

Region Hovedstaden

Forslag til fødeplan for Region Hovedstaden

REGION

Koncern Plan og Udvikling
Maj 2010

Forord

Indholdsfortegnelse

Forord	2
Sammenfatning og anbefalinger	5
1. Rammer og lovgrundlag	8
1.1 Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen	8
1.2 Region Hovedstadens Fødeplanudvalg	9
1.3 Organisering af fødselsområdet i Region Hovedstaden	10
1.4 Fødselsudvikling og fødselsdata	13
1.5 Mål og principper for svangreomsorgen	14
1.6 Information om tilbuddene	16
2. Regionens tilbud på svangreområdet	17
2.1 Tilbud til den gravide	18
2.2 Kontinuitet i graviditet og fødsel	20
2.3 Fødselsforberedelse	21
2.4 Fødslen	22
2.5 Barsel - den første tid efter fødslen	25
2.6 Regionalt familieambulatorium	26
2.7 Private jordemødre og fødeklinikker	26
2.8 Opsamling på anbefalinger	27
3. Samarbejdet mellem praksis, hospitaler og kommuner	28
3.1 Ansvarsfordeling mellem sektorer	28
3.2 Forløb og overgange mellem sektorer under graviditet, fødsel og barsel	29
3.3 Tidlig indsats og komplicerede graviditetsforløb	32
3.4 Elektronisk kommunikation mellem sektorer	34
3.5 Opsamling på anbefalinger	35
4. Kvalitetsudvikling, monitorering og patientsikkerhed	37
4.1 Opgavefordeling mellem region og kommuner om kvalitetsudvikling og patientsikkerhed	37
4.2 Drift og videreudvikling af kliniske databaser	38

4.3 Perinatal audit	40
4.4 Obstetrisk færdighedstræning	41
4.5 Undersøgelse af fødende kvinders oplevelser	42
4.6 Opsamling på anbefalinger	43
5. Kvinde-barn centre	45
6. Økonomiske konsekvenser	47
7. Implementering	48
Ordliste	51
Bilag 1: Kommissorium for Region Hovedstadens fødeplanudvalg	52
Bilag 2: Underarbejdsgrupper under fødeplanudvalget	55

Sammenfatning og anbefalinger

Region Hovedstadens fødeplan fastlægger indsatsen ved graviditet, fødsel og barsel og beskriver, hvordan anbefalingerne for svangreomsorgen opfyldes. Særligt tre områder har været i fokus, og det er:

- regionens tilbud på svangreområdet
- samarbejdet mellem praksis, hospitaler og kommuner
- kvalitetsudvikling, monitorering og patientsikkerhed.

I regionens tilbud på svangreområdet gives der anbefalinger til de få områder, hvor regionen ikke opfylder Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen. Der gives desuden anbefalinger til et ensartet, men behovsdifferentieret serviceniveau på tværs af fødestederne for at sikre lige adgang til svangreomsorg, fødsel og barsel for regionens kvinder. Fødeplanudvalget har følgende anbefalinger:

- Kvinderne i regionen tilbydes en differentieret indsats afhængig af behov.
- Kvinderne tilbydes kontinuitet i graviditeten.
- Der tilbydes 5 til 7 jordemoderkonsultationer i graviditeten.
- Fødestederne tilbyder fødselsforberedelse i grupper og enkeltstående temaeftermiddage for flergangsfødende samt målrettet fødselsforberedelse for kvinder fra niveau 3 og 4.
- Hvert fødested etablerer en brugervenlig hjemmeside med råd og vejledning.
- Der er tilbud om ambulante fødsel, hvor kvinden udskrives 4-6 timer efter fødslen. Ambulant fødsel er standard for flergangsfødende uden komplikationer.
- Der er tilbud om hjemmefødsel, hvor hvert fødested varetager hjemmefødsler for eget optageområde.
- Der er fast tilstedeværelse af jordemoder ved aktiv fødsel.
- Førstegangsfødende får tilbud om to overnatninger, hvis der ikke ønskes ambulante fødsel.
- Efter ambulante fødsel er der to jordemoderkontakter. Den ene kontakt foregår i hjemmet 2 til 3 dage efter fødslen og den anden kontakt foregår efter behov i barselambulatoriet.
- Efter hjemmefødsel er der to jordemoderkontakter. Den ene kontakt foregår i hjemmet 2 til 3 dage efter fødslen og den anden kontakt foregår efter behov i barselambulatoriet.
- Fødestedet tager telefonisk kontakt inden for det første døgn efter fødslen ved ambulante fødsel og hjemmefødsel.
- Der tages hælbloodprøve i hjemmet/på afdelingen ved ambulante fødsel og hjemmefødsel, og hørescreening foregår efter aftale.
- Der er barselambulatorier på alle fødesteder, hvor kvinderne selv kan henvende sig.
- Ved behov tilbyder fødestederne efterfødselsamtale inden for en måned.

Samarbejdet mellem praksis, hospitaler og kommuner er meget væsentligt for at den gravide, fødende og barslende kvinde og familie oplever et sammenhængende og kontinuerligt forløb. Graviditet, fødsel og barsel er således et komplekst forløb, der involverer flere myndigheds personer og sundhedspersoner på tværs af sektorer. Sundhedsstyrelsen anbefaler et tæt og velbeskrevet samarbejde mellem fødesteder, jordemødre, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Det tværsektorielle samarbejde er yderligere aktualiseret som følge af ændret opgavefordeling ved kommunalreformen samt differentiering af svangreomsorgen og niveauopdelt indsats.

