

## Udrulning af kendt jordemoderordning

### 1. Resume

Kendt jordemoderordning er indført ved fire ud af regionens fem fødesteder. Regionshospitalet Randers starter op i efteråret 2014. Ordningen har positive effekter på bl.a. antallet af rygmarvsbedøvelser og de gravides tilfredshed. Ordningen er imidlertid sårbar, fordi jordemødrenes deltagelse er baseret på frivillighed. Der er desuden driftsmæssige grænser for, hvor mange gravide, der kan tilbydes at indgå i ordningen.

I overensstemmelse med Fødeplanen og det forventede indhold i Sundhedsaftalen vedr. svangreområdet, lægges der op til en differentieret indsats på dette område. Det anbefales, at alle sårbare gravide tilbydes at deltage i kendt jordemoderordning. Samtidig lægges der op til, at de førstegangsfødende, der er i stand til det, kan føde ambulant og udskrives inden for 24 timer, hvilket vil være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen.

Ved at målrette indsatsen mod sårbare gravide, kan jordemødrene specialisere sig i at varetage netop disse gravides behov, ligesom de kan styrke det tværsektorielle samarbejde med kommuner og almen praksis omkring målgruppen.

I notatet opstilles fire modeller for udrulning af kendt jordemoderordning, der på forskellig vis adresserer disse udfordringer og målsætninger.

### 2. Baggrund

#### 2.1 Tidligere politisk behandling

Center for Folkesundhed gennemførte i 2013 en evaluering af kendt jordemoderordning i Region Midtjylland. Regionsrådet sendte i december 2013 evalueringen videre til det nye regionsråd med henblik på senere drøftelse i regionsrådet af perspektiver og muligheder for kendt jordemoderordning i Region Midtjylland. Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet anbefalede i den

forbindelse, at der udarbejdes et egentligt beslutningsgrundlag for udrulning af ordningen.

## 2.2 Evalueringens resultater

Evalueringen baserer sig i vid udstrækning på en gennemgang af især international litteratur omkring kendt jordemoderordning. I evalueringen sammenlignes effekterne af at deltage i kendt jordemoderordning med effekterne af at indgå i den sædvanlige praksis.

I forhold til de faglige effekter af kendt jordemoderordning viste evalueringen blandt andet, at:

- Det er sandsynligt, at antallet af rygmarvsbedøvelser (epiduralblokader) reduceres hos gravide i kendt jordemoderordning
- Der er en tendens til færre akutte kejsersnit hos gravide i kendt jordemoderordning
- Antallet af indlæggelser af nyfødte varierer ikke mellem de to grupper
- Gravide i kendt jordemoderordning er mere tilfredse.

På de øvrige effektmål er tendensen mindre klar, dog falder størstedelen af resultaterne ud til fordel for kendt jordemoderordning.

I forhold til de organisatoriske og økonomiske effekter vurderes det i evalueringen, at:

- Den nye organisation stiller større krav til ledelsen på fødestederne, blandt andet udfordringer i forhold til at indføre en ordning, der er baseret på jordemødrenes frivillige deltagelse, idet kendt jordemoderordning ikke er en del af overenskomsten.
- Kendt jordemoderordning ikke medfører betydelige ekstraomkostninger, såfremt den organisatoriske fleksibilitet bevares.

## 3. Status på kendt jordemoderordning

I løbet af 2014 vil alle fødesteder have indført kendt jordemoderordning. Hospitalsenhed Vest etablerede sine ordninger i 2011 og 2012, mens Regionshospitalet Horsens, Hospitalsenhed Midt og Aarhus Universitetshospital kom med i 2013. Regionshospitalet Randers etablerer kendt jordemoderordning i efteråret 2014.

Antal teams i kendt jordemoderordning, maj 2014.

Regionshospitalet Randers indfører fire teams i efteråret 2014.

	Antal teams
RH Horsens	6
HE Vest – Herning	8
HE Vest – Holstebro	4
HE Midt	7
AUH	4

### 3.1 Forløb for gravide i kendt jordemoderordning

Bortset fra, at de gravide i kendt jordemoderordning er knyttet til et fast team af jordemødre, er tilbuddet til alle gravide i Region Midtjylland det samme. Alle gravide modtager derfor et tilbud af høj faglig kvalitet.

I kendt jordemoderordning tilknyttes den gravide et kendt jordemoderteam bestående af 2-3 faste jordemødre, som varetager graviditetsundersøgelser, fødsels- og familieforbereleskurset, selve fødslen samt barselsomsorgen efter fødslen.

