløb, f.eks. forekomsten af store bristninger, tidsperspektivet fra der bestilles en rygmarvsbedøvelse til narkosen opstarter anlæggelsen, andelen af kvinder, der bløder mere end 1000 ml i forbindelse med fødslen samt tidsforbruget på udførelsen af akutte kejsersnit.

For kvaliteten af undersøgelses- og behandlingsmuligheder under fødselsforløbet er det desuden afgørende, at der sker en kontinuerlig opdatering af det tekniske udstyr på fødestederne, så der er optimal fosterovervågning, genoplivningsudstyr mv. Den moderne fødselshjælp fordrer nødvendigt teknisk udstyr. Der arbejdes løbende på fødestederne på opdatering og udskiftning af udstyr.

Status i Region Midtjylland:

I forhold til fødselsbetjeningen er der veletablerede tiltag, der skal bidrage til høj faglig kvalitet i fødselsbetjeningen ved hvert af regionens fødesteder. Det er imidlertid nødvendigt, at personalets kompetencer til stadighed vedligeholdes og optimeres, og at dette, sammen med løbende opdatering af teknisk udstyr, prioriteres i de økonomiske rammer.

De enkelte fødesteder har siden september 2010 leveret NIP-data, og de første resultater forventes at blive præsenterede i november 2011. Disse bliver auditerede lokalt på de enkelte hospitaler og i regionalt regi. Ved behov vil der blive iværksat konkrete handleplaner på udvalgte NIP-indikatorer (for uddybning se afsnit 6.1).

4.2.4 Kendt jordemoderordning

Sundhedsvæsnets forsøger generelt at arbejde med 'kendthed' i forhold til fagpersoner som en kvalitetsparameter, f.eks. alment praktiserende læge og via kontaktpersoner på hospitaler. Gennem de seneste år har det vist sig, bl.a. ved Regionshospitalet Silkeborg, at det også er muligt at gennemføre kendthed i forhold til jordemoderen, der skal støtte kvinden/parret gennem graviditet, fødsel og barsel. Kendt jordemoderordning betyder, at den gravide/parret lærer et team af 2-3 jordemødre at kende i løbet af graviditeten. I kraft af en særlig vagtform varetages alle jordemoderkonsultationer, henvendelser, fødsels- og forældreforberedelse, undersøgelser på fødegangen, fødselsbetjeningen og barselsbesøg af en af de kendte jordemødre.

I forhold til forekomsten af ønske om kejsersnit og et større fokus på kvinder med fødselsangst, har kendt jordemoderordninger netop kendtheden og en følelse af særlig tryghed at byde ind med. Jordemoderen kender den gravide/parret og deres situation, og hun har været en del af den snak og de aftaler, der er lavet om fødslen. Ifølge Sundhedsstyrelsen er der erfaring for, at brugertilfredsheden stiger betragteligt, når

jordemoderindsatsen organiseres i mindre teams (SST 2009:17). Erfaringerne fra regionen er da også, at kendt jordemoder efterspørges i stigende grad af de gravide. Samtidigt giver det et forbedret arbejdsmiljø og øget arbejdsglæde for jordemødrene (Jordemoderforeningen 2006:2).

Status i Region Midtjylland:

Regionshospitalet Silkeborg har haft kendt jordemoderordning, som nu er nedlagt i forbindelse med planen for Omstilling til fremtidens Sundhedsvæsen i Region Midtjylland. Hospitalsenheden Vest opstarter kendt jordemoderordning i efteråret 2011 med 2 ordninger i Herning for tvillingegravide og for gravide med fødselsangst. Fra efteråret 2011 betjenes Holstebro udelukkende af kendt jordemoderordninger. Særligt for kvinder med meget langt til fødestedet forventes det, at ordningen vil give høj grad af trykthed. Den jordemoder, der ringes til ved begyndende fødsel, kender den gravide og hendes forløb fra graviditeten, og er dermed optimalt rustet til at vejlede omkring tidspunktet for afgang til fødestedet. Kendt jordemoderteamet i Holstebro vil varetage alle graviditets- og fødselsopgaver for både gravide, der føder i Holstebro og for gravide, som føder på specialafdeling i Herning. Jordemoderen følger netop med til Herning, hvis den gravide efter faglig visitation eller eget ønske skal føde der.

I Holstebro vil teamet af kendte jordemødre desuden varetage barselsplejen for indlagte barselskvinder, ligesom de vil varetage barselsbesøg i hjemmet hos ambulante fødende. Ordningen vil dermed understøtte det sammenhængende forløb.

Det er væsentligt, at erfaringerne fra Holstebro løbende evalueres i forhold til brugertilfredshed, faglig kvalitet og økonomi, og at resultater herfra indgår i overvejelserne om oprettelse af kendt jordemoderordninger ved de øvrige af regionens fødesteder.

4.2.5 Oprettelse af akutte obstetriske modtageafsnit

En del gravide henvender sig på fødestederne i regionen, før de er aktivt i fødsel. Der kan være flere forhold, der har betydning for dette. Dels er der ofte lange geografiske afstande til fødestedet, som kan gøre, at den gravide/parret kan være nervøse for ikke at nå frem og som derfor kører tidligt hjemmefra. Derudover er det dokumenteret, at kvinder, der har deltaget i fødsels- og forældreforberedelse generelt henvender sig til fødestedet, når fødslen er mere fremskreden (Maimburg 2010:31). I kraft af det manglede eller reducerede tilbud om fødsels- og forældreforberedelse i regionen, kan dette derfor have betydning for, hvornår kvinden ankommer til fødestedet.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der eksisterer tilbud til kvinder, der endnu ikke er i aktiv fødsel. Der bør være mulighed for at visitere kvinder, der henvender sig på fødegangen tidligt i fødselsforløbets opstartsfasen (latensfasen) mhp. håndtering af deres behov. Det er veldokumenteret, at der er sammenhæng mellem tidlig henvendelse på fødegangen og længere fødsel, flere indgreb samt dårligere fødselsoplevelse. Chancen

for at fødslen forløber spontant øges, og behovet for indgreb nedsættes, hvis kvinder er i aktiv fødsel, når hun indlægges på fødegangen (SST 2009:153).

Ud over kvinder i tidlig fødsel er der stor aktivitet på fødegangen med kvinder, der har behov for ambulante tilsyn. Det kan f.eks. dreje sig om kvinder, der har mærket mindre liv. Disse undersøgelser må tilrettelægges, så de ikke forstyrrer fødselsbetjeningen for de igangværende fødsler. Netop roen omkring de igangværende fødsler er en faktor, der nødvendigvis skal tages højde for i den organisatoriske tilrettelæggelse.

Status i Region Midtjylland:

På fire af regionens fødesteder (AUH, Viborg, Horsens og Herning) er der etableret obstetrisk modtageafsnit, hvor gravide og fødende vurderes og evt. visiteres videre til fødegangen. Ved AUH og i Viborg er der døgn-dækket modtageafsnit, mens Horsens og Herning har fungerende modtageafsnit i dagtid. Det betyder, at kun relevante gravide og fødende sendes videre til fødegangen, og samtidigt kan kvinder, der endnu ikke har behov for at være på fødegangen få den fornødne ro og omsorg, således at udgangspunktet for en spontan fødsel gives de bedste betingelser.

Det tilstræbes, at der sikres tilbud til kvinder med behov for ambulante tilsyn samt kvinder i tidlig fødsel på alle regionens fødesteder samtidigt med, at der tages nødvendige og vigtige hensyn om ro til kvinder i fødsel. F.eks. ved at der oprettes obstetrisk modtageafsnit på alle regionens fødesteder.

4.2.6 Hjemmefødselsordning

Kvinder har ifølge loven ret til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Gravide med forventet normal fødsel, der har ønske om hjemmefødsel kan visiteres til dette. Region Midtjylland yder assistance til hjemmefødsel med jordemoder fra det fødested, hvor undersøgelserne i graviditeten har fundet sted. Hertil visiteres ligeledes ved komplikationer under fødsel i hjemmet. Varetagelsen af hjemmefødsler foregår således inden for den eksisterende økonomi på regionens fødesteder.

Det samlede antal hjemmefødsler i Region Midtjylland er ca. 120 årligt, svarende til ca. 0,8 % af det samlede fødselstal. Heraf er ca. 30 % uplanlagte og foregår typisk uden jordemoderassistance. Det drejer sig oftest om situationer, hvor kvinden ikke når at komme af sted fra hjemmet, evt. overraskes af kraftige veer, eller fødsel under transporten på vej til fødestedet. Antallet af hjemmefødsler i regionen har været konstant gennem de sidste år, mens der på landsplan er sket en stigning i antallet af hjemmefødsler. I flere år har antallet af hjemmefødsler i Danmark ligget på ca. 600, mens der var 730 hjemmefødsler i 2010.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle regioner tilrettelægger et tilbud til de gravide, der vælger at føde hjemme (SST 2009:34). Dette kan bl.a. give den fordel, at hjemmefødslerne samles på få jordemødre, der kan opnå ekspertise sammenlignet

med den nuværende situation, hvor der kan gå lang tid imellem, at den enkelte jordemoder varetager en hjemmefødsel. I Region Midtjylland har der været drøftet forskellige hjemmefødselsordninger dels i privat og i offentlig regi, bl.a. på et forretningsudvalgsmøde i januar 2009. På den baggrund udarbejdede fødeplanudvalget en kortlægning af de faglige og økonomiske aspekter ved en ændring af det eksisterende tilbud om hjemmefødsler. På grund af regionens vidtstrakte geografi vurderes det at være uhensigtsmæssigt at etablere én tværgående hjemmefødselsordning.

Der har desuden været drøftet mulighederne for at etablere en offentlig finansieret privat hjemmefødselsordning, som der eksisterer i Region Sjælland, hvor regionen honorerer privatpraktiserende jordemødre for at varetage hjemmefødselsordningen. Da der for nuværende ikke er DRG-taksering af hjemmefødsler, vil en privat hjemmefødselsordning medføre øgede udgifter for regionen. I Region Midtjylland anslås det, at en privat hjemmefødselsordning til det nuværende antal hjemmefødsler vil beløbe sig til ca. 2 mio. kr. årligt. Desuden kan det forventes, at en sådan ordning vil skabe større efterspørgsel på hjemmefødsler. I lyset af den aktuelle økonomiske situation i regionen er der derfor ikke oprettet en privat hjemmefødselsordning. Der pågår imidlertid et arbejde mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og de faglige organisationer om oprettelse af DRG-gruppe for hjemmefødsler. Det forventes, at en taksering vil kunne ske fra 2013.

I 2010 er der opstartet et nordisk forskningsprojekt "Nordic homebirth", der indsamler og analyserer data fra alle hjemmefødsler i Island, Norge, Sverige og Danmark i perioden 2010-2014. Formålet med projektet er at skaffe mere viden om planlagte hjemmefødsler i de nordiske lande (www.nordichomebirth.com)

Status i Region Midtjylland:

Alle regionens fødesteder har tilbud til gravide, der ønsker at føde hjemme, men der er ikke etableret en egentlig hjemmefødselsordning. Efterhånden som der evt. oprettes flere kendt jordemoderordninger på regionens fødesteder, kan tilbuddet om hjemmefødsler evt. tilknyttes sådanne ordninger på andre fødesteder i regionen.

De uplanlagte hjemmefødsler i regionen skal forebygges via fødsels- og forældreforbereelse. Det skal ligeledes sikres, at der er en grundlæggende viden om fødselshjælp i den præhospitale indsats i regionen. Dette kræver, at der løbende iværksættes undervisning i fødselshjælp af disse samarbejdsparter. Ligeledes indebærer dette, at Præhospitalet medbringer relevant medicin til behandling af både den fødende og det nyfødte barn.

4.3 Barselsperioden

I dette afsnit beskrives de tilbud, der gives i forbindelse med den tidlige barselsperiode. Perioden omhandler den tid, der ligger i forlængelse af overstået

fødsel, og indtil den første uge efter fødslen, hvor den kommunale sundhedspleje har etableret kontakt og besøgt familien. Barselsperioden er den del af svangreomsorgen, der har undergået de største forandringer gennem de seneste år, dels pga. regionens ændrede tilbud om barselsophold og dels pga. ændrede tidspunkter for de obligatoriske screeningstilbud i barselsperioden.

Dette kapitel indledes modsat de forudgående kapitler med at nævne den særlige tilrettelæggelse af barselstilbud i Region Midtjylland, hvorefter Sundhedsstyrelsens anbefalinger præsenteres for de enkelte tilbud i barselsomsorgen og sammenholdes med status i Region Midtjylland.

Tilbuddene i barselsperioden tager afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen. For ukomplicerede fødende tages desuden afsæt i sundhedsaftalen "Aftale for sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med normal fødsel".

4.3.1 Den første tid efter fødslen, barsel i Region Midtjylland

Region Midtjylland har pr. 1. januar 2009 harmoniseret tilbuddet om barselsophold i forhold til udskrivningstidspunkt efter fødslen:

- **Barselsophold i hjemmet**

Barselsophold i hjemmet forudsætter rask nyfødt og forventet ukompliceret barselsperiode. Kvinder, der har født hjemme, forbliver efterfølgende under barselsopholdet i hjemmet. Førstegangsfødende udskrives ved ukompliceret fødsel til hjemmet 48 timer efter fødslen (tvungen udskrivelse kan dog ikke ske mellem kl. 21.00-07.00). Flergangsfødende, der har haft en ukompliceret fødsel, udskrives til hjemmet 2-6 timer efter fødslen.