For at sikre hensigtsmæssige overgange mellem sektorerne samt sikre optimale og sammenhængende forløb især for kvinder fra niveau 2, 3 og 4 anbefaler fødeplanudvalget at:

- Alle elektroniske henvendelser til kommunerne sendes til kommunernes hovedpostkasse. Det skal tydeligt fremgå af henvendelsen, hvem den skal videresendes til, og om det er til sundhedsplejen, sagsbehandlerne i socialforvaltningen eller begge funktioner.
- Fødestederne anvender ensartet terminologi, og ambulatorier for amning m.v. benævnes barselambulatorium.
- Med udgangspunkt i et passende befolkningsunderlag og fødestedernes optageområder planlægger regionen, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere jordemoderkonsultationerne uden for fødestedet.
- Fødestederne udpeger koordinerende jordemødre, som tager sig af kvinder fra niveau 2, 3 og 4 og sørger for sammenhæng i indsatsen.
- Det enkelte fødested skaber overblik over de relevante kommunale henvisningsmuligheder i fødestedets optageområde.
- Regionen indgår i samarbejde med Digital Sundhed og understøtter udviklingen af en elektronisk vandrejournale, som kan tilgås af almen praksis og fødestedet, og som gøres tilgængelig for alle involverede.

De nævnte anbefalinger kan umiddelbart implementeres af parterne. Imidlertid er der også en række anbefalinger, der med fordel kan indgå i arbejdet med sundhedsaftalerne. Det er anbefalinger, hvor der er behov for nærmere drøftelse og bearbejdning. Det gælder følgende anbefalinger:

- Via sundhedsaftalerne arbejdes der videre med at fastlægge en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet og fødestedets optagekommuner for hjemmefødsler og ambulante fødsler.
- Efter aftale med regionen indtænker kommunerne jordemodercentre ved planlægning af sundhedscentre, hvor der også er sundhedspleje.
- Kommunerne indgår i dialog med kommunens praktiserende læger om snitfladen i relation til svangreomsorg, eventuelt via de kommunale praksiskonsulenter eller tilsvarende ordning.
- Det aftales med kommunerne, hvordan MedCom standarderne for svangreomsorg skal anvendes til kommunikation mellem hospital og kommune.

Forudsætningen for høj faglig kvalitet i svangreomsorgen er samarbejde og koordinering om kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Der er stort behov for optimering herunder tilvejebringelse og kvalificering af de data, der i dag indsamles på fødselsområdet. For en række data er der samtidig behov for, at

det sker i samarbejde mellem fødesteder, praksissektor og kommuner. Fødeplanudvalget anbefaler følgende:

- Sundhedsfagligt råd for gynækologi og obstetrik følger, opgør og sammenligner kliniske data i regionen.
- På sigt gennemføres kvalitetsovervågningen i tæt samarbejde mellem hospitaler, praksissektor og kommuner, og der udarbejdes fælles journaldokumentation i både hospitalets journal og i sundhedsplejerskernes journalsystem. Imidlertid er der behov for en præcis afdækning, og derfor nedsættes en arbejdsgruppe under det permanente fødeplanudvalg, som ser nærmere herpå.
- Data til overvågning af krav fra Den Danske Kvalitets Model til det obstetriske forløb samles i Enhed for Klinisk Kvalitet.
- Der gennemføres en analyse af, hvilke behov et it-system, som understøtter det obstetriske speciale skal dække, herunder udarbejdelse af kravspecifikation for en specialespecifik obstetrisk journal.
- Der indføres en procedure med perinatal audit for en systematisk gennemgang af døde og børn op til 1-års alderen, der har fået en fødselsskade. Fødeafdelingerne har lokale fora, hvor resultaterne fra perinatal audit diskuteres og anvendes.
- Der iværksættes obstetrisk færdighedstræning tilrettelagt som et undervisningsforløb á to dage fordelt over 2 år.
- Det permanente fødeplanudvalg udformer en strategi for, hvordan der kan følges op på resultaterne i undersøgelsen af fødende kvinders oplevelser.

I henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen skal region og kommuner udarbejde informationsmateriale til den gravide og hendes partner om regionens og kommunens tilbud. Det er en ganske omfattende opgave, som det ikke har været muligt for fødeplanudvalget at nå at løse. Opgaven om udarbejdelse af informationsmateriale henlægges derfor til en arbejdsgruppe under det permanente fødeplanudvalg med igangsætning i efteråret 2010.

1. Rammer og lovgrundlag

1.1 Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen

Svangreområdet er reguleret i sundhedslovens bestemmelser om sundhedsmyndighedernes pligter og patienternes rettigheder herunder forhold med betydning for svangreområdet. Gravide bosat i landet har således ret til ydelser efter loven, og udgiften hertil skal afholdes af bopælsregionen.

Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om patienters retstilling, og er dermed også omfattet af bestemmelserne om samtykke, tavshedspligt, videregivelse af helbredsoplysninger og underretningspligt. Det er dog vigtigt, at være opmærksom på, at den gravide kvinde ikke betragtes som syg, og at langt de fleste fødselsforløb er ukomplicerede.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen 2009, der omfatter sundhedsvæsenets indsats ved graviditet, fødsel og barsel, erstatter Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 1998. Anbefalingerne er opdateret som følge af den faglige/medicinske og demografiske udvikling på området. Anbefalingerne henvender sig bredt til sundhedspersonalet og beskriver såvel lovbundne krav som hensigtsmæssige tiltag.

Formålet med svangreomsorgen er at yde en differentieret indsats med udgangspunkt i den gravides ønsker, behov og rettigheder. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende, og den skal sikre en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed. Den differentierede indsats og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde niveaudeles i fire niveauer, der strækker sig fra det basale tilbud til det specialiserede tilbud afhængig af den gravides behov.