Den gravide følger de samme undersøgelser som andre gravide, dvs. graviditetsscanninger og 5-6 jordemoderundersøgelser. Man vil som udgangspunkt være tilknyttet den samme jordemoder til alle jordemoderundersøgelser, men møder de øvrige jordemødre til fødsels- og familieforbereleskurset.

Hvert team har sin egen vagttelefon, som er åben døgnet rundt. Dermed kan den gravide altid komme i kontakt med en kendt jordemoder, hvis der opstår komplikationer eller akut behov for hjælp. Den gravide kontakter ligeledes teamet, når fødslen går i gang.

Det vil som udgangspunkt være en jordemoder fra teamet, der varetager fødslen. I de få tilfælde, hvor der f.eks. er flere fødsler i gang samtidig, eller hvor jordemoderen er nødt til at sove efter at have været på arbejde i mange timer, varetages fødslen af jordemødre fra det faste beredskab på fødegangen. Dette tilbud har den samme høje faglige kvalitet, men varetages af en jordemoder, der ikke kendes på forhånd.

### *3.2 Brugertilfredshed (LUP)*

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser er en brugertilfredshedsundersøgelse, der gennemføres løbende. Der spørges ikke decideret ind til tilfredsheden med kendt jordemoderordning, men mange af de gravide, der var omfattet af tilbuddet, gav på eget initiativ ordningen rosende kommentarer i 2013.

De gravide fremhæver bl.a., at kendt jordemoderordning giver tryghed, fordi jordemødrene kender én. Kendt jordemoderordning er også med til at skabe sammenhæng i forløbet, fordi man som gravid møder de samme før, under og efter fødslen. For de gravide, der tidligere har haft et traumatisk fødselsforløb, har jordemødrene i kendt jordemoderordning også været en god støtte.

## **4. Udfordringer for kendt jordemoderordning**

### *4.1 Baseret på frivillige aftaler*

Kendt jordemoderordning dækkes af overenskomsten, men er herudover baseret på lokale aftaler med Jordemoderforeningen om bl.a. fravigelse af de sædvanlige arbejdstidsregler. Hidtil har teamene kunnet tiltrække ildsjæle, som har været villige til at indgå i ordningen på trods af øgede krav til fleksibiliteten. Efterhånden som kendt jordemoderordning går fra at blive betragtet som projekter til egentlig drift, er det svært at rekruttere og fastholde jordemødrene på disse vilkår.

Kendt jordemoderordning vil også fremover skulle fungere på jordemødrenes frivillige deltagelse. Rådighedsbelastningen er særligt stor i de teams, der kun består af to jordemødre. Det anbefales derfor, at teamene fremover som udgangspunkt består af tre jordemødre.

Region Midtjylland drøfter kendt jordemoderordning med Jordemoderforeningen, bl.a. med henblik på at indgå lokale arbejdstidsaftaler på området.

### *4.2 Omfanget af kendt jordemoderordning*

Der er af faglige og driftsmæssige årsager en øvre grænse for hvor stor en del af de gravide, der kan blive tilbudt at indgå i kendt jordemoderordning.

Der vil altid skulle være et basisberedskab på afdelingen, som f.eks. kan træde til i akutte komplicerede situationer, og når jordemødre i kendt jordemoderordning har brug for at sove efter en lang vagt eller har to fødsler samtidig.

Den enkelte jordemoders kapacitet kan desuden bedre udnyttes i det faste beredskab, således at den enkelte jordemoder årligt kan varetage flere fødsler som en del af beredskabet end som en del af kendt jordemoderordning. Særligt Aarhus Universitetshospital, der er regionens største fødested, udnytter i dag sine stordriftsfordele i så høj grad, at der vil være betydelige ekstraomkostninger forbundet med at overgå til en høj grad af kendt jordemoderordning. Aarhus Universitetshospital har desuden højtspecialiserede funktioner og dermed mange risikofødsler, hvorfor der er en lavere grænse for, hvor stor en del af beredskabet, der kan omlægges til kendt jordemoderordning.

Det vurderes, at det vil være muligt at tilbyde kendt jordemoderordning til 25% af de gravide i Region Midtjylland. Nogle steder kan dækningsgraden blive højere, men det afhænger i høj grad af, hvordan ordningerne implementeres lokalt i klyngerne.