- **Barselsophold på patienthotel/familieafsnit**

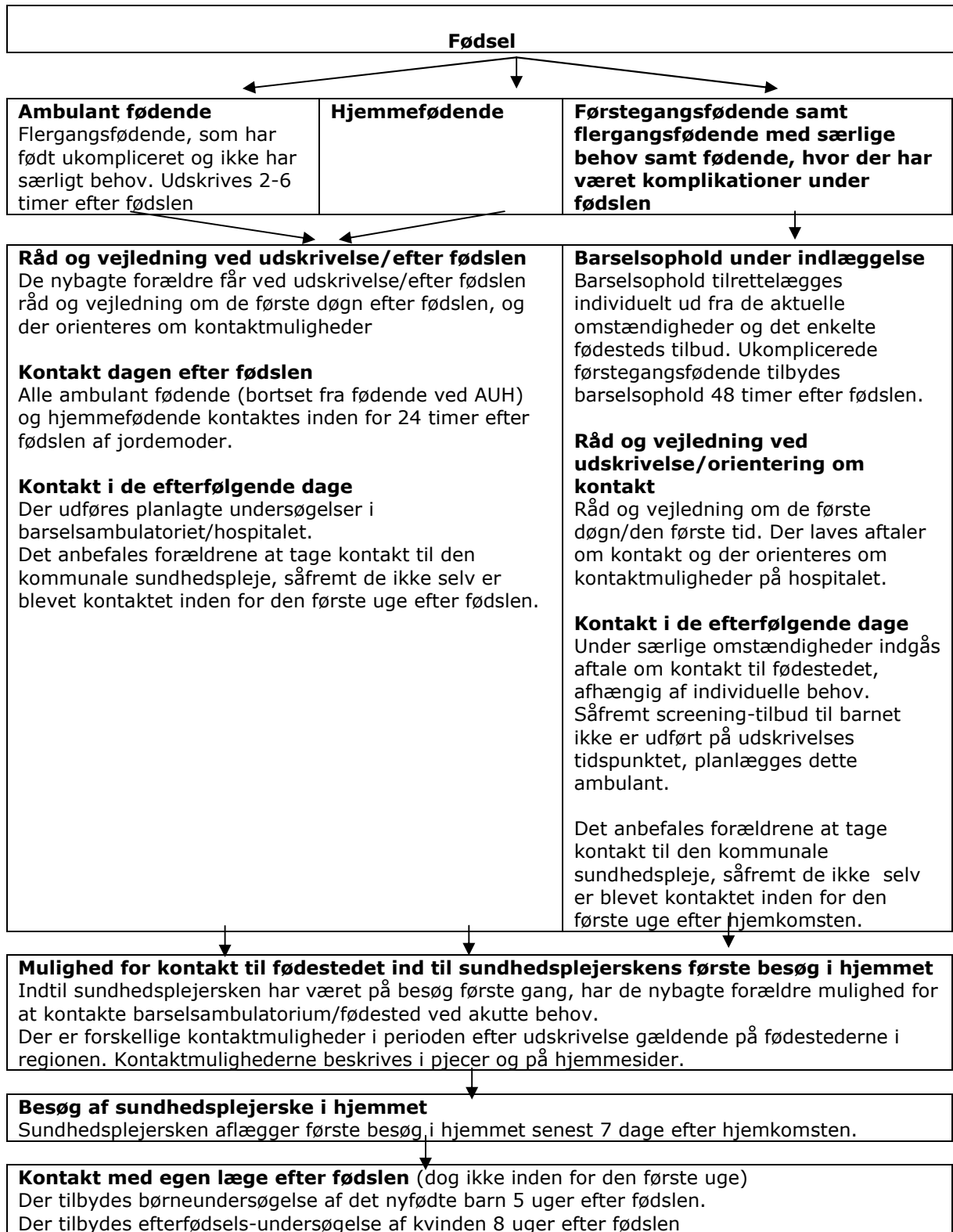
Barselsophold på patienthotel/familieafsnit forudsætter rask nyfødt og forventet ukompliceret barsel. Førstegangsfødende tilbydes ophold i 48 timer efter fødslen. Tilbuddet gives endvidere til flergangsfødende med tidligere ammeproblemer i etableringsfasen og til barslende fra barselsafsnit, når indikationen for døgndækkende observation/behandling ikke længere er til stede. De lokale tilbud kan læses på hospitalernes hjemmesider.

- **Barselsophold på barselsafsnit eller neonatalt afsnit**

Mødre og børn med behov for døgndækkende observation og/eller behandling visiteres til barselshvile på barselsafsnit eller på neonatalt afsnit.

Afhængig af tidspunktet for udskrivelsen er der tilrettelagt forskellige tilbud til barselskvinder, nyfødte og familier i regionen:

Skematisk oversigt over det samlede barselstilbud i Region Midtjylland:



4.3.2 Visitation til barselsophold

Alle fødesteder i Region Midtjylland tilbyder barselsophold enten i hjemmet, på patienthotel/familieafsnit eller på barselsafsnit/neonatalt afsnit. Der foretages primær visitation til barselsophold løbende i graviditeten af involverede fagpersoner, og den endelige visitation til ambulant fødsel eller indlæggelse i barselsperioden foretages på fødestuen efter fødslen.

Som udgangspunkt foregår barselsopholdet på det sted, hvor fødslen har fundet sted. Der kan dog være behov for overflytning af nyfødte og mødre efter fødslen, hvis der er behov for undersøgelse og behandling på et andet niveau, end det kan iværksættes på det sted, hvor fødslen har fundet sted. Det kan f.eks. dreje sig om overflytning til barselsophold efter hjemmefødsel eller overflytning fra hospital uden neonatal funktion til hospital med neonatalafdeling.

Barselsophold på barselsafsnit

Der vil være kvinder og/eller nyfødte som på grund af fysiske, psykiske eller sociale omstændigheder har behov for en særlig sundhedsfaglig indsats i barselsperioden. Det kan f.eks. dreje sig om kvinder/nyfødte med medicinske undersøgelser og/eller behandlingsbehov efter et kompliceret graviditets- eller fødselsforløb, observation i forhold til udvikling af symptomer hos mor eller barn (f.eks. ved infektioner, psykiske reaktioner eller symptomer/bivirkninger efter moderens medicin indtag i graviditeten), behov for særlig understøttelse af amning eller anden ernæring eller behov for særlig understøttelse og observation af forældre-evne og mestring forud for udskrivelse. Ved behov for omsorg, pleje, behandling og observation tilbydes familien derfor indlæggelse på barselsafsnit. Barselsafsnit tilbyder døgndækkende observation/behandling, og det tjener dermed særlige formål og tilbydes udelukkende efter visitation hertil.

Indlæggelsestiden i barselsafsnittet for mor og barn med kompliceret forløb er individuel og relateret til sygdomsbehandlingen samt moderens mestringsevne i forhold til egen og barnets medicinske og plejemæssige problemstillinger. Tilrettelæggelse af barselsforløb tager afsæt i principperne i det optimerede (accelererede) patientforløb og at udskrivelse planlægges i graviditeten eller senest ved indlæggelsen. Forudsætningen for kort indlæggelsestid er, at kvinden/parret er velforberejede og velinformerede om forløbet, kender forholdsregler og er vidende om, hvordan forløbet forventes at udvikle sig efter udskrivelsen.

Som det fremgår af afsnit 3.3.4 er indlæggelsestiden generelt reduceret væsentligt i forhold til perioden før 1. januar 2009. Dette gælder også indlæggelsestiden på barselsafsnit. For barselsafsnittet er det f.eks. en væsentlig opgave at forberede kvinden/parret til planlagt kejsersnit og det efterfølgende forløb, hvor indlæggelsestiden er afkortet til ca. 2 dage. Dette betyder, at også en stor del af disse familier vil have behov for opfølgning efter udskrivelsen, både i form af opfølgende

telefonopkald fra barselsafsnittet samt udførelse af screeningstilbud, der anbefales gennemført senere end udskrivningstidspunktet.

Barselsophold på neonatalt afsnit

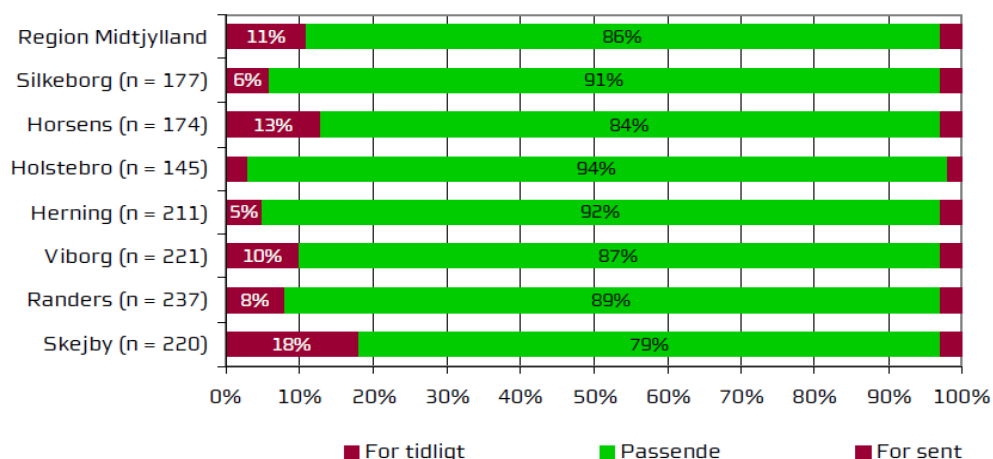
Ved særlige behov hos barnet, indlægges eller overflyttes det til observation, undersøgelse og behandling på neonatalt afsnit. Særligt for familier med barn på neonatalt afsnit er der udfordringer i, at moderen ofte udskrives fra barselsafsnittet, før barnet er færdigbehandlet og udskrevet fra neonatalt afsnit.

Barselsophold i hjemmet eller på patienthotel/ familieafsnit

Når graviditet og fødsel er forløbet ukompliceret, og når mor og barn er sunde og raske, kan hjemmet eller patienthotel/familieafsnit danne ramme om barselsperioden. Når den første barselstid foregår i hjemmet, er der en række forudsætninger, der bør sikres. Dels nødvendiggør tidlig hjemsendelse fra fødestedet en god forberedelse i graviditeten, ligesom det er essentielt, at familierne har tilgængelighed til faglig hjælp, råd og vejledning ved behov. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der tilrettelægges mulighed for, at forældrene kan henvende sig til en jordemoder eller barselsafdeling uden henvisning alle dage og hele døgnet, indtil den kommunale sundhedstjeneste har haft kontakt med familien (SST 2009:37).

Særligt i lyset af omlægning til ambulant fødsel for flergangsfødende og tidlig udskrivelse for ukomplicerede førstegangsfødende og for komplicerede barselskvinder, er der relevant at undersøge brugernes oplevelser af tidspunktet for udskrivelsen. I brugertilfredshedsundersøgelsen "Hvad siger de fødende kvinder? – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel" fremgår det, at 86 % af de adspurgte kvinder i regionen tilkendegav, at tidspunktet for udskrivelse var passende.

Spørgsmål 35 Hvordan oplevede du, at tidspunktet for din udskrivelse var?



(Kilde: Region Midtjylland 2010: "Hvad siger de fødende kvinder – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel", s.29)

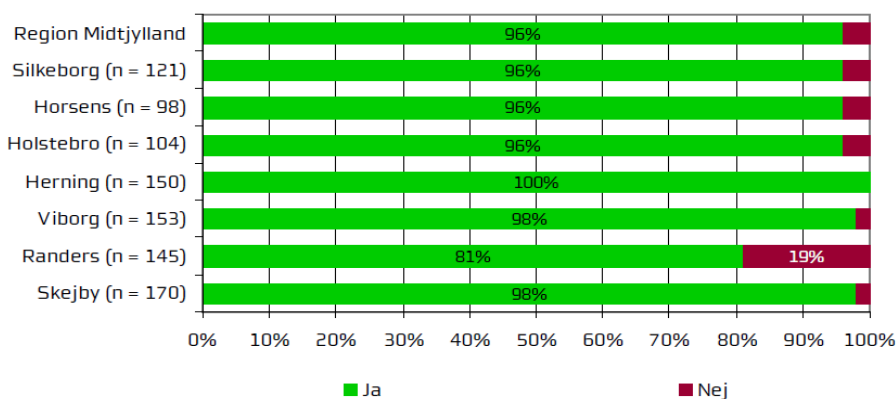
Kvindernes oplevelser af tidspunktet for udskrivelsen afhænger evt. af, hvordan de bliver klædt på til tidlig udskrivelse i graviditeten. Forberedelse i graviditeten kan være en væsentlig faktor. Ved AUH angiver 18 %, at udskrivelsen var for tidlig. I de øvrige fødesteders fødsels- og forældreforberedelsestilbud er der med barselstemaet bl.a. vægtet, at det fungerer som en forberedelse på tidlig hjemsendelse i form af oplysninger om relevante praktiske forhold ved dét at komme hjem med et nyfødt barn hurtigt efter fødslen. Det er ligeledes væsentligt, at de kvinder, der forventer et kompliceret barselsforløb f.eks. efter planlagt kejsersnit er forberedte på forhold i den tidlige barselsperiode.

Inddragelse og tilstedeværelse af partner

Uanset hvor barselsopholdet foregår, tilstræbes det, at mor og barn kan være sammen i hele indlæggelsesperioden. Mor og barn bør så vidt muligt ikke adskilles, med mindre, der er medicinsk indikation herfor. Også ved syge børn tilstræbes det, at mor og barn forbliver sammen. Desuden tilstræbes det, at der er mulighed for, at partneren kan være med under hele forløbet.

I brugertilfredshedsundersøgelsen "Hvad siger de fødende kvinder? – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel" angiver 96 % af alle kvinder i regionen, at de fik tilbudt at være sammen med partneren under indlæggelsen, og 9 ud af 10 tilkendegav, at det i høj grad har betydning for deres oplevelse af fødslen, hvorvidt partneren må blive der. Der er naturligvis forskelle i resultaterne på de enkelte fødesteder. Særligt for Randers angiver 19 %, at partneren ikke fik tilbud om at være sammen med mor og barn efter fødslen. Undersøgelsen viser dermed, at det fortsat skal prioriteres, at forældrene har mulighed for at være sammen.

Spørgsmål 33 Fik din partner tilbud om at være sammen med dig under din indlæggelse?