Regionen skal yde indtil fem forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet. Desuden yder regionen forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder samt jordemoderhjælp ved fødsel på hospital og i hjemmet.

Herudover kan kommunen beslutte, at gravide med særlige behov skal tilbydes en særlig indsats. Heraf følger muligheden for et styrket samarbejde mellem jordemoder, læge og sundhedsplejerske for gravide med særlige behov.

Der er ikke lovkrav om, at sundhedsaftalerne mellem region og kommuner 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 anbefalingerne, at samarbejdet indenfor svangreomsorgen tilrettelægges lokalt, eksempelvis i et fødeplanudvalg, og at det er muligt at indgå frivillige sundhedsaftaler på området.

Sundhedsstyrelsen anbefaler således, at der etableres et formaliseret, velbeskrevet og tæt samarbejde mellem hospitalernes fødesteder, jordmodercentre, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Formålet er at udarbejde beslutningsgrundlaget for regionens planlægning af svangreomsorgen samt lokale og fælles retningslinjer for visitation. Herudover bør der:

- fastlægges prioriterede indsatsområder
- udarbejdes planer for samarbejdet for komplicerede graviditetsforløb
- udarbejdes planer for samarbejdet i barselsperioden
- sikres drift og videreudvikling af kliniske databaser
- udarbejdes regionalt og kommunalt informationsmateriale om tilbuddene
- ske koordinering af opgavefordelingen mellem region og kommuner for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

Det fremgår desuden af anbefalingerne, at:

- der skal udarbejdes retningslinjer for sammenhæng og kontinuitet i overgangen fra sekundær- til primærsektor
- regionen skal udarbejde en vejledning for overflytning til fødeafdeling ved komplikationer
- på de enkelte fødeafdelinger skal der være retningslinjer for, hvad der sker, hvis der opstår komplikationer
- der skal udfærdiges standarder for opfølgningssamtale ved udskrivning
- genindlæggelsesfrekvensen af nyfødte skal monitoreres inden for 14 dage efter fødslen efter Den Danske Kvalitetsmodel.

Endelig anbefales det, at svangreomsorgen for gravide med rusmiddelproblemer bør organiseres i et regionalt familieambulatorium.

Anbefalingerne for svangreomsorgen trådte i kraft den 1. september 2009, men Sundhedsstyrelsen anfører, at implementering af nye anbefalinger på nogle punkter vil kræve en længere forberedelse af den fornødne logistik og planlægning.

1.2 Region Hovedstadens Fødeplanudvalg

Med henblik på at opfylde anbefalingerne for svangreomsorgen og fastlægge indsatsen ved graviditet, fødsel og barsel nedsættes der et permanent fødeplanudvalg for Region Hovedstaden, jvf. bilag 1.

Fødeplanudvalget er bredt sammensat med repræsentanter fra regionsadministrationen, praksissektor og kommuner samt repræsentation med læger, sygeplejersker, jordemødre, sundhedsplejersker m.fl. Der er repræsentation fra alle fire planlægningsområder i Region Hovedstaden samt Bornholm. Grundstammen i fødeplanudvalget består af repræsentanter fra Sundhedsfagligt Råd for Gynækologi og Obstetrik og formandskabet varetages af formand samt næstformand fra det sundhedsfaglige råd.

Udvalget har som sin første opgave udarbejdet nærværende forslag til en regional fødeplan. Regionens fødeplan skal sikre, at der tilbydes lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje for alle regionens borgere i relation til graviditet, fødsel og barsel. Den regionale fødeplan afløser således alle gamle eksisterende fødeplaner.

Arbejdet er omfattende, idet regionens planlægning af svangreomsorgen rækker fra planer for samarbejdet med kommunerne og praksissektor over til vejledning og standarder for særlige områder, monitorering samt informationsmateriale.

Fødeplanudvalgets opgaver har derfor været fordelt således, at fødeplanudvalget har taget sig af de generelle og overordnede opgaver, mens tre arbejdsgrupper, jvf. bilag 2, der refererede til fødeplanudvalget, har taget sig af de mere specifikke opgaver.

1.3 Organisering af fødselsområdet i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden er inddelt i fire planlægningsområder samt Bornholm. I henhold til Region Hovedstadens Hospitalsplan 2007 er det besluttet, at kvinde-barn området, der omfatter gynækologi/obstetrik og pædiatri, skal varetages på områdehospitalet; dog varetager Rigshospitalet funktionen i planlægningsområde Byen. Hermed sikres det, at fødsler varetages på hospitaler med pædiatri og neonatologi.

Som følge heraf varetages graviditet, fødsel og barsel, når hospitalsplanen er fuldt implementeret i planlægningsområde Nord på Hillerød Hospital, i planlægningsområde Midt på Herlev Hospital, i planlægningsområde Syd på Hvidovre Hospital og i planlægningsområde Byen på Rigshospitalet. På Bornholm varetages området på Bornholms Hospital, dog vil funktioner der ikke varetages her, blive varetaget på Rigshospitalet.

Udover hovedfunktioner for gynækologi/obstetrik der varetages på alle fødestederne, varetages ligeledes regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. Således varetages der regionsfunktioner på Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Herlev Hospital og Hillerød Hospital. Desuden varetages højt specialiserede funktioner på Rigshospitalet, Hvidovre Hospital og Herlev Hospital.