Om nogle år, når ordningerne er implementeret fuldt ud, og overenskomsten evt. er ændret, kan mulighederne for en bredere udrulning revurderes. Som forberedelse til revurderingen følger fødestederne løbende op på de faglige resultater.

#### *4.3 Målgruppe*

Da kendt jordemoderordning ikke kan tilbydes til alle gravide, er det nødvendigt at målrette tilbuddet. I Region Midtjylland er ordningerne f.eks. særligt rettet mod sårbare gravide, flerfoldsgravide, kvinder med svær fødselsangst, alle gravide ved et konsultationssted eller en geografisk bestemt opdeling.

I dag er der kun et enkelt team, der tager sig af sårbare gravide. Det forventes imidlertid, at netop de sårbare gravide vil have særligt gavn af den øgede tilgængelighed og tryghed for at styrke deres håndtering af den nye livssituation. En særlig indsats for de sårbare vil derfor være i tråd med Sundhedsplanens målsætning om at skabe mere lighed i sundhed gennem en differentieret indsats – en målsætning, der forventes også at blive gennemgående i de kommende sundhedsaftaler.

Ved at tilbyde kendt jordemoderordning til de sårbare gravide, vil jordemødrene udvikle særlige kompetencer i forhold til at tage vare på netop denne målgruppe, ligesom de kan efteruddanne sig ift. målgruppen. Jordemødrene vil desuden kunne udvikle det tværsektorielle samarbejde med kommuner og almen praksis.

Det anbefales, at kendt jordemoderordning som udgangspunkt tilbydes til sårbare gravide. Derudover vil det være op til de enkelte klynger at fastlægge de præcise kriterier samt evt. udvidelser af målgruppen ud fra lokale hensyn. Dermed kan kriterierne løbende tilpasses ændrede forudsætninger i de enkelte klynger.

### **5. Modeller for udrulning af kendt jordemoderordning**

Der opstilles i dette notat fire modeller for kendt jordemoderordning i Region Midtjylland

*Model 0: Ingen ændringer*

Kendt jordemoderordning fortsætter som hidtil, hvor det er op til de enkelte hospitalsenheder, om der skal tilbydes kendt jordemoderordning, og hvordan disse skal organiseres.

Økonomiske konsekvenser: Ingen

*Model 1: Bibehold de nuværende kendt jordemoderteams*

Det nuværende antal teams bibeholdes. Alle teams består som udgangspunkt af tre jordemødre.

Denne model indebærer, at Aarhus Universitetshospital fortsat kun tilbyder kendt jordemoderordning til 10% af de gravide.

Økonomiske konsekvenser: Ingen

*Model 2: Bibehold de nuværende kendt jordemoderteams, opret to teams på Aarhus Universitetshospital til sårbare gravide og prioriter de sårbare gravide.*

De nuværende teams bibeholdes. Alle teams består som udgangspunkt af tre jordemødre. Der oprettes to teams til varetagelse af de sårbare gravide på Aarhus Universitetshospital.

Kendt jordemoderordning tilbydes til sårbare gravide samt gravide, der ønsker at føde hjemme. De præcise kriterier samt evt. udvidelser af målgruppen fastlægges i klyngerne.

I denne model finansieres ændringerne delvist ved at indføre ambulante fødsel for førstegangsfødende.

<b>Nettoeffekter ved ændringer i kendt jordemoderordning: Model 2</b>	
Etablering af 2 nye teams på AUH	-1.653.949 kr.
Sengerreduktion som følge af 25% ambulante førstegangsfødende	1.003.137 kr.
<b>Nettoeffekt</b>	<b>- 650.812 kr.</b>

*Model 3: Bibehold de nuværende kendt jordemoderteams, opret tre teams på Aarhus Universitetshospital til sårbare gravide og prioriter de sårbare gravide. Alle fødesteder tilbyder minimum 25% af de gravide kendt jordemoderordning.*

De nuværende teams bibeholdes. Hvert team består som udgangspunkt af tre jordemødre.

Der oprettes tre teams til varetagelse af de sårbare gravide på Aarhus Universitetshospital.

Kendt jordemoderordning tilbydes til minimum 25% af alle gravide i Region Midtjylland med mulighed for lokalt at sigte højere. For at nå dette mål, oprettes tre teams på Aarhus Universitetshospital.

Kendt jordemoderordning tilbydes til sårbare gravide samt gravide, der ønsker at føde hjemme. De præcise kriterier samt evt. udvidelser af målgruppen fastlægges i klyngerne.

Med denne model vil flere familier få mulighed for at deltage i kendt jordemoderordning.