(Kilde: Region Midtjylland 2010: "Hvad siger de fødende kvinder – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel", s.28)

4.3.3 Opgaver i den tidlige barselsperiode ved ambulant fødsel eller tidlig udskrivelse

Ved ambulant fødsel¹¹ eller tidlig udskrivelse varetager fødestedets personale det sundhedsfaglige tilbud til familien mhp. at understøtte det nyfødte barns trivsel i de første dage efter fødslen. Jf. sundhedsaftalen mellem regionen og kommunerne betyder det i praksis, at fødestedet har ansvaret for den nyfødte og moderen efter udskrivelse, indtil familien har haft personlig kontakt/besøg af sundhedsplejersken. Dette sker senest 5-7 dage efter udskrivelsen fra fødestedet.

Opgaverne består dels i at varetage lovpligtige undersøgelser som hælblodprøve (PKU) og hørescreening samt at observere og understøtte sundhedstilstanden hos mor og barn og dermed identificere tilstande, som kan påvirke eller true sundhedstilstanden. Det betyder, at også kontakter i form af screeningstilbud omfatter en samlet kvalificeret sundhedsfaglig vurdering med mulighed for videre visitation ved behov.

Sundhedsstyrelsen angiver, at de væsentligste elementer i barselsperioden omhandler familiedannelse, moderens fysiske og psykiske restitution, amning og spædbarnspleje (SST 2009:171-174). Ud over fagligt veltilrettelagte tilbud og undersøgelser af det nyfødte barn med fokus på barnets ernæring og trivsel samt eventuelle udvikling af gulsot, fordrer den tidlige udskrivelse, at der iværksættes tiltag, som understøtter moderens fysiske og psykiske restitution efter fødslen og familiedannelsen. En del af disse opgaver fordrer objektiv vurdering f.eks. af sårheling af bristning samt personlig kontakt med kvinden og familien.

Faglige opgaver i det ambulante barselstilbud

Barnet

- Vurdering af barnets sundhedstilstand, herunder hudfarve samt vurdering af barnets tilstand, vågent, roligt/uroligt, tilpas barn
- Observation og vurdering af barnets ernæringstilstand, vandladning og afføring svarende til barnets alder
- Eventuel vejning på 3.-5.-dagen. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den kliniske vurdering af dehydrering ikke kan stå alene, hvorfor vejning på 3.-5.-dagen anbefales (Sundhedsstyrelsen 2009:148)
- Hælblodprøve/PKU (48-72 timer efter fødslen)
- Hørescreening (tidligst 48 timer og senest 1 måned efter fødslen)

Kvinden/parret:

- Kvindens/parrets fysiske og psykiske tilstand. Afklaring af evt. spørgsmål i relation til selve fødslen, herunder afklaring af kvindens/parrets eventuelle bekymringer, som graviditets – eller fødselsforløbet har affødt. Screening for akut behov for efterfødselssamtale.
- Vurdering af kvindens fysiske restitution, herunder smerter, efterveer, blødningsmængde eller evt. gener fra bristninger/suturer, bækkenbund, inkontinens. Ved behov inspektion og palpation af uterus.

¹¹ Ambulant fødsel = udskrivelse 2-6 timer efter fødslen, tidlig udskrivelse = udskrivelse op til 48 timer efter udskrivelse

- Rådgivning og informering af forældre, så de er i stand til at identificere tilstande hos barn og/eller mor, som kræver kontakt med professionelle for udredning, rådgivning og vejledning i barselsperioden.
- Vurdering af den nuværende status for ammeforløbet, er amning eller anden ernæring etableret? Gener og bekymringer.
- Observation af tilknytning til barnet, evt. efterfødselsreaktion

For uddybning af det faglige indhold henvises til Sundhedsstyrelsens "Amning – håndbog for sundhedspersonale" (2009), Sundhedsstyrelsen "Anbefalinger for svangreomsorgen" (2009) og sundhedsaftalen vedr. udskrivelse ved normal fødsel.

4.3.4 Opgaveløsninger i den tidlige barselsperiode efter ambulante fødsel eller tidlig udskrivelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at ovenstående opgaver varetages inden for følgende kontakter med den nybagte familie efter ambulante fødsel eller tidlig udskrivelse, hvilket er i overensstemmelse med den indgåede sundhedsaftale:

- *Hjemmefødsel/ambulant fødsel:* 2 besøg af jordemoderen, hvoraf det første besøg bør finde sted i hjemmet 1-2 dage efter fødslen, dog inden for 24 timer efter hjemmefødsel. Tidspunkt for det andet besøg aftales med familien og koordineres med sundhedsplejersken.
- *Ved indlæggelse 1-2 døgn efter fødslen:* Ved behov og efter aftale med familien kontakter jordemoderen eller barselssygeplejersken familien inden for 1-2 døgn efter udskrivningen mhp. at tilbyde råd og vejledning efter behov og vurdere barnets og moderens tilstand. Ved problemer vurderer personalet, hvorvidt mor og barn skal tilbydes genindlæggelse, konsultation i ambulatorium eller hjemmebesøg af jordemoder.
- *Ved indlæggelse længere end 2 døgn efter fødslen:* Hvis der er problemer med etablering af amningen, kontakter fødestedets personale familien senest 2 dage efter udskrivelsen. Efter aftale med familien kontakter fødestedets personale samtidig den kommunale sundhedstjeneste for tidligt besøg.
- Hvis familien udskrives uden problemer tilbyder den kommunale sundhedstjeneste besøg senest 7 dage efter hjemkomsten

(Kilde: Sundhedsstyrelsen 2009:176)

Som det fremgår af afsnit 3.3.4 er indlæggelsestiden efter fødslen reduceret i Region Midtjylland. Antallet af ambulante fødsler og familier, der udskrives inden for to døgn efter fødslen, er steget betydeligt. Den observation og understøttelse af mor og barn, der tidligere overvejende fandt sted under indlæggelse, skal nu sikres efter ambulante fødsel eller tidlig udskrivelse. Der er ingen garanti for, at de mest trængende selv kan henvende sig, og det er derfor nødvendigt, at det faglige tilbud opsøger og opfanger behovene i de nybagte familier.

Det er derfor nødvendigt, at der sikres et fornødent sikkerhedsnet spændt ud under familien i den første sårbare periode i form af kontakt med sundhedsprofessionelle, som kan vurdere sundhedstilstanden hos den nyfødte, moderen og den samlede familie.

I Region Midtjylland er der varierende tilbud om barsel til familierne. Ingen af fødestederne efterlever anbefalingerne om barselsbesøg af jordemoder i hjemmet 1-2

dage efter fødslen. Ved alle fødesteder, undtagen AUH, er barselsbesøg i hjemmet erstattet af en telefonopringning fra fødestedet dagen efter ambulante udskrivelse eller efter hjemmefødsel. Ved AUH er der ingen opfølgende kontakt i form af en opringning til familierne. I sjældne situationer tilbyder fødestedet hjemmebesøg ved jordemoder, typisk i situationer hvor moderens sundhedstilstand påkræver det, og hvor familien ikke kan transporteres fra hjemmet, eller efter en traumatisk fødsel. Derudover foregår alle kontakter med familierne ved, at familierne transporterer sig fra hjemmet til fødestedet til ovennævnte observationer og undersøgelser.

De forskellige undersøgelser og observationer skal gennemføres på forskellige tidspunkter i barselsperioden, og dette påkræver, at der er flere kontakter til den nybagte familie i dagene efter fødslen. Sundhedsstyrelsen argumenterer for, at familien skal have ro i den første tid (SST 2009:173).

Status i Region Midtjylland:

I øjeblikket efterlever Region Midtjylland ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til hjemmebesøg efter ambulante fødsel i fuldt omfang. På 5 af regionens 6 fødesteder foretages en telefonisk kontakt til familien dagen efter udskrivelse fra ambulante fødsel. På disse fødesteder er der udarbejdet standarder for indholdet i barselsopkaldet. I Region Midtjylland er den sundhedsprofessionelle vurdering af barnets og moderens sundhedstilstand efter fødslen dermed i første omgang primært baseret på en telefonkontakt. Ved visitation på baggrund af telefonkontakten, eller ved forældrenes egen henvendelse, tilbyder alle fødesteder undersøgelser af barnet/familien. Disse foregår på fødestederne og efterkommer således ikke behovet for ro og hvile i den nybagte familie.

Der er særlige udfordringer i at finde en balance i barselstilbuddets længde, således det er muligt at fastholde en individualiseret indsats og omsorg for de nybagte familier med udgangspunkt i den enkelte families behov og ressourcer, og samtidig leve op til de faglige anbefalinger.

I regionens indgåede budgetforlig for 2012 er der afsat 3 mio. kr. til opkvalificering af svangreomsorgen, og heraf er en del øremærket den faglige opfølgning i den tidlige barselsperiode.

4.3.5 Genindlæggelser

Ifølge landspatientregisteret er der de seneste år på landsplan sket en stigning i antallet af genindlæggelser og ambulante kontakter inden for de første 28 dage efter udskrivelse. Det drejer sig primært om nyfødte med ernæringsproblemer, dehydrering og gulsot. En del af stigningen skyldes muligvis en mere systematisk registrering af henvendelser, men omlægninger af svangreomsorgen med f.eks. tidligere hjemsendelse fra fødestedet og reduceret fødsels- og forældreforberedelse kan også have indflydelse på området (Statens Institut for Folkesundhed 2011). Med det

eksisterende datagrundlag er det imidlertid vanskeligt at analysere mulige afledte konsekvenser af omlægning af barselstilbuddet. Der foreligger f.eks. ikke fyldestgørende datamateriale om ammefrekvens og varighed, da der ikke eksisterer nationale opgørelser.

Der er imidlertid så væsentlige sundhedsmæssige aspekter i behovet for genindlæggelse af nyfødte, og området kræver derfor tæt og fortløbende overvågning. På nationalt plan er der tiltag undervejs, som skal sikre en ensartet monitorering af genindlæggelser på alle fødesteder på specifikke indlæggelsesdiagnoser.

I Den Danske Kvalitets Model (DDKM) er der desuden en kvalitetsindikator, der tilsiger monitorering af andelen af nyfødte, der genindlægges inden for de første 14 dage, hvor genindlæggelsen ikke udelukkende skyldes forhold hos moderen. Alle fødesteder forventes derfor at følge udviklingen, og de nationale tiltag skal foranledige, at dette kan udføres på ensartet og systematisk vis.

Status i Region Midtjylland:

Forskellige registreringsforhold har gjort det vanskeligt for de enkelte fødesteder at udtrække data på dette område i forbindelse med akkrediteringen i foråret 2011. Der arbejdes derfor på en løsning, hvor data leveres centralt fra fødselsregisteret og udtræk fra Sundhedsstyrelsen.

4.3.6 Barselsambulatorier/klinikker

De opgaver som fødestedets personale har i at understøtte det nyfødte barns og moderens trivsel i de første dage, varetages på nogle af regionens fødesteder via barselsambulatorier/klinikker. Ambulatorierne er etablerede i forbindelse med fødestederne og er bemandede med sundhedsfagligt personale fra de obstetriske afdelinger. Kvinderne kan henvende sig i barselsambulatorierne alle dage, og uden for åbningstid kan familierne få telefonisk rådgivning fra patienthotellet eller barselsafsnittet. Det sikres, at familien har fået udleveret telefonnummer på de relevante afsnit, så de ved, hvor de kan rette henvendelse ved behov. Udover at varetage en række fast definerede opgaver i barselsperioden, tjener etablering af barselsambulatoriet desuden det formål at sikre ro omkring de indlagte familier. De akutte henvendelser i afsnittene minimeres, når henvendelserne og kontakten med familierne i stedet er henvist til et ambulatorium, der målrettet varetager specifikke opgaver.

Status i Region Midtjylland:

De obligatoriske opgaver i dagene efter fødslen varetages på forskellige steder, bl.a. via ambulante kontakter på fødegangen, i jordemoderkonsultationer, på barselsafsnittet eller på patienthotel. I Viborg er der etableret et barselsambulatorium, som varetager alle opgaver efter ambulante fødsel. Hvis disse sundhedsydelse i barselsperioden fortsat skal varetages på fødestedet og ikke i hjemmet, tilstræbes det,

at alle fødesteder etablerer barselsambulatorier. Disse kan evt. placeres decentralt, så der i højere grad tages hensyn til udfordrende geografiske afstande.

4.3.7 Sundhedsplejerskens besøg i familien

Sundhedsplejerskens funktionsområde er jf. Sundhedsstyrelsens vejledning bl.a. at yde vejledning og individuel støtte til gravide og spæd- og småbørnsforældre. Der tilbydes sundhedspleje til alle nyfødte i barselsperioden, hvor sundhedsplejersken medvirker til at fremme moderens evne til og mulighed for at amme. Endvidere ydes der støtte til familiedannelse og tilknytning mellem forældre og barn, ligesom der udføres funktionsundersøgelser af den nyfødte (SST 2011:27).

Efter udskrivelse fra fødestedet tilbyder den kommunale sundhedspleje besøg i hjemmet. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger samt sundhedsaftalen skal der tilbydes etableringsbesøg senest 5-7 dage efter udskrivelsen fra fødestedet. Hvis der fra fødestedets side vurderes at være særlige behov i familien, der nødvendiggør et tidligere besøg af sundhedsplejersken, kontaktes den kommunale sundhedstjeneste, efter aftale med familien, mhp. et tidligere besøg

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det specielt ved ambulante og hjemmefødsel aflægges 2 besøg i hjemmet i den første uge efter fødslen. Sundhedsaftalen foreskriver omkring tredjedagen ved en hjemmefødsel. Der er desuden ifølge sundhedsaftalen indgået særlig aftale om samarbejdet ved udskrivelse af for tidligt fødte børn.

Status i Region Midtjylland:

Jf. sundhedsaftalen mellem regionen og kommunerne tilbyder sundhedsplejersken personlig kontakt/besøg i hjemmet senest 7 dage efter udskrivelse. Sundhedsaftalen foreskriver ligeledes hjemmebesøg omkring tredjedagen efter hjemmefødsel. Der er desuden indgået særlig aftale om samarbejdet ved udskrivelse af for tidligt fødte børn.