Der samarbejdes for alle funktioner med en række specialer, og for de højt specialiserede funktioner samarbejdes der også med psykiatrien. Andelen af sårbare gravide med psykisk sygdom, misbrugsproblemer, socialt belastede m.fl. er stigende, og der er således behov for en øget forebyggende indsats, og særligt for disse grupper er der behov for samarbejde med psykiatrien.

For en nærmere præcisering af regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner henvises til Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk ”Specialeplanlægning”.

Kortet nedenfor viser placeringen af fødeafdelinger og jordemoderkonsultationer medio 2010. Udover de lokale jordemoderkonsultationer, der er placeret i kommuner og bydele, er der også jordemoderkonsultation på hospitalerne. Fødeafdelingen (gynækologisk/obstetrisk afdeling) på Gentofte Hospital hører ledelsesmæssigt under Rigshospitalet.

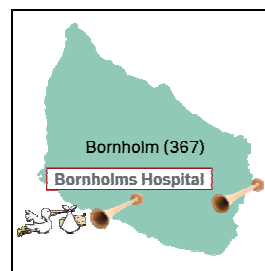
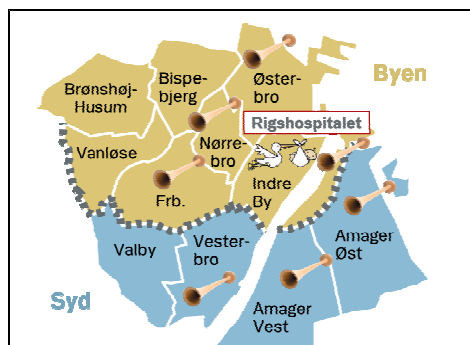
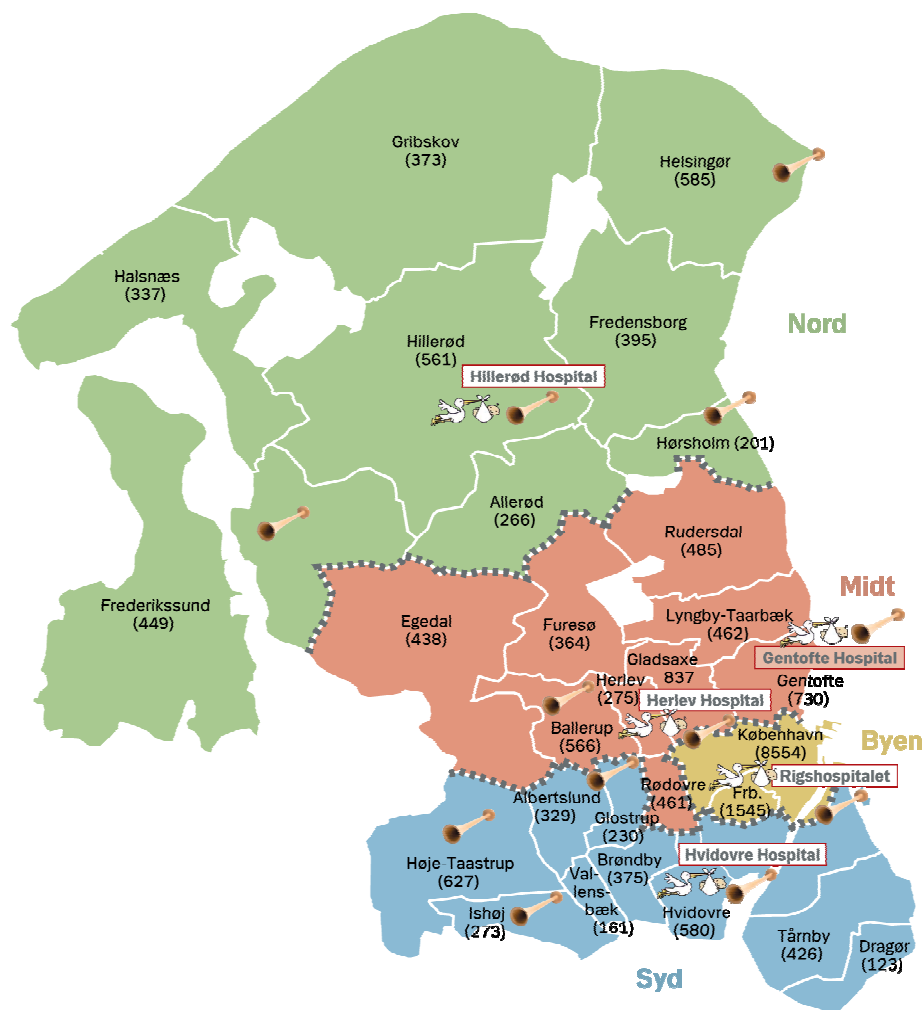
Planlægningsområde



Jordemoderkonsultation

Nord

Hillerød Hospital
Helsingør
Frederikssund
Hørsholm

Fødeafdelinger og jordemoderkonsultationer i 2010



 Fødeafdelinger () Antal fødsler i 2008, Danmarks statistik
 Jordemoderkonsultationer Under ledelse af Rigshospitalet

Planlægningsområde

Jordemoderkonsultation

Midt

Herlev Hospital
 Ballerup
 Glostrup
 Ishøj
 Tåstrup
 Amager

Syd	Hvidovre Hospital Vesterbro Amager
Byen	Rigshospitalet Gentofte Hospital Nørrebro Østerbro Frederiksberg Hospital
Bornholm	Bornholms Hospital Nexø