I denne model finansieres ændringerne delvist ved at indføre ambulante fødsel for førstegangsfødende.

<b>Nettoeffekter ved ændringer i kendt jordemoderordning: Model 3</b>	
Etablering af 3 nye teams på AUH	-2.512.283 kr.
Sengerreduktion som følge af 25% ambulante førstegangsfødende	1.003.137 kr.
<b>Nettoeffekt</b>	<b>- 1.509.146 kr</b>

#### 5.1 Opsamling på de økonomiske konsekvenser

I tabellen herunder ses de økonomiske konsekvenser af de fire modeller. I model 2 og 3 er indregnet en delvis finansiering via sengerreduktioner som følge af ambulante førstegangsfødende som beskrevet i afsnit 6. Finansieringen af den resterende del vil indgå i budgetdrøftelserne for budget 2015.

<b>Samlet oversigt over modeller og økonomiske konsekvenser</b>	
Model 0: Ingen ændringer	0 kr.
Model 1: Bibehold nuværende antal teams med tre jordemødre i hvert team	0 kr..
Model 2: Målret mod sårbare gravide og opret to ekstra teams ved AUH	- 650.812 kr.
Model 3: Målret mod sårbare gravide og tilbyd ordningen til mindst 25% af de gravide	- 1.509.146 kr.

Note: I model 2 og 3 er medregnet en delvis finansiering via 25% ambulante førstegangsfødende.

### 6. Delvis finansiering: Ambulante førstegangsfødende

I dag tilbydes førstegangsfødende i Region Midtjylland typisk et barselsophold på op til 48 timer/to overnatninger, mens flergangsfødende udskrives 4-6 timer efter fødslen, hvis fødslen er forløbet uden komplikationer. Ved at lægge op til, at førstegangsfødende ligeledes kan føde ambulante, dvs. at de udskrives inden for 24 timer efter fødslen, kan der ske en sengerreduktion på barselsafsnit/patienthoteller.

Af Sundhedsstyrelsens reviderede "Anbefalinger for Svangreomsorgen" fra 2013 fremgår det, at også førstegangsfødende kan udskrives tidligt, hvis en række betingelser er opfyldt. Det inkluderer vurdering af moderens fysiske og psykiske helbredstilstand efter fødslen, barnets helbredstilstand og stabilitet samt forældrenes evner og tillid til at kunne varetage barnets behov. En væsentlig forudsætning for tidlig udskrivelse er, at forældrene er velforberejdede på den første tid hjemme, blandt andet gennem fødsels- og forældreforberedelse i graviditeten. Dette er særligt vigtigt for førstegangsfødende. Tidlig udskrivelse kræver desuden, at forældrene har adgang til et tilstrækkeligt netværk og støtte efter hjemkomst, herunder

faderens aktive deltagelse, samt uhindret adgang til relevant opfølgning i primær og sekundær sektor.

Der skal være særlig opmærksomhed på mødre, som ikke ønsker at blive udskrevet, selvom alle forhold taler for udskrivelse, idet der er større risiko for komplikationer for disse kvinder.

Førstegangsfødende har – i forhold til flergangsfødende – en større risiko for komplikationer, førstegangsfødende har hyppigere startvanskeligheder omkring amningen og mælken dannes senere. Førstegangsfødende har derfor et særligt behov for observation og vejledning i den første tid efter fødslen. Ambulant fødsel med udskrivelse få timer efter fødslen bør kun forekomme, hvis den førstegangsfødende selv ønsker det, og der er et tilbud om tæt støtte i hjemmet, samt hvis ovenstående forudsætninger for udskrivelse er opfyldte.

Til førstegangsfødende, som udskrives inden for 24 timer, tilbydes besøg i hjemmet af jordemoder. Såfremt jordemoderen vurderer, at der er særlige behov af sundhedsplejefaglig karakter, skal hun kontakte sundhedsplejersken med henblik på evt. tidligere besøg end 4.-5.-dagen.

Formålet med kontakten er blandt andet at vurdere, om amning eller anden ernæring er etableret, om barnet har vandladning og afføring svarende til alderen, om barnet er sløvt, om moderens fysiske restitution forløber normalt, og om familien befinder sig godt psykisk.

I Region Syddanmark går 25% af de førstegangsfødende hjem inden for et døgn, mens de øvrige indlægges, f.eks. af faglige årsager. Det vurderes, at 25% også vil være et realistisk mål i Region Midtjylland.