Der er ikke foretaget en systematisk opfølgning på, hvorledes de 19 kommuner i Region Midtjylland efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger om etableringsbesøg, men det er vurderingen, at der er store variationer mellem kommunerne. Visse kommuner har f.eks. tilrettelagt procedurer med at kontakte familien senest 3.-4.-dagen, hvor det vurderes, om der er behov for et besøg.

4.3.8 Efterfødselssamtaler

Sundhedsstyrelsens anbefalinger foreskriver, at alle kvinder/familier bør tilbydes en efterfødselssamtale med en jordemoder mhp. at skabe en afslutning på graviditet og fødsel, så forløbet kan bearbejdes i det omfang, familien har brug for. En efterfødselssamtale med jordemoder er en forebyggende og afklarende samtale med kvinden og hendes partner om graviditet, fødsel og den allerførste tid med barnet. Det er veldokumenteret, at efterfødselssamtalen har stor betydning for familiens

bearbejdelse af forløbet, og det kan dermed have betydning for kvindens valg af fødselsmåde ved næste graviditet. Indførelse af efterfødselssamtaler er derfor et vigtigt redskab til at reducere antallet af kejsersnit uden lægelig indikation.

Samtalen tager udgangspunkt i kvindens og parrets oplevelser og varetages mest hensigtsmæssigt af enten fødejordemoder eller konsultationsjordemoder. Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at der bør være særlig opmærksomhed på kvinder, der har haft et patologisk eller traumatisk forløb. Samtalen giver mulighed for at drøfte de bekymringer, som graviditets- og fødselsforløbet har medført (SST 2009:179). Dermed anbefales en første screening på fødestuen i forhold til et umiddelbart behov for en efterfødselssamtale, hvilket tilbydes og anbefales til kvinder/par, der har gennemlevet fagligt særlige forløb, eller har udvist reaktioner under fødslen, som indikerer behov for en umiddelbar opfølgende samtale. I forbindelse med særlige og eventuelt traumatiske forløb kan samtalen afholdes sammen med obstetrikere.

I brugertilfredshedsundersøgelsen *"Hvad siger de fødende kvinder? – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel"* angiver 36 % af de nybagte mødre i regionen, at de har haft en efterfødselssamtale.

Status i Region Midtjylland:

I Region Midtjylland er tilbuddet om efterfødselssamtale varieret. Kvindernes besvarelse i tilfredshedsundersøgelsen viser, at kun 36 % har haft en efterfødselssamtale. Der eksisterer dog ikke viden om, hvorvidt de øvrige kvinder har fravalgt samtalen, eller om den ikke er blevet tilbudt. Der er behov for en opkvalificering, dels så tilbuddet gives til alle kvinder, samt at fagpersonalet benævner baggrunden for tilbuddet og den eksisterende viden på området.

4.3.9 Tilbud til forældre, der mister et barn

Forældre, der mister et barn under graviditeten, fødslen eller i den første tid efter fødslen har særlige behov for at blive hjulpet i gang med det sorgarbejde, der følger. Det har stor betydning, at sektorerne arbejder sammen for at støtte forældrene i denne proces, og egen læge bør orienteres hurtigst muligt. I samråd med forældrene bør det overvejes, hvilke sundhedsprofessionelle støttepersoner de kan have gavn af efter udskrivelsen mhp. hjælp og støtte i sorgprocessen. Personalet er særligt opmærksomt på forældrenes behov for tid til at forstå det skete, samt tid til at tage stilling og træffe netop deres valg på en informeret baggrund (SST 2009: 187).

På alle regionens fødesteder tilbydes samtale til de forældre, der mister et spædbarn eller har haft en dødfødsel. Her får forældrene mulighed for at stille spørgsmål og fortælle om deres oplevelse og giver ligeledes mulighed for at drøfte fysiske og psykiske eftervirkninger. Samtidigt benyttes samtalen til information om svar på eventuelle diagnostiske undersøgelser som f.eks. obduktion eller undersøgelse for

infektionssygdomme. Alle fødesteder tilbyder tværfaglig samtale og ved behov tilbydes flere samtaler. Det enkelte tilfælde afgør hvor længe, der tilbydes samtaler, og om der skal etableres tværregional kontakt. Således tilbydes mindst én kontakt og som oftest er tilbuddet udvidet med flere samtaler og relevante henvisninger under hensyntagen til forældrenes behov. Der gives ligeledes tilbud om opfølgning og handleplan i forbindelse med en kommende graviditet/fødsel. I det hele taget er der ved efterfølgende graviditet behov for særlig omsorg, der giver mulighed for at viderebearbejde oplevelsen af at have mistet et barn og forberedelse på et nyt barn og en ny fødsel.

Ved AUH er der etableres sorggrupper for forældre, der mister spædbørn. Alle 19 kommuner i regionen tilbyder mindst ét hjemmebesøg af sundhedsplejerske ved dødfødsel eller spædbarnsdød.

Status i Region Midtjylland:

Region Midtjylland efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til forældre, der mister et barn.

4.3.10 Fødselsdepression

Alle sundhedsprofessionelle har en vigtig opgave i forhold til at opspore fødselsdepression. Ca. 10 % af mødre og 6 % af fædre har en fødselsdepression op til ½ år efter fødslen. Den tidlige opsporing er vigtig, da efterfødselsdepression ud over at være lidelsesfuld for den, det rammer, også påvirker familiens liv og kan påvirke barnets udvikling. Forskning har således vist negativ påvirkning af barnet ved længerevarende depression hos forældre i spædbarnsperioden. Det viser sig på kort sigt i forhold til barnets spise- og sovemønstre og på længere sigt som forstyrrelser i barnets emotionelle og adfærdsmæssige udvikling (SST 2009:186).

Den tidlige opsporing mhp. forebyggelse og behandling sker gennem tæt professionel kontakt med familien. Under svangerskabet vil det typisk være egen læge og jordemoder, mens det i spædbarnsperioden vil være personale på barselsafsnit/neonatalt afsnit samt sundhedsplejerske og egen læge, der er primære fagpersoner i opsporingen. Svenske undersøgelser viser, at under 1/3 af de ramte personer bliver behandlet, da depressionen aldrig diagnosticeres. Dels kan nogle af symptomerne på en efterfødselsdepression forveksles med naturlige reaktioner i forbindelse med fødslen, og dels er personer med efterfødselsdepression ofte plaget af skyldfølelse. Nogle forsøger derfor at skjule deres sindstilstand for omgivelserne. Det er derfor vigtigt, at de fagprofessionelle, der har kontakt til kvinden/parret eksplicit spørger ind til moderens/partnerens psykiske tilstand. De sværeste og alvorligste depressioner starter allerede i den første måned efter fødslen, men de fleste ses omkring 4 måneder efter fødslen. Jo tidligere indsættende, jo sværere depression, og da er hurtig behandling ekstra vigtig (Videbech 2010).

Tidlige symptomer kan opfanges ved hjælp af strukturerede samtaler med læge, jordemoder eller sundhedsplejerske. Det kan være vanskeligt at skelne mellem behandlingskrævende og ikke-behandlingskrævende reaktioner. Som en hjælp til at vurdere, om der er behov for henvisning til videre udredning og behandling f.eks. hos egen læge, kan der anvendes validerede screeningsredskaber som Edinburgh-skalaen¹², hvilket dog ikke kan diagnosticere fødselsdepression alene. Det kan derimod danne udgangspunkt for en nøjere samtale. Edinburgh-skalaen kan registrere traditionelle symptomer på depressioner hos kvinder, men kan også være en hjælp til at vurdere symptomer hos mænd. Der kan være særlige udfordringer i at opspore tegn på depression hos mænd. Mænd vil gerne have hjælp, men kan have svært ved at henvende sig med psykiske problemer. Derfor er der behov for at udvikle tilbud, der tager højde for mænds særlige problemer og behov samt forståelse for deres kommunikationsmåder. Personalet bør desuden være særligt opmærksomme på personer med tidligere depressioner og andre psykiske sygdomme, da disse har markant øget risiko for at udvikle depression i forbindelse med graviditet og fødsel.

Status i Region Midtjylland:

Opsporing af fødselsdepressioner påhviler alle de sundhedsprofessionelle, som er i kontakt med familierne.

4.3.11 Udvikling af tilbud omkring amning

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn udelukkende får modermælk de første seks måneder. Flere fødesteder i regionen er godkendt som "Spædbarnsvenligt hospital" akkrediteret af "Videnscenter for amning". Desuden er Norddjurs kommune som en af de eneste kommuner i landet godkendt som "Spædbarnsvenlig kommune".

"Videnscenter for amning" blev oprettet i 1992 for at koordinere de danske aktiviteter i forbindelse med WHO og Unicefs "Det spædbarnsvenlige Initiativ", og har særligt haft til opgave at formidle dokumenteret viden om amning til sundhedsprofessionelle.

Videnscenteret blev imidlertid nedlagt af Sundhedsstyrelsen i 2009 i forbindelse med udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel. Initiativet blev reduceret til at udgøre enkelte obligatoriske kvalitetsindikatorer for amning. Hospitalerne fortsætter imidlertid arbejdet efter principperne i det spædbarnsvenlige initiativ. Netværksgruppen for spædbarnsvenligt godkendte hospitaler har siden rettet henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse mhp. mulighed for fornyet godkendelse og akkreditering af nye hospitaler og kommuner.

I Den Danske Kvalitetsmodel indgår to kvalitetsindikatorer, som har indvirkning på muligheden for amning. Der er kvalitetsindikator om tilskud til nyfødte uden medicinsk

¹² Edinburgh-skalaen – Edinburgh Postnatal Depression Scale

indikation. Der er viden om, at tilskud af anden mælk end moders mælk har negativ indvirkning på ammefrekvensen. Desuden har undersøgelser vist, at hud-mod-hud kontakt umiddelbart efter fødslen har positiv indvirkning på etablering af amning samt et vellykket længerevarende ammeforløb. Der er evidens for, at dette medfører øget chance for, at første ammeforsøg er vellykket, at amningen er etableret ved udskrivelse fra hospital, at barnet ammes de første 1-4 måneder og kun ammes de første 6 måneder (Det Nationale Indikatorprojekt 2009: 19).

De enkelte fødesteder i regionen monitorerer dermed tilskud til nyfødte uden medicinsk indikation samt forekomsten af hud-mod-hud mellem mor og barn. På nogle af regionens fødesteder er der desuden tilbud i graviditeten til flergangsfødende med tidligere kompliceret ammeforløb om ammekonsultation ved jordemoder/sygeplejerske, som har bestået eksamen som IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant), oftest på baggrund af en tværfaglig videreuddannelse omkring amning.

Status i Region Midtjylland:

Arbejdet med at fremme amning fortsætter i regionen, dels i jordemoderkonsultationer, på fødestederne og i den kommunale sundhedstjeneste. Eksempelvis skal der fortsat tilbydes forberedelse til amning i graviditeten, f.eks. via udvidet jordemoderkonsultation i uge 29 og i fødsels- og forældreforberedelsen. Det tilstræbes, at der på alle fødesteder er ansat internationale certificerede ammekonsulenter, IBCLC.

4.3.12 Forslag til fremtidig opgaveløsning – egenomsorg og mestringsevne

Det er nødvendigt at nytænke tilrettelæggelsen og opgaveløsningerne i forbindelse med ambulante fødsel eller tidlig udskrivelse. Der er behov for en fremtidig tilrettelæggelse af svangreomsorgen, hvor barselstilbuddet bygger på egenomsorg, uden at omsorgen tages fra familierne. Der skal tilstræbes en mere individualiseret og differentieret tilgang, hvor forløbet er tilrettelagt efter den enkelte familie, og hvor udskrivelsen foregår som en glidende udskrivelse.

De britiske anbefalinger for opgaver i barselsperioden er udmøntet i "NICE¹³ guidelines on postnatal care"(juli 2006). Disse beskriver de nationale anbefalinger på området, og opfordrer bl.a. til en individuel tilrettelagt plan for efterfødselsperioden, som aftales sammen med kvinden/parret, helst i graviditetsforløbet og ellers hurtigst muligt efter fødslen. Efterfødselsplanen skal indeholde relevante faktorer fra graviditets, fødsels – og den umiddelbare efterfødselsperiode. Desuden skal planen indeholde relevante detaljer fra sundhedsprofessionelle, der har været involveret i omsorgen og

¹³ NICE - National Institute of Clinical Excellence

behandlingen af kvinden og fosteret/barnet, og den medbringes ved hver efterfødselskontakt. Derudover lægger de britiske anbefalinger vægt på, at kvinden skal tilbydes relevant og tidssvarende information, som gør hende i stand til at tage vare på egen og barnets sundhedstilstand samt genkende og reagere på afvigelser. Kvinden skal sikres råd om tegn og symptomer på potentielle akutte tilstande og opfordringer til straks at kontakte fødestedet ved akutte behov.

Overført til danske forhold hos nybagte familier i Region Midtjylland er der ligeledes behov for at tilbyde forløb, der handler om den enkelte kvinde og hendes familie. Dette kan f.eks. effektueres ved en individuel anamneseoptagelse, der sigter på at målrette barselstilbuddet efter familiens behov. Dette vil kræve, at samarbejdet med familien om at definere barselstilbuddet skal påbegyndes allerede i graviditeten med aktivering af netværket og potentielle ressourcepersoner i den tidlige barselsperiode. Dermed tilstræbes en glidende udskrivelse frem for et fastsat tidspunkt for udskrivelse. Den aftalte efterfødselsplan skal udgå fra den digitale platform og skal være afstemt efter familiernes behov og samtidigt tilgodese faglige hensyn i den tidlige barselsperiode. Placeringen på den digitale platform muliggør at relevante samarbejdsparter som sundhedsplejerske og egen læge har indsigt i det planlagte efterfødselsforløb.