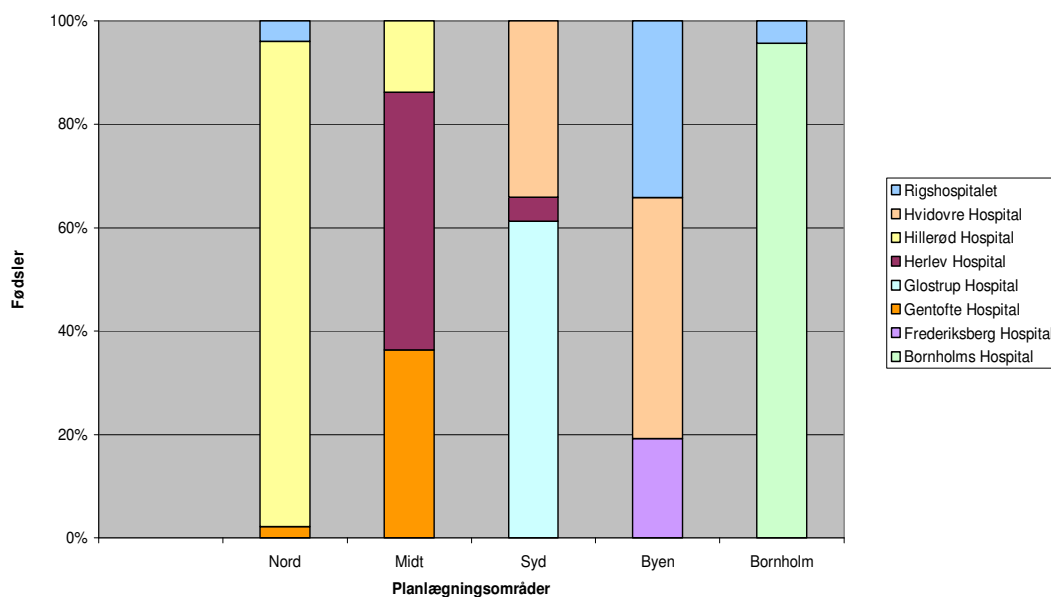
Da hospitalsplanen bliver implementeret successivt i Region Hovedstaden, sker der en løbende ændring i, hvilke kommuner og bydele de enkelte fødeafdelinger betjener. For en aktuel status henvises der til ”visitationsmeddelelser” på hjemmesiden www.sundhed.dk

Regionens retningslinjer for visitation

Muligheden for at føde skal foregå så tæt på den gravide kvindes bopæl som muligt. For at opfylde de sundhedspolitiske hensigtserklæringer herunder hensynet til kvalitet og udvikling er grundlaget for fødeafdelingerne de fire planlægningsområder og Bornholm.

Gravide kvinder er desuden omfattet af frit sygehusvalg og kan vælge mellem alle fødesteder i Danmark. Den praktiserende læge rådgiver kvinden og sikrer visitation til fødestedet på baggrund af kvindens ønsker. Det frie valg kan dog begrænses, dels hvis hospitalet ikke har tilstrækkelig kapacitet, og dels hvis der er risici forbundet med graviditeten eller fødslen. Herudover kan der være behov for lokale retningslinjer, hvorfor Rigshospitalet aftaler nærmere visitationsretningslinjer med Bornholm.

Fødested for kvinder bosat i pågældende planlægningsområde i 2008

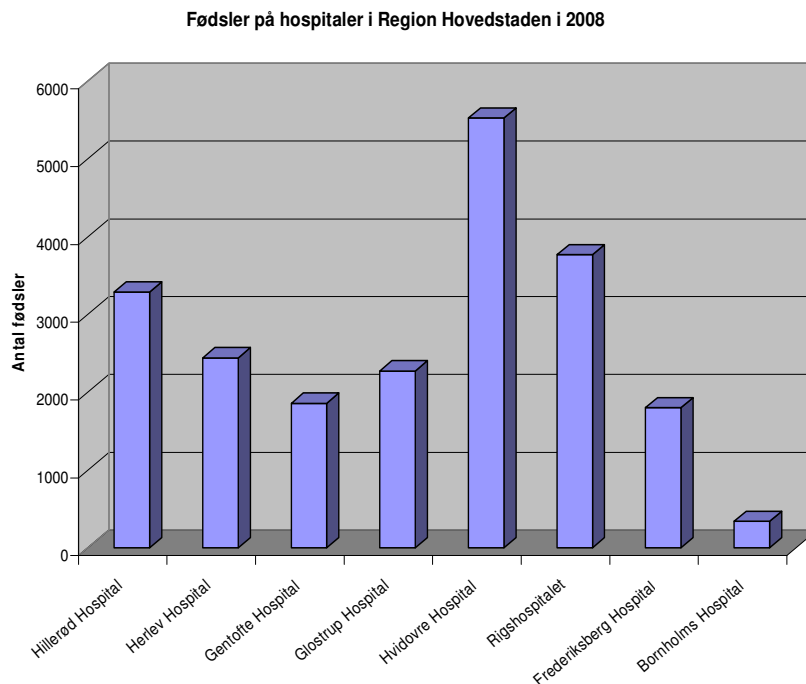


Kilde: Landspatientregistret

Figuren ovenfor viser på hvilke hospitaler de kvinder, der er bosat i de pågældende planlægningsområder, har født i 2008. Nogle kvinder benytter frit valg, og det gælder især i planlægningsområde Midt, Syd og Byen. Når en række kvinder derudover føder andre steder end på planområdet fødested skyldes det dog især, at hospitalsplanen og omlægningen af optageområder i 2008 kun lige var påbegyndt implementeret.

1.4 Fødselsudvikling og fødselsdata

Region Hovedstaden havde 21.300 fødsler i 2008. Heri indgår knap 1000 fødsler for kvinder bosat i andre regioner.