Efterfødselsplanen suppleres med tidssvarende og forbedret læringsmateriale, der understøtter familiernes egenomsorg og kvalifikationer til at tage vare på familiens sundhedstilstand, f.eks. som web-baseret e-learning om barnets reaktioner og adfærdsmønster i den første tid. Desuden fordrer det tilgængelighed af adgang til sundhedsprofessionelle via iværksættelse af åbne telefonlinjer, barselsambulatorier, mulighed for barselsbesøg i hjemmet ved behov mv. Desuden kan der overvejes oprettelse af decentrale barselsambulatorier for at reducere familiens transport i den tidlige barselsperiode.

Eksempel på kvalitetsudvikling af digitale læringsredskaber:

Digital forberedelse til forældreskab mhp. at øge forældrenes mestringsevne og egenomsorg

Ved AUH er der udarbejdet en projektbeskrivelse om digital forberedelse til forældreskab. Projektet tager afsæt i tre animerede film, der skal produceres i et samarbejde mellem AUH, animator, psykolog og en video-antropolog. Filmene fokuserer på relationen mellem barn og forældre og især tolkning af barnets ytringer, bevægelser og forældrenes reaktioner. Der er valgt tre områder, som eksemplificerer relationsmønstre og byder på stort læringspotentiale; søvn, gråd og mad. De animerede kort-film forventes at være velegnede til anskueliggørelse af små elementer i et ellers komplekst forløb. Formålet er at øge forældrenes mestringsevne og egenomsorg samt at understøtte forældrenes relation til det ufødte og nyfødte barn.

Filmene vil anvende visualisering af budskabet frem for tekst og tale, og er dermed et forsøg på at gøre op med traditionelle undervisningsformer, hvor jordemoderen kommunikerer gennem informationskampagner og belæring. De små animerede film antages at være egnede til at skabe læring og refleksion for forældrene og kan tages med i forskellige sociale rum, f.eks. private rum sammen med partner, familie og venner eller i større rum som f.eks. jordemoderkonsultationen eller barselsambulatoriet, hvor det kan anvendes som pædagogisk redskab inden for den enkelte families forløb. Indholdet af filmene kvalificeres gennem interviews af brugere samt observation og bruger-workshops som arbejdsform under tilrettelæggelse og produktion. Filmene skal indgå som en del af kvindernes digitale forløbsplan, som søges forankret på den nationale platform www.sundhed.dk

Den animerede form vil desuden bidrage til udbredelse til brede grupper af forældre, herunder ikke-dansk talende eller forældre med alternative familiemønstre som f.eks. enlige mødre eller lesbiske par, og til flergangsforældre som i mange tilfælde er udelukket fra den fødsels- og forældreforberedende undervisning.

Der er ansøgt om eksterne midler til projektet, som dog endnu ikke er imødekommet. Der er derfor stort udviklingspotentiale i regionalt at understøtte videreudviklingen af den digitale forberedelse til forældreskab.

Eksempel på nytænkt tilrettelæggelse af barselstilbud: Projekt "Rolig start"

Ved AUH er der planlagt projekt "Rolig start", som omhandler forberedelse, støtte og opfølgning i forbindelse med ambulante udskrivning af førstegangsfødende. Ved at strukturere forløb med udgangspunkt i både sundhedsfremme og risikoopsøring vurderes det muligt at udskrive den nybagte familie tidligere fra fødestedet, end det er tilfældet for nuværende. Det kræver, at parrene tilbydes fødselsforberedelse og opfølgning i form af barselsbesøg i den tidlige barselsperiode. Undersøgelsen er planlagt som en forløbsundersøgelse på godt 50 gravide og deres partner.

Mulige projektdeltagere rekrutteres i perioden medio 2011 – ultimo 2011 ved ultralydsskanning i uge 20, hvor kvinden og partneren informeres om projektet, og der indhentes informeret tilladelse til, at de indgår i undersøgelsen. Deltagerne tilbydes 4 x 2 lektioner fødsels- og forældreforberedelse med temaerne; *Introduktion til forløbet + forældreskab og parforhold, Amning og det nyfødte barn, Fødsel samt Tidlig udskrivning, den første tid i hjemmet.*

Forældrene udskrives fra fødestedet ca. 4-6 timer efter fødslen, såfremt moder og barns tilstand muliggør det efter fastsatte visitationskriterier. Såfremt visitationskriterier ikke er opfyldt eller kvinden/parret alligevel ikke ønsker ambulante fødsel, udgår de af resten af projektet og følger afdelingens vanlige tilbud for barselsperioden.

Der tilbydes hjemmebesøg ved jordemoder dagen efter fødslen, samt hjemmebesøg ved jordemoder mellem 48 og 72 timer efter fødslen, hvor der bl.a. tages PKU. Der er en afsluttende barselssamtale og hørescreening ca. 10 dage efter fødslen. Derudover varetager sundhedsplejersken besøg på 5.-7. dagen. Forældrene har ligeledes mulighed for at komme i kontakt med fødestedet via én times daglig telefontid, hvor der er mulighed for at stille spørgsmål, evt. lave aftale om konsultation på fødestedet eller ekstra hjemmebesøg ved behov. Endelig får familierne udleveret en mailadresse med mulighed for at stille spørgsmål.

Der vil blive indsamlet data for kvindernes graviditets, fødsels- og barselsforløb af såvel faglig som administrativ karakter, som vil blive suppleret med et afsluttende spørgeskema omhandlende kvindernes tilfredshed med forløbet.

4.4 Opsamling på anbefalinger

I det foregående er uddybet de områder, der henholdsvis efterlever og ikke efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen, og der er sat fokus på områder, hvor der er behov for skærpede indsatser. Fødeplanudvalget har følgende anbefalinger:

Graviditeten:

- Til understøttelse af det differentierede tilbud, udarbejdes en regional forløbsplan for såvel basistilbuddet til raske gravide (niveau 1) som for indsatsen for gravide med særlige behov (niveau 2+3+4). Forløbsplanen skal sikre, at alle gravide i Region Midtjylland, uanset bopæl, får samme tilbud og på samme niveau.
- Udviklingen af en digital platform skal understøttes regionalt mhp. at sikre kommunikation mellem involverede fagpersoner, at forbedre f.eks. henvisnings- og anmeldelsesmuligheder

samt indeholde forløbsplaner for graviditets- og efterfødselsforløbet. Platformen vil yderligere inddrage brugerne i kommunikationsnetværket, så der sikres brugernes orientering og overblik, samt medindflydelse på tilrettelæggelse af eget forløb.

- Tidlig opsporing med fokus på KRAM (kost, rygning, alkohol, motion): For alle KRAM-faktorer gælder, at en indsats allerede i 1. trimester styrker resultatet. En tidlig indsats kan opnås ved at alle gravide tilbydes en tidlig helbreds-screening hos jordemoderen, når de planlægger at blive gravide, eller snarest efter at de opdager, at de er gravide. Kvinder/par tilbydes og visiteres hurtigst muligt til rygestop-intervention samt kost/motions tilbud for overvægtige gravide. Det skal sikres, at relevante fagpersoner er bekendte med de eksisterende tilbud på tværs af sektorer. Familieambulatoriet varetager allerede den tidlige screening ang. rusmidler.
- Basistilbuddet om fødsels- og forældre-forberedelse til gravide på niveau 1 og 2 skal opkvalificeres, da der er dokumenterede effekter af indsatsen. Der skal tilstræbes en flerhed af løsninger. Tilbuddet om temalektioner i auditoriumform kan være et attraktivt tilbud, f.eks. for flergangsfødende.

Fødslen:

- Mhp. at reducere antallet af kejsersnit på moders ønske skal det første fødselsforløb prioriteres højt, og der tilbydes samtaler til de kvinder, der ønsker kejsersnit uden lægelig indikation.
- Fødestederne skal vedvarende prioritere den kontinuerlige tilstedeværelse og omsorgen for de fødende kvinder/par.
- Der skal værnes om ro for de fødende samt sikres tilbud til kvinder, der henvender sig tidligt i fødselsforløbet eller kvinder med behov for ambulante tilsyn, f.eks. via oprettelse af akutte obstetriske modtageafsnit.
- Det skal prioriteres at styrke de faglige kompetencer inden for behandlings- og undersøgelsestiltag i fødselsbetjeningen, ligesom fødestederne fremover vil iværksætte handleplaner på baggrund af de kommende NIP-resultater.
- Kendt jordemoderordning ved Hospitalsenheden Vest skal evalueres i forhold til brugertilfredshed, faglig kvalitet og økonomi.

Barselsperioden:

- For at løfte opgaverne i forbindelse med ambulante fødsel og tidlig udskrivelse er det essentielt, at parterne efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger samt den indgåede sundhedsaftale. Tilbuddene ved ambulante fødsel og tidlig udskrivelse skal dermed opkvalificeres. Tilbuddene skal tilrettelægges sammen med og efter den enkelte familie.
- Familiernes mulighed for at være sammen i den indlagte barselsperiode skal prioriteres. Særligt skal der arbejdes for, at familier med syg mor eller sygt barn ikke adskilles.
- Resultaterne fra projekterne "Rolig start" skal følges og videreformidles. Projektet undersøger en fundamental ændring af barselstilbuddet til førstegangsfødende, idet disse udskrives ambulante. Til gengæld sikrer projektet den faglige forberedelse og opfølgning inden og efter udskrivelse, og positive resultater fra projekter kan åbne op for nye tilrettelæggelsesmetoder, der er afstemt efter brugernes behov og samtidig løfter den faglige kvalitet i barselstilbuddet.
- Projekt "Familie med hjerte – familieforbereelse efter Leksand-modellen" skal ligeledes følges og videreformidles.
- De nationale tiltag vedr. struktureret monitorering af genindlæggelser af nyfødte skal følges op på de enkelte fødesteder og i den kommunale sundhedstjeneste.

- I hele regionens svangreomsorg skal der fortsat arbejdes på at styrke moderens evne til og mulighed for amning.
- For at sikre opretholdelse af sundhedstilstanden under graviditet, fødsel- og barselsperiode skal de involverede sundheds-professionelles faglige kompetencer løbende optimeres.
- Der skal iværksættes brugerinddraget innovation og udvikling på barselsområdet, f.eks. i udviklingen af læringsmateriale, der understøtter familiernes egenomsorg og mestringsevne.
- For at reducere familiernes transport i den tidlige barselsperiode kan decentrale barselsambulatorier oprettes.

5 - Det tværsektorielle samarbejde

Graviditet, fødsel og barsel er et komplekst forløb, der involverer flere myndighedspersoner og sundhedspersoner. For at sikre sammenhæng og høj faglig kvalitet i graviditets, fødsels- og barselsforløb er der behov for et velfungerende, integreret samarbejde mellem de tre parter, der løser opgaver i forbindelse med familieforøgelse, almen praksis, hospitaler og den kommunale sundhedstjeneste. Det tværsektorielle samarbejde er yderligere aktualiseret på grund af ændret opgavefordeling ved kommunalreformen, ændring i fødestedernes barselstilbud samt differentiering af svangreomsorgen og niveauinddelt indsats.

Mhp. at opnå forbedret patientsikkerhed og et højt fagligt niveau i håndteringen af den gravide, fødende og barslende er det nødvendigt at beskrive overleveringer og ansvarsfordelinger mellem sektorer nøjagtigt, således at involverede sundhedspersoner er velinformerede og bevidste om ansvars- og opgavefordelingen.

5.1 Kommunikation mellem aktørerne

Den gravide får udleveret vandrejournale i papirform, som egen læge opstarter, og hun medbringer den til alle undersøgelser ved læge, jordemoder og i svangreambulatoriet. Det udgør en patientsikkerhedsmæssig svaghed, at den gravide selv skal medbringe information om undersøgelser og fund mellem de forskellige aktører. Denne løsning er særlig sårbar ved overgange mellem sektorer, hvor der ikke sker anden form for standardiseret udveksling af informationer. Det forekommer derfor, at svar på prøver går tabt imellem sektorer eller bliver set for sent og med deraf reducerede muligheder for at handle på et givent svar. Det kan f.eks. dreje sig om resultater af nakkefoldsskanning eller glucosebelastning hos egen læge. Krav om dokumentation i parallelle systemer medfører udover et tidsmæssigt stort ressourceforbrug, manglende mulighed for kvalitetsudvikling og forskning, og er desuden en betydelig risiko for kvalitetsbrist og utilsigtede hændelser på tværs af sektorer.

Fødestederne faxer fødselsanmeldelsen til sundhedsplejen i kommunerne førstkommande hverdag efter fødslen. Der er dog enkelte kommuner i regionen, der ikke længere modtager fax, og anmeldelsen må dermed sendes med post. I situationer, hvor det fra fødestedet vurderes, at sundhedsplejersken bør komme på tidligt besøg, kontaktes sundhedsplejen telefonisk.

Der er behov for øget fokus på den digitale kommunikation på tværs af sektorer. Formålet er, at den digitale kommunikation skal skabe ensartet, rettidig og relevant information i det tætte samarbejde mellem sundhedsaktørerne. Overgangen til digital kommunikation kan forventes yderligere at skabe bedre sammenhæng i tværsektorielle patientforløb samt styrke patientsikkerheden på grund af den øgede og rettidige udveksling af informationer på tværs af sektorer. Den digitale understøttelse af svangreområdet vil særligt gavne de udsatte mødre og deres fostre/børn, idet der tværsektorielt vil være hurtig adgang til aktuelle og opdaterede informationer.

Desuden kan borgerinddragelsen styrkes igennem digitale medier og involverende kommunikation.

Som det er kendt inden for andre dele af sundhedsvæsenet, som f.eks. digital udveksling af kommunikation mellem hospitaler og kommuner inden for ældreomsorgen, er det hensigten, at der også på svangreområdet sker en udvikling af den digitale kommunikationsform. I første omgang mangler der nationale standarder for udveksling af svangerskabsjournaler, anmeldelse til kordegn, cpr-register og sundhedspleje, samt blanketter til sociale myndigheder. MedCom (Det Danske Sundhedsdatanet) har dog udviklet kommunikationsstandarder for anmeldelse til sundhedsplejen, ligesom Kirkeministeriet arbejder på standarder for anmeldelse til cpr-registeret. Når disse nationale standarder er vedtaget, forestår et implementeringsarbejde både teknisk og organisatorisk hos de forskellige parter.

Status i Region Midtjylland:

Der er indgået en aftale mellem kommuner og regionen om udbredelsen af digital kommunikation. Et af punkterne i planerne er udveksling af MedCom-standarden "Fødselsanmeldelse", som går fra fødestedet til sundhedsplejen i kommunerne. MedCom-standarden er netop revideret i 2011 og klar til implementering i EPJ¹⁴. I Region Midtjylland er det besluttet kun at udvikle nye tiltag i de fremadrettede it-systemer. Det betyder, at fødselsanmeldelsen vil blive udviklet i MidtEPJ. Der arbejdes på, at standarden er implementeret i drift i maj 2012 på de fødesteder, der er overgået til MidtEPJ.

Eksempel på kvalitetsudvikling inden for digital kommunikation: Projekt Digital Kommunikation i Ny Jordemoderpraksis

Ved AUH er der iværksat et udviklingsprojekt, hvor en digital platform skal medvirke til at gravide oplever større medindflydelse og valgfrihed omkring tilbuddene i graviditeten. På baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen og andre politikker på sundhedsområdet (National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet, 2007) sigter projektet mod en inddragelse af kvinden i valg og tilrettelæggelse af den sundhedsfaglige indsats og mod en modernisering af kommunikationsformer og redskaber. Den digitale kommunikation, f.eks. i form af elektronisk logbog skal understøtte dialogen mellem kvinden og jordemoderen, forsyne kvinden med relevant viden og integrere relevante data i forbindelse med graviditetsforløbet.

Formålet med projektet er desuden at styrke den digitale kommunikation mellem de forskellige fagprofessionelle ved at skabe en sammenhængende kommunikation af tværsektoriel og tværfaglig data og viden. Projektet er støttet af Vækstforum og Regions Midtjyllands regionsråd med midler fra puljen Offentlig-Privat Innovation (OPI). Projektet har anvendt brugerinnovation og i samarbejde med den kommunale sundhedspleje, praksiskonsulenter og en række private aktører tilvejebragt specifikationer til et servicedesign. Projektet er prækvalificeret til midler fra ABT fonden og kan såfremt bevillingen gives, demonstreres i 2012. Til projektet knytter sig en række mindre innovationstiltag, herunder udvikling af internet baseret undervisningsmateriale. Det tilstræbes, at Projekt Ny Jordemoderpraksis skal danne grundlag for en udbredelse af projektets it-værktøjer til alle regionens fødesteder.

¹⁴ EPJ – Elektronisk Patient Journal

5.2 Sundhedsaftaler

Fødestedernes optageområder indeholder flere kommuner med forskellige tilbud, og det øger behovet for koordinering og sundhedsaftaler, der præcist definerer opgaver og ansvarsfordelinger. Det forudsætter samtidig, at den koordinerende part er informeret om og har overblik over de forskellige muligheder og tilbud, som findes i forhold til de meget forskellige problemstillinger, der kan være for gravide fra niveau 3 og 4. Også i forhold til sundhedsfremmende og forebyggende tilbud som kostvejledning og rygestop, er der behov for at kende tilbuddene i forskelligt regi og skabe mulighed for i højere grad at samarbejde om tilbuddene. Almen praksis og de enkelte fødesteder må derfor skabe overblik over de relevante kommunale henvisningsmuligheder i fødestedets optageområde.

Som en del af den generelle sundhedsaftale indgår der for nuværende følgende aftaler på området for børn og gravide:

- "Den gode overgang fra hospital til hjemmet vedr. for tidligt fødte børn og deres familier"
- "Aftale for sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med normal fødsel"
- "Aftale for Sundhedsplejersketelefonen"
- Tillægsaftale for samarbejde om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet
- 22 forældrevejledninger udarbejdet i fællesskab mellem region og kommuner

Derudover er der i sundhedsaftalen truffet aftale mellem region og kommuner om, at der i aftaleperioden skal udarbejdes tillægsaftaler på følgende områder: Opsporing og samarbejde om sårbare gravide, fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsatser for gravide rygere, samt fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats for familier med overvægt.

Ud over den fælles sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og involverede kommuner, er der lokalt udarbejdede sundhedsaftaler, f.eks. vedr. samarbejdet omkring sårbare familier, der involverer kommunes socialforvaltning.

Status i Region Midtjylland:

Det anbefales, at hvert fødested nedsætter en formaliseret tværsektoriel følgegruppe, hvis ansvar det er i samarbejde at udvikle tværsektorielle retningslinjer og praksis, der sikrer kommunikation og koordination af tiltag og indsatser på tværs af sektorer. Information og oplysninger skal være at finde på relevante hjemmesider.

5.3 Sundhedsplejersketelefonen

Sundhedsplejersketelefonen er det første eksempel på frivillige sundhedsaftaler mellem kommuner og region på området. Hensigten med telefonen er at give små- og spædbørnsfamilier mulighed for at få råd og vejledning udenfor sundhedsplejens

almindelige åbningstid, da telefonåbningstiden er fredag, lørdag, søndag og helligdage fra kl. 17-20.

Sundhedsplejersketelefonen blev etableret på baggrund af Sundhedsstyrelsens dokumentation af, at telefonrådgivning er et godt og billigt supplement til oplysningsarbejde på sundhedsområdet samt gode erfaringer med tilsvarende ordninger andre steder (Sundhedsplejersketelefonen, Årsrapport 2009).

Udgifter til drift af ordningen deles mellem regionen og de deltagende kommuner, som omfatter alle kommuner i regionen, bortset fra Aarhus kommune, der har egen tilsvarende ordning. Sundhedsplejersketelefonen startede som et 2-årigt forsøgsprojekt i august 2008 og er efterfølgende evalueret i forhold til brugertilfredshed samt analyse af alle henvendelser i 2009. Evalueringen viser, at det især er førstegangsførelse, der er flittige brugere af Sundhedsplejersketelefonen, og at rådgivningen oftest benyttes af familier med børn under seks måneder.

Brugertilfredshedsundersøgelsen viser, at den primære årsag til at familien kontaktede Sundhedsplejersketelefonen, var behovet for rådgivning uden for sundhedsplejerskes træffetid. Tilfredshedsundersøgelsen viser desuden, at der er meget høj tilfredshed med ordningen, dels på grund af tilgængeligheden af rådgivningen og dels den specifikke rådgivning og vejledning. Småbørnsfamilierne har især behov for hjælp og støtte til amning og rådgivning i forbindelse med usikkerhed om, hvorvidt deres barn får mad nok.

I 2009 var der 1725 opkald til telefonrådgivningen, svarende til at ca. 16 % af fødselsårgangen benyttede kommunernes og regionens tilbud om råd og vejledning via Sundhedsplejersketelefonen. Evalueringen konkluderede derfor, at Sundhedsplejersketelefonen er velfungerende sundhedsservice i borgerhøjde, der sikrer sundhedsfremme og forebyggelse hos småbørnsfamilier og samtidig aflaster den primære sundhedssektor. Det er derfor besluttet at gøre ordningen permanent.

Der er ansat 16 erfarne sundhedsplejersker fra de deltagende kommuner til at varetage rådgivningen, som varetages fra sundhedsplejerskernes private bopæl, og der afholdes to netværksmøder årligt for at sikre kvaliteten af rådgivningen. Der udleveres informationsmateriale om Sundhedsplejersketelefonen på alle føde- og barselsafdelinger i regionen, ligesom informationsmaterialet forefindes på børneafdelinger og hos de praktiserende læger. Desuden informerer sundhedsplejerskerne i kommunerne forældrene om muligheden for at få rådgivning uden for almindelig åbningstid.

5.4 Opsamling på anbefalinger

På baggrund af den præsenterede status på det tværsektorielle samarbejde har fødeplanudvalget følgende anbefalinger:

- De samarbejdende parter skal efterleve forpligtelserne indgået i sundhedsaftalen.
- De planlagte tillægsaftaler til sundhedsaftalen skal udarbejdes af fødeplanudvalget
- Der skal videreudvikles på en digital platform, som indeholder standardiserede henvisnings- og anmeldelsesmoduler samt forløbsplaner og som gøres tilgængelig for alle involverede.
- Alle instanser skal medvirke til at udbrede viden om den velfungerende Sundhedsplejersketelefon.
- Der skal nedsættes en formaliseret tværsektoriel følgegruppe ved hvert fødested, som etableres i overensstemmelse med den eksisterende fora-struktur i klyngerne.
- For yderligere optimering af samarbejdet, anbefales det, at kommunerne efter aftale med regionen indtænker jordemoderkonsultationer ved planlægning af sundhedscentre, hvor der også er sundhedspleje og evt. praktiserende læger.

Forslag om oprettelse af Tværsektoriel følgegruppe ved alle fødesteder

Deltagere:

- Repræsentanter fra almen praksis
- Sundhedsplejerske fra hver af de samarbejdende kommuner (på ledelsesniveau)
- Jordemoderrepræsentant fra fødestedet (på ledelsesniveau)
- Sygeplejerske repræsentant fra barselsafsnittet (på ledelsesniveau)

Opgaver, der skal varetages:

- Beskrive overleveringer og ansvarsfordelinger på baggrund af sundhedsaftalen ud fra systematik i 'det gode forløb'
- Klarlægge eksisterende interventionstilbud ved f.eks. rygning og overvægt som f.eks. relevante kommunale henvisningsmuligheder
- Sikre kvalitetsudvikling, forskning og patientsikkerhed i de tværgående forløb
- Følge forekomsten af genindlæggelser af nyfødte efter nationale fastsatte kriterier
- Videreformidle forskningsresultater, projekter og viden erhvervet i forbindelse hermed
- Fungere som bindeled mellem sektorerne
- Sikre koordineret informationsmateriale til brugerne om regionens og kommunernes lokale tilbud i svangreomsorgen
- Sikre anvendelse og implementering af den Digitale Platform
- Følge den lokale implementering af fødeplanen

6 - Kvalitetsudvikling, monitorering og patientsikkerhed

Dette afsnit beskriver dels de værktøjer, der anvendes i Region Midtjylland i forbindelse med kvalitets-udvikling inden for svangreomsorgen og dels konkrete tiltag i forhold til kvalitetssikring.

6.1 Værktøjer til kvalitetsudvikling

For at sikre høj kvalitet i svangreomsorgen i Region Midtjylland, og at den kontinuerligt udvikler sig i takt med det omgivende samfund, dets krav samt muligheder inden for obstetrikken og neonatologien, er det nødvendigt løbende at sikre faglige retningslinjer og instrukser, der baseres på nyeste viden eller bedste kliniske praksis på området. Det er ligeledes vigtigt at monitorere, hvorvidt klinisk praksis følger givne retningslinjer og anbefalinger samt iværksætte målrettet kompetenceudvikling af personalet. Iværksættelse af forskningsprojekter mhp. forbedringer af indsatsen er ligeledes nødvendigt for at generere mere viden og dermed øge kvaliteten på området.

Inden for obstetrikken pågår der i dag kvalitetsudvikling med udgangspunkt i guidelines fra de faglige selskaber. Herudover foretager fødestederne kvalitetsmonitorering- og udvikling med afsæt i bl.a. kliniske data fra Sundhedsstyrelsens Fødselsregister og FØTO-databasen samt nationalt fastsatte kvalitetsudviklingstiltag. Desuden er der yderligere lokale tiltag i regionen, som har til formål at udvikle udformningen af den omsorg og de tilbud, der gives til gravide, fødende og barslende. Eksempler på disse tiltag nævnes i det følgende.

FØTO-databasen	FØTO-databasen monitorer den prænatale screening for Down´s syndrom og den prænatale diagnostik af medfødte misdannelser. Ved at monitorere detektionsrate og screenpositiv rate for de enkelte afdelinger og regioner, samt give afdelingerne feedback på egen praksis tilstræbes det, at kvaliteten af screeningen optimeres og fastholdes på landsplan.
Fødselsregisteret	Samtlige fødsler i Danmark indberettes til Sundhedsstyrelsens Fødselsregister. Registeret indeholder oplysninger om selve fødslen, resultat af fødslen, og om der har været komplikationer i fødselsforløbet. De enkelte fødesteder foretager kvalitetsmåling på kliniske data fra Fødselsregisteret.
Indberetning af utilsigtede hændelser	Patientsikkerhed er en forudsætning for god kvalitet i svangreomsorgen. Patientsikkerhed indebærer, at moder og barn beskyttes mod skade eller risiko for skade gennem graviditet, fødsel og barsels/nyfødthedsperioden. Det er essentielt, at svangreomsorgen dels forebygger skade og dels drager læring af de situationer, hvor svangreomsorgen medfører skade eller risiko for skade. Derigennem tilstræbes det at ændre uhensigtsmæssige procedurer og arbejdsgange samt forebygge nye utilsigtede hændelser. Utilsigtede hændelser indberettes derfor til Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD). På baggrund af alvorlige utilsigtede hændelser har Sundhedsstyrelsen gennem flere år haft opmærksomhed på de enkelte fødesteders kvalificering af personalet i tolkning af CTG (cardiotocografi). Det har vist sig, at det kræver tilbagevendende træning og faglig sparring at vurdere, hvornår fosterets tilstand indikerer intervention under fødslen. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der udover at foreligge kliniske instrukser for anvendelse af CTG bør etableres