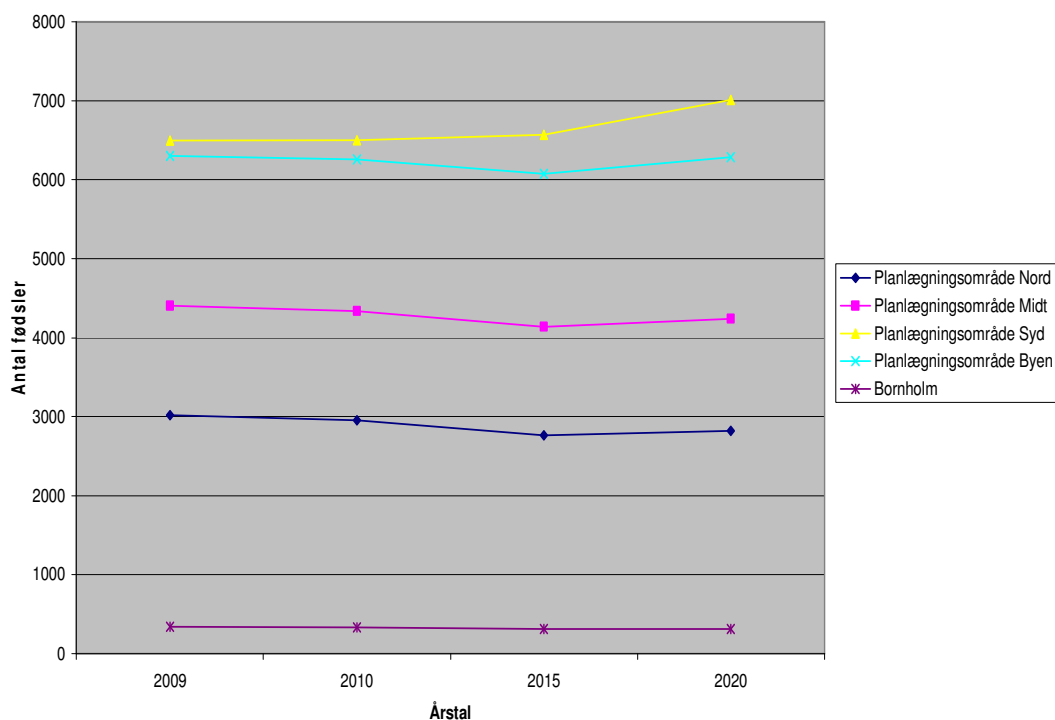
Kilde: Landspatientregistret

I figuren ovenfor vises antallet af fødsler fordelt på de enkelte hospitaler i regionen. Der er flest fødsler på Hvidovre med 5.526 og færrest fødsler på Bornholm med 340. Herudover fordelte fødslerne sig med 3.769 på Rigshospitalet, 3.288 på Hillerød, 2.443 på Herlev, 2.273 på Glostrup, 1.860 på Gentofte og 1.801 på Frederiksberg. Som led i implementeringen af hospitalsplanen varetager Glostrup og Frederiksberg Hospitaler ikke længere fødsler.

Nedenfor vises en demografisk betinget fremskrivning for antallet af fødsler i regionen for perioden fra 2009 til 2020. Fremskrivningen er baseret på den generelle befolkningsudvikling. Fremskrivningen viser, at antallet af fødsler stort set er uændret med en stigning på 106 fødsler for hele regionen i perioden frem til 2024.

Ses der på de enkelte planlægningsområder er der variationer i den forventede udvikling. I planlægningsområde Syd forventes antallet af fødsler at stige med 8 % (517) mens der i planlægningsområde Byen forventes et uændret antal fødsler. I planlægningsområderne Nord og Midt forventes antallet af

Fødselsfremskrivning fra 2009 til 2020



Kilde: Danmarks Statistisk og Københavns Kommune

fødsler at falde med 7 % (202) og 4 % (164). På Bornholm forventes der ligeledes en nedgang i antallet af fødsler med godt 9 % (31). Udviklingen er demografisk betinget og er et resultat af aldersforskydninger, og om der er flere eller færre kvinder i den fødedygtige alder.

Gennemsnitsalderen i 2008 for førstegangsfødende var 29 år mens gennemsnitsalderen for alle fødende var 30,4 år.

Igennem de senere år er andelen af gravide med overvægt steget, og i dag er 1/3 af de gravide overvægtige, og 10 % er svært overvægtige. I 2008 blev der udarbejdet en sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommunerne. Det må antages, at den viden der her er afdækket om borgernes sundhed, også gør sig gældende for gravide. Sundhedsprofilen kan således anvendes af fødestederne i forhold til, hvor der kan være behov for at sætte ind over for livsstils sygdomme hos de gravide kvinder.

1.5 Mål og principper for svangreomsorgen

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen er formålet med sundhedsvæsenets indsats beskrevet. Det fremgår:

”at indsatsen skal bidrage til, at mor og barn får så godt et forløb som muligt. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende, og den skal styrke og bistå kvinden og hendes partner/familien under hele forløbet. Målet er, at denne periode gennemleves som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed”.

Da dette er regionens første fødeplan, er det væsentligt at fastlægge fælles mål og principper, ligesom det er væsentligt med et fælles udgangspunkt for regionens indsats på svangreområdet. Svangreområdet blev således før regionsdannelsen varetaget af Københavns og Frederiksborg Amter, Bornholms regionskommune og H:S, og der var nuancer og mindre forskelligheder i måden at tilrettelægge indsatsen på, ligesom målene var forskellige.