	<p>regelmæssig undervisning for læger og jordemødre (SST 2007). Ved AUH er der udviklet et elektronisk baseret læringsmodul til tolkning af CTG. I forbindelse med tildeling af bevillinger fra Spydsspidspuljen til AUH, skal e-learning modulet udbredes til alle fødesteder i regionen, ligesom det nuværende modul skal udbygges med nye cases og tests. Derudover suppleres e-learning programmet med konfrontationsundervisning med diskussion af deltagernes egne cases ved hvert af regionens fødesteder én gang årligt.</p>
Regionalt obstetrisk instruksudvalg	<p>Det regionale obstetriske instruksudvalg udarbejder fælles regionale retningslinjer og faglige instrukser, der er med til at sikre, at gravide, fødende og barslende tilbydes en ensartet faglig behandling uanset hvor i regionen, de er bosiddende. Instruksudvalget er etableret i 2006 og har faglig deltagelse fra alle regionens fødesteder.</p>
Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)	<p>DDKM udgør en del af den nationale strategi for Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet og omhandler en række akkrediteringsstandarder. Udover de generelle standarder indgår der sygdomsspecifikke standarder vedr. graviditet, fødsel og barsel. De enkelte fødesteder overvåger dermed målrettet kvaliteten af afdelingernes strukturer og processer samt de leverede ydelser inden for udvalgte områder. På den baggrund prioriteres og effektueres konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer.</p> <p>I foråret 2011 blev alle hospitaler i regionen akkrediteret, og arbejdet med DDKM vil fremover være en løbende del af kvalitetsudviklingen i regionens svangreomsorg.</p>
Det Nationale Indikator Projekt (NIP)	<p>I samråd med de faglige organisationer indgik fødsler pr. 1. september 2010 som sygdomsområde i NIP. Målet er at dokumentere og udvikle den sundhedsfaglige kvalitet ved hjælp af standarder og indikatorer for de sundhedsfaglige kerneydelser, at skabe et kvalificeret grundlag for faglig, ledelsesmæssig og politisk prioritering og at skabe indsigt for borgerne om den sundhedsfaglige kvalitet på nationale, regionalt og afdelingsniveau.</p> <p>Alle regioner er repræsenterede med en obstetriker og en jordemoder i den indikatorgruppe, der har udarbejdet kvalitetsmål og indikator sættet. Der er desuden repræsentanter fra relevante kliniske samarbejdsparter som pædiatri og anæstesi.</p> <p>De første NIP data foreligger i november 2011, og der vil efterfølgende blive afholdt lokale og regionale audits. Regionen har ansvaret for at organisere de regionale audits og for at offentliggøre regionale resultater.</p>
Perinatal Audit	<p>Perinatal audit følger kvaliteten af den forebyggende svangreomsorg, fødselshjælpen og den neonatale behandling i regionen. Auditeringen foregår som en løbende kvalitetssikring og optimering af behandlingen, såvel mono – som tværfagligt og tværsektorielt. Der foretages en kritisk analyse af forløb, som resulterer i dødfødsel eller perinatal dødsfald samt forløb, hvor barnet er født med lav Apgar-score.</p> <p>Der nedsat to perinatal audit-grupper i regionen med repræsentanter fra regionens fødesteder, neonatalafdelinger, praksissektoren og fra fosterpatologien. En gruppe dækker de østlige fødesteder i Horsens, Randers og AUH mens en vestlig gruppe dækker fødestederne Herning, Holstebro og Viborg. Perinatal audit grupperne referer til fødeplanudvalget.</p> <p>Det primære formål med auditeringen er læring, og auditgruppens medlemmer er forpligtede til at videreformidle resultaterne til relevant sundhedsfagligt personale, hospitalsledelser og politikere. Der udarbejdes årlige rapporter inklusiv anbefalinger til retningslinjer eller til dokumentation, undervisning, øget fokus på faglige problemstillinger hos særlige målgrupper mv. Erfaringerne fra Perinatal Audit har i betydelig grad haft indvirkning på bl.a. iværksættelse af den obstetriske teamtræning, behovet for dokumentation af genoplivning af nyfødte, CTG e-learning, fokus på tidsforbruget ved kejsersnit samt fokus på hyperstimulation af veer. Ligeledes har erfaringerne fra auditering af de neonatale forløb understøttet behovet for etableringen af den neonatale</p>

	<p>transportordning.</p> <p>Der er udarbejdet en fælles database, som giver et samlet overblik over forløb og hændelser i samtlige gennemgåede forløb. Der indgår efterhånden et stort materiale i databasen, og der er perspektiv i at anvende databasen til forskning.</p>
Maternel Audit	<p>Alle fødesteder i Region Midtjylland har siden 2002 indberettet dødsfald blandt gravide, fødende og nybagte mødre til en national database. Data indsamles via indberetninger fra landets fødesteder samt ved gennemgang af Sundhedsstyrelsens registre. Forløbene gennemgås af en national tværfaglig auditgruppe bestående af læger og jordemødre. Region Midtjylland har læge- og jordemoderrepræsentant i auditgruppen.</p>
Brugertilfredshedsundersøgelse	<p>I samarbejde med repræsentanter for fødestederne gennemførte Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland i 2010 undersøgelsen <i>"Hvad siger de fødende kvinder? – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel"</i>. Fødeafdelingerne indgår ikke i den regionale eller Den Landsdækkende Undersøgelse af patientoplevelser (LUP).</p> <p>Formålet med undersøgelsen var at bidrage med viden om brugernes oplevelser og vurdering af fødeafdelingerne i forbindelse med en fødsel. Samtidig opnåedes viden om kvindernes oplevelser af forløbet før fødsel i relation til jordemoderkontakt og besøg i svangreambulatoriet samt forløbet efter fødslen frem til første sundhedsplejerskebesøg. Tilfredshedsundersøgelsen vedrørte dermed ikke kvindernes oplevelser af tilbud hos egen læge og sundhedsplejerske.</p> <p>Undersøgelsen blev sendt til 2541 kvinder, der fødte på en af regionens hospitaler i perioden 7. juni – 7. oktober 2010. 57 % svarede.</p>
Obstetrisk teamtræning	<p>En stor del obstetriske komplikationer optræder forholdsvis sjældent, og det er påtvunget, at personalet har de nødvendige kompetencer til at håndtere de situationer, der kan opstå under et fødselsforløb. Analyser af patientsikkerhedsdatabaser viser, at faktorer som tidsnød, uvanthed med opgaven og utilstrækkelig kommunikation og instruktion er væsentlige aspekter i forekomsten af utilsigtede hændelser. Ifølge Dansk Selskab for Patientsikkerhed skyldes 70 % af alvorlige utilsigtede hændelser helt eller delvis svigt i kommunikationen. Tidsnød er ofte et vilkår i obstetrikken, som ikke kan omgås. Uvanthed med opgaven samt utilstrækkelig kommunikation kan imidlertid bevidst forsøges modvirket via struktureret teamtræning. En sådan teamtræning kombinerer træning af kliniske færdigheder og samarbejdet i akutte situationer. Det er afgørende, at alle personalegrupper kender såvel egne som andres kompetencer og funktionsområder. Personalet kan ved sådanne "brand-øvelser" optimere deres handlemåde uden at bringe patienter i fare.</p> <p>På baggrund af bevillinger fra Spydspidspuljen til AUH til oprustning af fødselsovervågningen i Region Midtjylland, er der etableret et samarbejde mellem regionens fødesteder om obstetrisk teamtræning. Der er nedsat en regional styregruppe for obstetrisk teamtræning med repræsentanter fra alle fødesteder, og der er iværksat fælles uddannelse af instruktører, der varetager afholdelse af teamtræningen på de enkelte fødesteder.</p> <p>Det er nødvendigt at det fortsatte arbejde med obstetrisk teamtræning understøttes af de enkelte fødesteder og på regionalt plan. Fremover skal det tilstræbes, at teamtræningen også skal favne barselspersonalet, så dette personale ligeledes trænes i sjældne alvorligt forekomne situationer, der kræver hurtig handling. Derudover er der stort potentiale i at udvide den tværfaglige teamtræning med anæstesi og pædiatere, som flere steder har etableret træning i genoplivning af nyfødte i eget regi.</p>

6.2 Opsamling af anbefalinger

På baggrund af den præsenterede status for arbejdet med kvalitetsudvikling i regionens svangreomsorg anbefaler fødeplanudvalget følgende:

- Videreformidling af forskningsresultater, projekter og viden erhvervet i forbindelse hermed skal prioriteres med det formål, at alle involverede sundhedsprofessionelle opnår læring. Bindeleddene mellem sektorer og fødesteder er naturlige muligheder til at sikre denne opgave, dvs. praksiskonsulenter og de tværsektorielle følgegrupper, der skal nedsættes ved hvert fødested.
- Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det formaliserede samarbejde mellem region og kommuner også omfatter koordinering af opgavefordelingen vedr. kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Det er væsentligt løbende at udveksle og lære af hinandens erfaringer, og der er behov for at prioritere kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i de fremtidige samarbejdsfora.
- Det stigende antal ambulante fødsler og tidlig udskrivelse kan have afledte konsekvenser for kvalitetsudviklingen og patientsikkerheden. Forhold som ammefrekvens og ammelængde skal monitoreres samt genindlæggelser og årsager hertil. Der er behov for præcis afdækning af, hvad og hvordan der monitoreres, hvem der udfører hvilke opgaver, samt hvordan det bør gøres i fremtiden med hensyntagen til igangværende nationale initiativer på området. Dette arbejde skal varetages af den tværsektorielle følgegruppe ved hvert fødested.

7 - Indsatsområder og implementering af fødeplanen

Ud over fødeplanudvalgets konkrete anbefalinger skal der sikres videreudvikling og opfølgning på de strategispor, der udgør fundamentet i tilrettelæggelsen af svangreomsorgen i Region Midtjylland. Fødeplanen indeholder dermed en række initiativer, som ønskes iværksat på kortere eller længere sigt, alle med det formål at forbedre kvaliteten af tilbuddene i svangreomsorgen i Region Midtjylland.

Sundhedsstyrelsen har i efteråret 2011 nedsat en arbejdsgruppe, der arbejder med revidering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om tilbud i barselsperioden. Arbejdsgruppen er nedsat som et ekspertudvalg, og der forventes nye anbefalinger på området ved udgangen af 2011. I dette høringsudkast afventes arbejdsgruppens revision af anbefalingerne i barselsperioden. Når disse foreligger, skal anvendelsen af de tildelte midler fra budgetforliget 2012 udmøntes. Tilsvarende afventer fødeplanudvalget udmøntning af de bevilligede midler i budgetforliget til opkvalificering af fødsels- og forældreforberedelses tilbuddene.

Efter godkendelse af fødeplanen i regionsrådet i marts 2012, er første opgave nedsættelse af de tværsektorielle følgegrupper ved hvert fødested. Implementering af tiltag, der kræver tilføres af midler afhænger af, at der tilføres ressourcer til området, enten fra eksterne kilder som fondsansøgninger eller via nationale eller regionale tiltag. Indsatsområderne er grupperede inden for de respektive strategispor:

Tiltag	Implementering/ tidsramme/ økonomi	Ansvarlig
Innovation		
Udvikling og implementering af <i>Digital platform</i> mhp. at sikre kommunikation mellem involverede fag professionelle, forbedre henvisnings – og anmeldelsesmuligheder samt inddragelse af brugerne i kommunikationsnetværket, så de sikres orientering og overblik samt medindflydelse på tilrettelæggelse af eget forløb	Afventer ansøgning hos ABT-fonden	AUH
Erfaringerne fra <i>kendt jordemoderordninger</i> ved Hospitalsenheden Vest skal følges og evalueres. Fremtidens svangreomsorg skal fokusere på opgaveløsninger og tilrettelæggelsesmetoder, der tilgodeser det sammenhængende forløb	Sommeren 2013	Center for Kvalitetsudvikling i samarbejde med Hospitalsenheden Vest
Resultaterne fra <i>projekt "Rolig start"</i> skal følges og videreformidles. Positive resultater kan åbne op for nye tilrettelæggelsesmetoder, der er afstemt efter brugernes behov og samtidigt løfter den faglige	Ingen yderligere tilførsel af midler. Evalueres forår 2012	AUH

kvalitet i barselstilbuddet		
<i>Tidlig jordemoderundersøgelse</i> mhp. opsporing og tidlig indsats for socialt sårbare gravide i følge Anbefalinger fra det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed	Kræver tilførsel af regionale eller eksterne midler	Chefjordemoderrådet
Resultaterne fra <i>Hjemmemonitoreringsprojekter</i> skal følges og videreformidles, idet nye tilrettelæggelsesmetoder forventeligt kan medføre ressourcebesparelser til samtidig gavn for den gravide/parret uden at gå på kompromis med en høj behandlingsstandard. Der afventes desuden ny ansøgning hos ABT-fonden om nyt større telemedicinsk hjemmemonitoreringsprojektet	Evaluering af igangværende projekter forventes afsluttet sommeren 2012. Videreudvikling af projekterne afventer ansøgning hos ABT-fonden	AUH
Udvikling af redskaber til digital forberedelse til forældreskab via <i>produktion af 3 animerede film</i> , der skal øge forældres mestringsevne i barselsperioden	Kræver tilførsel af regionale eller eksterne midler	AUH
Kvalitet		
Fortsat prioritering af den <i>kontinuerlige tilstedeværelse og omsorgen</i> for kvinder/parret i fødselens aktive fase. Særligt skal første forløb prioriteres højt for at forebygge ønske om kejsersnit på maternal request i efterfølgende forløb.	Ingen yderligere tilførsel af midler	Fødestederne
Vedligeholdelse og videreudvikling af det systematiske og målrettede samarbejde til udbredelse af et <i>højt fagligt niveau</i> på tværs af regionens fødesteder, f.eks. Ultralydsskolen, obstetrisk teamtræning og det regionale obstetriske instruksudvalg	Afholdes af de enkelte fødesteder samt evt. tilførsel af regionale eller eksterne midler til specifikke udviklingstiltag	Fødestederne
<i>Opkvalificering af barselstilbuddene</i> til ambulante fødende, hjemmefødende og tidligt udskrevne, bl.a. via indførelse af efterfødselsplaner, der tilstræber en glidende udskrivelse	Midler afsat i Budgetforliget 2012	Afventer Sundhedsstyrelsens revision af anbefalinger for svangreomsorgen vedr. tilbud i barselsperioden. Herefter fødeplanudvalget og de enkelte fødesteder
Alle fødesteder tilbyder <i>efterfødselssamtaler</i> til alle kvinder/par	Ingen tilførsel af yderligere midler	Fødestederne
Udarbejdelse af <i>regionalt informationsmateriale</i> til gravide, fødende og barslende i Region Midtjylland, i form af pjece og regional hjemmeside	Ingen tilførsel af midler Primo 2013	Fødeplanudvalget
Videreførelse og videreudvikling af anvendte redskaber til kvalitetsudvikling herunder Perinatal Audit, Maternal Audit, audits på NIP resultater	Kontinuerligt	Fødestederne
Gentagelse af Brugertilfredshedsundersøgelse " <i>Hvad siger de fødende kvinder? – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel</i> "	2013 Ingen tilførsel af midler	Center for Kvalitetsudvikling
<i>Systematisk monitorering af genindlæggelser</i>	Ingen tilførsel af midler	B bliver fulgt i regi af DDKM og Fødeudvalget. Afventer nationale tiltag til systematisk

		monitorering. Herefter opgave for den tværsektorielle følgegruppe ved hvert fødested.
I hele regionens svangreomsorg skal der fortsat arbejdes på at <i>styrke moderens evne til og mulighed for amning</i> . Det skal bl.a. tilstræbes, at der ved alle fødesteder er ansat personale, som har bestået eksamen som IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant)	Ingen tilførsel af midler	Fødestederne
Valgmuligheder / differentieret indsats		
Til understøttelse af det differentierede tilbud udarbejdes <i>regional forløbsplan</i> for såvel basistilbuddet til raske gravide (niveau 1) og for indsatsen for gravide med særlige behov (niveau 2+3+4). Forløbsplanen skal sikre, at alle gravide i regionen, uanset bopæl får samme tilbud og på samme niveau	Ingen tilførsel af midler	Udvikles medio 2012 i et samarbejde på tværs af fødestederne i regionen
Opkvalificering af <i>fødsels- og forældreforberedelse</i> primært til førstegangsgravide, da der er dokumenterede effekter af indsatsen.	Afsat midler i Budgetforliget for 2012	Fødeplanudvalget beslutter udmøntning af tildelte midler. Herefter de enkelte fødesteder
Udarbejdelse af tillægsaftale til sundhedsaftalen om fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats for gravide rygere samt for familier med overvægt Tilbud om <i>intervention for rygere og overvægtige gravide</i> i følge Anbefalinger fra det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed.	Inden for aftaleperioden 2011-2014 Kræver tilførsel af regionale eller eksterne midler	Fødeplanudvalget
Brugerinddragelse		
Anvendelse af resultater fra <i>brugertilfredshedsundersøgelser</i> f.eks. prioritering af familiens mulighed for at være sammen under indlæggelsen, inkl. raske mødre til syge børn	Løbende, ingen tilførsel af midler	Fødestederne
<i>Brugerinddragelse i projekter</i> , der videreudvikler tilbuddene til gravide, fødende og barslende, f.eks. i udarbejdelsen af fødselsforberedende film og tværsektorielle udviklingsprojekter om tilbuddene i den tidlige barselsperiode	Løbende, evt. ansøgning om regionale eller eksterne midler	Fødestederne og de tværsektorielle følgegrupper
Høj faglighed i den tværfaglige og tværsektorielle indsats		
Indførelse af <i>elektronisk anmeldelse</i> af fødslen til sundhedsplejersken	Klar til implementering i Midt EPJ efteråret 2012	Hospitalernes EPJ implementeringsansvarlige
Nedsættelse af <i>tværsektorielle følgegrupper</i> ved alle fødesteder som skal varetage specifikke opgaver	Ingen yderligere tilførsel af midler. Medio 2012	Fødestederne er initiativtager til oprettelse af den tværsektorielle følgegruppe
<i>Videreformidling</i> af forskningsresultater og projekter	Løbende	Relevante aktører

Fødeplanudvalget vil følge og sikre, at implementeringen af anbefalingerne sker som fastlagt. Fødeplanudvalget udarbejder desuden en kort årlig status til regionsrådet efter afstemning med de tværsektorielle følgegrupper. Fødeplanudvalget foretager desuden en samlet opdatering af fødeplanen og svangreomsorgen i 2016.

Referencer

- Bertelsen og Gohr 2006 (Anne Mette Bertelsen og Camilla Gohr): Den gode fødsel – en antropologisk undersøgelse af fødselsfortællingen
- Dansk selskab for Patientsikkerhed: *"Sikker Mundtlig Kommunikation. Baggrund, begreber og litteratur"*, Tryk patient
- Det Nationale Indikator Program 2009: Dokumentalistrapport, fødsler
- DSOG (Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik) 2007: Faglig guideline om SGA/IUGR
- Dürr, Joan 2010: *"Familieambulatoriet i Region Midtjylland"*, MidtLiv 2-10
- Jordemoderforeningen 2006: Kongresbeslutning, Kendt jordemoder. Jordemoderforeningens Kongres, 6. november 2006
- Klarlund, Bente 2010: *"Graviditet og Motion"*, Patientvejledninger
- Maimburg, Rikke Damkjær 2010: *"Reproductive Epidemiology. Studies on pregnancy, delivery and child development"*, Faculty of Health Sciences, University Aarhus
- Maimburg, Rikke Damkjær et al 2010: *"Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process"*. BJOG 2010;117:921-928
- Digital Sundhed, sammenhængende Digital Sundhed I Danmark; National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012, - til fremme af befolkningens sundhed samt forebyggelse og behandling.
- Region Midtjylland 2009: *"Sociale forskelle i sundhed, anbefalinger fra det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed"*
- Region Midtjylland 2010 a, Center for Folkesundhed: *"Hvordan har du det?, Sundhedsprofil for region og kommuner"*
- Region Midtjylland 2010 b, Center for Kvalitetsudvikling: *"Hvad siger de fødende kvinder – oplevelser af graviditet, fødsel og barsel"*
- Statens Institut for Folkesundhed 2011: Uge 32/2011, *"Ambulant behandling af nyfødte. Stor stigning i nyfødte der må have ambulant behandling på sygehuse siden 2008"*
- Sundhedsplejersketelefonen Region Midtjylland, Årsrapport 2009; *"Hvem ringer? Hvad ringer de om? Hvor tilfredse er de?"*
- Sundhedsstyrelsen 2001; Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. F.B. Kristensen et al. (red). Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering.
- Sundhedsstyrelsen 2001; Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.
- Sundhedsstyrelsen 2005; *"Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk Teknologivurdering"*.
- Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Medicinsk Teknologivurdering
- Sundhedsstyrelsen 2008: Fødsler, graviditet og BMI 2004-1.halvår 2008
- Sundhedsstyrelsen 2009: Anbefalinger for svangreomsorg
- Sundhedsstyrelsen 2009b: Amning – en håndbog for sundhedspersonale

- Sundhedsstyrelsen 2011: Sundhedsstyrelsens hjemmeside, forekomst af overvægt
<http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/Forekomst%20af%20overvaegt.aspx>
- Videbech, Poul 2010: Fødselsdepressioner

Bilag 1 - Medlemmer af det regionale fødeplanudvalg

pr. 1. november 2011

Navn	Titel
Christian Boel (formand)	Afdelingschef, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
Tove Birgit Kristensen	Chefsygeplejerske, Regionshospitalet Viborg, Silkeborg, Hammel, Skive
Lone Winther Jensen	Cheflæge, Regionshospitalet Randers
Inge Lise Hermansen	Oversygeplejerske, Regionshospitalet Viborg, Silkeborg, Hammel, Skive
Joan Dürr	Chefjordemoder, Aarhus Universitetshospital
Karen Marie Nielsen	Chefjordemoder, Regionshospitalet Viborg, Silkeborg, Hammel, Skive
Lone Neumann	Chefjordemoder, Regionshospitalet Randers
Lisbet Drevs	Chefjordemoder, Hospitalsenheden Horsens
Ann Fogsgaard	Chefjordemoder, Hospitalsenheden Vest
Lena Granström	Overlæge, Regionsenheden Vest (obstetrik)
Inger Stornes	Overlæge, Regionshospitalet Randers (obstetrik)
Lone Hvidman	Overlæge, Aarhus Universitetshospital (obstetrik)
Steffen Sommer	Overlæge, Hospitalsenheden Horsens (obstetrik)
Bodil Lauridsen	Ledende sundhedsplejerske, Skanderborg Kommune
Anne Lise Buus Nielsen	Leder af sundhedsplejen, Randers Kommune
Lise Forsom	Praksiskonsulent, Region Midtjylland
Mette Lausten Hansen	Reservelæge, Arbejdsmedicinsk klinik, Aarhus Universitetshospital

Jens Peter Nielsen	Overlæge, Regionshospitalet Viborg (pædiatri)
Mette Korr	Praktiserende læge Horsens og praksiskonsulent
Dorthe Klith	AC-fuldmægtig, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
Troels Paulsen (sekretariat)	AC-fuldmægtig, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

Fødeplanudvalget har udarbejdet udkast til fødeplanen. Sundhedsplanlægning i Region Midtjylland har varetaget sekretariatsfunktionen. Efterfølgende har Henriette Svenstrup (klinisk Kvalitets - & udviklingsjordemoder, Regionshospitalet Viborg) været udlånt til Sundhedsplanlægning og været konsulent på opgaven med at udfærdige det endelige udkast.

Bilag 2 - Ordliste

Anamnese: Sygehistorie

Apgar score: Pointsystem, der anvendes til vurdering af det nyfødte barns tilstand. Vurderingen baseres på barnets respiration, hjerteaktion, tonus (muskelspænding), reflekser og farve

CTG: Cardiotocografi, undersøgelsesmetode, der registrerer fosterets hjertelyd samt livmoderens aktivitet

Doubletest: Doubletesten er baseret på en blodprøve, hvor to proteiner analyseres – deraf navnet 'doubletest'. De to proteiner (PAPP-A og beta-HCG) dannes af moderkagen. Koncentrationen af proteinerne er ofte lidt anderledes i graviditeter, hvor fosteret har Down´s syndrom – mongolisme. Sammen med nakkefoldsskanning udgør doubletesten tilbud om risikovurdering for Down´s syndrom

DRG- taksering: Diagnose relaterede grupper, udtrykker hospitalernes gennemsnitlige driftsudgifter inden for hver DRG gruppe

Flerfoldsfødsel: Fødsel af mere end ét barn (tvillinger, trillinger...)

Føtalmedicin: omfatter screening, diagnostik, kontrol, rådgivning (herunder genetisk rådgivning og rådgivning i forbindelse med fosteranomalier) og i et vist omfang også intra uterin terapi af fosterets sygdomme. Dette arbejde foregår i tæt tværfaglig samarbejde med bl.a. neonatologer, børnekardiologer, børneurologer, genetikere og børneradiologer.

Gastric-Bypass operation: Kirurgisk operation, der begrænser fødeindtaget og optagelsen af føde ved at mavesækken formindskes og øverste del af tyndtarmen forbikøres (by-passes)

Gestational diabetes: Graviditetsbetinget sukkersyge

Latensfase: Fødselens opstartsfasen, inden kvinden endnu er i aktiv fødsel

Maternal dødelighed: Dødsfald, som sker under graviditet, fødsel eller op til 42 dage efter afsluttet graviditet af årsager, der er udløst eller forværret af graviditeten eller dens håndtering

Nakkefoldsskanning: Ultralydsundersøgelse mellem 11 og 14 fulde uger, hvor man måler den smalle væskespalte – kaldet nakkefolden – som alle fostre har i nakkeregionen. Jo større nakkefold, jo større risiko for Down´s syndrom. Sammen med doubletesten udgør nakkefoldsskanningen tilbud om risikovurdering for Down´s syndrom – mongolisme

Neonatal dødelighed: Defineres som antal levendefødte, som dør inden for de første 28 levedøgn pr. 1000 levendefødte

Neonatologi: lægeligt område, der beskæftiger sig med sundhed og sygdomme hos nyfødte børn. Funktionen varetages på børneafdelingerne som en del af specialet pædiatri.

Neonatalperioden omfatter de første 28 levedøgn

Obstetrik: Fødselshjælp. Omfatter sundhedsfremme, forebyggelse, undersøgelser og behandling under svangerskab, fødsel og i barselsperioden. Graviditet, fødsel og barsel ansues som et continuum og involverer både forældre og barn.

Perinatal dødelighed. Antallet af dødfødte efter 22 graviditetsuger og levendefødte, som dør inden for de første 7 døgn pr. 1000 fødte

Perinatal audit: Systematisk tværfaglig og tværsektoriel auditering af forløb, hvor barnet døde i graviditeten, under fødslen eller i perinatal perioden samt forløb med nyfødte med Apgar score < 7 efter 5 minutter. Anvendes som metode til at følge og udvikle kvaliteten i svangreomsorgen, fødselshjælpen og den neonatale behandling. For yderligere information henvises til Kommisorium for Perinatal Audit

Rhesus type: Kvindens og fosterets rhesus type undersøges i graviditeten ved hjælp af blodprøver. Såfremt en rhesus negativ kvinde bærer et rhesus positivt foster tilbydes kvinden vaccination, da hun ellers kan danne antistoffer mod barnets røde blodlegemer. Dette kan medføre alvorlige komplikationer ved efterfølgende graviditet.

Sectio: kejsersnit

Svangreomsorg: Omfatter prækonceptionel rådgivning (før graviditet), graviditet, fødsel, barsel og støtte til familiedannelse. Graviditet, fødsel og barsel er et forløb, hvor de forskellige tilbud og konsultationer er del af en individuel tilrettelagt helhed.

Symfyse-fundusmål: Standardiseret undersøgelsesmetode, der måler afstanden fra skambenet (symfyse) til øverste kant af livmoderens top (fundus) i centimeter.



Regionshuset
Viborg
Sundhedsplanlægning
Hospitalsplanlægning