I det følgende opstilles mål og delmål for Region Hovedstadens samlede indsats i svangreomsorgen, kvalitetsudvikling af området samt samarbejde mellem kommuner, hospitaler og praktiserende læger. Mål og delmål tager udgangspunkt i og uddyber regionens sundhedspolitiske hensigtserklæringer.

Overordnet mål

I overensstemmelse med Region Hovedstadens sundhedspolitiske hensigtserklæringer skal regionen sikre, at der tilbydes fri, lige og gratis adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje for alle regionens borgere under graviditet, fødsel og barsel. Indsatsen skal være på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau. Endelig er sammenhæng i indsatsen afgørende, og derfor er det nødvendigt med et godt og stabilt samarbejde mellem hospitalerne, de praktiserende læger og kommunerne.

Region Hovedstadens fødeplan skal derfor i svangreomsorgen sikre:

- en lige og behovsdifferentieret indsats
- et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, praksis og kommuner
- en høj faglig kvalitet, monitorering og patientsikkerhed

Lige og behovsdifferentieret indsats

Svangreomsorgen 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 sundhedsydelse ved samme behov.

Svangreomsorgen skal være differentieret, og der gives særlig støtte til udsatte og sårbare gravide, som er kendetegnet ved misbrug, psykisk lidelse, udviklingshæmning og sociale belastninger. Der rettes særlig opmærksomhed overfor kvinder for hvem graviditet, fødsel og barsel kan forventes at blive kompliceret.

Indsatsen skal tilpasses kvindernes og familiernes erfaringsgrundlag, og indsatsen skal respektere kvindens integritet i hele forløbet. Indsatsen skal understøtte faderens naturlige medvirken i forløbet, den tidlige familiedannelse med vægt på amningens etablering, og at familien kan blive sammen, også ved sygdom.

Velfungerende samarbejde mellem hospitaler, praksis og kommuner

Indsatsen skal være sammenhængende i hele forløbet på tværs af faggrupper og sektorgrænser og skal opleves sådan af kvinderne. Der tilstræbes især kontinuitet i jordemoderindsatsen samt samarbejde mellem jordemødre, praktiserende læger og sundhedspleje.

Særligt overfor sårbare og udsatte gravide og deres familier skal der sikres et hurtigt og målrettet tværfagligt samarbejde, således at disse familier får de bedste udviklingsmuligheder allerede under graviditeten.

Høj faglig kvalitet, monitorering og patientsikkerhed

Praksis skal i videst muligt omfang baseres på evidens, og kvaliteten skal løbende overvåges og evalueres med udgangspunkt i det samlede forløb.

For at sikre en høj faglig kvalitet og optimal patientsikkerhed skal der ske en videreudvikling i kvalitetsmålesystemer, databaser og audit samt træning af personalet.

Fødestederne skal fortsat varetage uddannelses- og forskningsforpligtelser på højt niveau, leve op til universitetsforpligtelserne samt varetage de højt specialiserede funktioner som fastlagt af Sundhedsstyrelsen.

1.6 Information om tilbuddene

I henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen skal region og kommuner udarbejde informationsmateriale til den gravide og hendes partner om regionens og kommunens tilbud.

Der findes i dag ganske meget materiale på området, og det er en stor opgave at gennemgå og udarbejde nyt materiale samt overveje de bedst mulige informationskilder. Opgaven om udarbejdelse af informationsmateriale henlægges derfor til en arbejdsgruppe under det permanente fødeplanudvalg med igangsætning i efteråret 2010.

2. Regionens tilbud på svangreområdet

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

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

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

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

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

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

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

Regionen opfylder på langt de fleste områder Sundhedsstyrelsens anbefalinger om svangreomsorg. Der er fire anbefalinger regionen ikke opfylder i dag, og det er:

- fødselsforberedelse til kvinder/par med særlige psykosociale, sproglige eller kulturelle behov
- fast jordemoder tilstede under den aktive fase af fødslen
- hjemmebesøg ved ambulante fødsel og hjemmefødsel
- efterfødselsamtale til alle familier.

I regionen gives der på de øvrige områder et stort set ensartet tilbud med mindre variationer og nuancer. I det følgende uddybes såvel disse områder som Sundhedsstyrelsens anbefalinger nærmere, og der gives anbefalinger til et lige, men behovsdifferentieret serviceniveau på tværs af fødestederne for at sikre lige adgang til svangreomsorg, fødsel og barsel for regionens kvinder.

2.1 Tilbud til den gravide

Fødestederne i Region Hovedstaden giver omsorg til godt 21.000 gravide kvinder om året. Alle gravide tilbydes basistilbuddet, som tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for svangreomsorgen”. Dette tilbud udvides med yderligere tilbud til kvinder fra niveau 2, 3 og 4 afhængig af, hvad den enkelte gravide har behov for.

Basisydelser til den gravide hos jordemoderen, den praktiserende læge, fødested og eventuelt sundhedsplejerske omfatter:

Konsultation hos den praktiserende læge:

- tre konsultationer og visitation til fødested samt den første graviditetsundersøgelse i uge 6 - 10 med screening
- fremsendelse af svangerskabs- og vandrejournal til fødestedet
- niveaudeling skal fremgå af lægens journal med begrundelse herfor.

Screeningsundersøgelser på fødested (dog varetages disse for Bornholm på Rigshospitalet af hensyn til høj og ensartet kvalitet):

- Doubletest
- Nakkefoldsskanning
- Misdannelsesskanning.

Konsultation hos jordemoder:

- vurdering af kvindens risiko for graviditets- eller fødselskomplikationer samt psykosociale forhold og på baggrund heraf visiteres kvinden til relevante tilbud
- visitation af gravide ud fra nedenstående skema.

Besøg af sundhedsplejerske:

- hjemmebesøg som minimum til særligt udsatte gravide beskrevet i Sundhedsstyrelsens ”Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge”.

Differentiering af jordemoderindsatsen

Konsultationerne hos jordemoderen tilrettelægges ud fra individuelle behov og Sundhedsstyrelsens niveau 1 til 4. Konsultationerne tilbydes som individuelle eller gruppekonsultationer, dog tilbydes den første jordemoderkonsultation altid som individuel konsultation. Jordemoderens indsats inkluderer risikoopsporing, forebyggelse og sundhedsfremme. Der tilbydes en høj grad af kontinuitet, tryghed og kendthed, hvorfor det tilstræbes, at det er den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden under hele graviditetsforløbet.

Den gravide og hendes partner skal tilbydes information tilpasset deres behov og forudsætninger. Informationen bør afpasses efter kulturel diversitet, og jordemoderen bør vise særlig opmærksomhed over for gravide, hvis livsvil-

kår og livsstil kan medføre særlige risici for mor og/eller foster. Der tilbydes hjemmebesøg i graviditeten for særligt sårbare familier.

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

Den enkelte kvinde kan igennem graviditeten bevæge sig mellem de fire forskellige niveauer afhængig af hendes aktuelle situation og sundhedstilstand. Niveaudelingen af svangreomsorgen og tværfagligt samarbejde sikrer den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til medicinske og psykiske risikofaktorer. Det anbefales at nedenstående indsats, der viser differentieringen, tilbydes kvinderne i regionen. Det indebærer, at alle kvinder får det basale tilbud svarende til niveau 1. Niveau 2, 3 og 4 er udvidede tilbud differentieret efter kvindens behov.

Differentiering af svangreomsorgen

Niveau	Målgruppe	Tilbud til kvinden
Niveau 1: Basale tilbud til alle om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje	Gravide uden kendte medicinske, sociale eller psykologiske risikofaktorer	<p>Graviditet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 til 7 jordemoderkonsultationer afhængig af behov <p>Fødsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fast tilstedeværelse af en jordemoder ved aktiv fødsel ▪ Hjemmefødsel hvis ønsket ▪ Ambulant fødsel som standard til flergangsfødende med normal og ukompliceret fødsel ▪ Fødsel med barselophold <p>Ambulant fødsel og hjemmefødsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefonkontakt inden for første døgn efter udskrivning ▪ To jordemoderkontakter, den første 2 til 3 dage efter fødslen og den anden efter behov <p>Barsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hælbloodprøve indenfor 48 – 72 timer ▪ Hørescreening efter aftale ▪ Efterfødselssamtale med føde- eller konsultationsjordemoderen indenfor en måned ▪ Førstegangsfødende får tilbud om to overnatninger
Niveau 2: Niveau 1 samt udvidet tilbud som kan varetages af faggrupper indenfor svangreomsorg	Gravide med kendte risikofaktorer fx rygere, overvægtige, tvillinger, risiko for sukkersyge, risiko for sukkersyge,	<p>Graviditet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jordemoderkonsultationer for gravide med kendte risikofaktorer <p>Fødsel:</p>

	tidl. dårlig fødselsoplevelse og mislykket amme-forløb	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Som niveau 1 dog ikke hjemme-fødsel for kvinder med obstetri-ske/medicinske problemer <p>Barsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indlæggelse differentieret ud fra normal eller kompliceret fødsel
Niveau 3: Niveau 1 samt udvidet tilbud, som in-volverer tværfagligt og/eller tværsektorielt samarbejde med andre faggrupper	Gravide med sociale, me-dicinske eller psykologi-ske problemstillinger	<p>Graviditet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tværfagligt tilbud om psykologisk støtte under graviditeten ▪ Samarbejde med kommuner om socialt sårbare gravide ▪ Tværfagligt samarbejde om obstetriske eller medicinske problemstillinger <p>Fødsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tværfagligt samarbejde om obstetriske, medicinske og/eller psyko-logiske problemstillinger <p>Barsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indlæggelse til obstetrisk færdig-behandling
Niveau 4: Niveau 1 samt udvidet tilbud som invol-verer tværfagligt og tvær-sektorielt samarbejde med specialiserede insti-tutioner	Gravide med særligt kom-plicerede problemstillin-ger fx rus middelproble-mer, svære psyki-ske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social be-lastning	<p>Graviditet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvi-sning/samarbejde med Fa-milieambulatoriet på Hvidovre Hospital og/eller tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om al-vorlige psykiske og/eller sociale problemstillinger <p>Fødsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tværfagligt samarbejde om obstetriske/neonatale risici <p>Barsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indlæggelse og samarbejde med kommuner ved udskrivning

2.2 Kontinuitet i graviditet og fødsel

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det bør tilstræbes, at den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, følger kvinden i gennem graviditeten.

Fødeplanudvalget anbefaler, at den gravide tilbydes kontinuitet ved, at hun følges af én eller en mindre gruppe af jordemødre i graviditeten.

Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at det bør prioriteres, at den fødende kontinuerligt har en jordemoder hos sig under den aktive del af fødslen.

Der er god dokumentation for, at kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder under fødslen nedsætter kvindens behov for medicinsk smertelindring, øger hendes tilfredshed og øger chancen for at fødslen forløber spontant.

Derfor anbefaler fødeplanudvalget ligeledes, at regionen tilbyder kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder til alle kvinder i aktiv fødsel.

Til en mindre gruppe særligt sårbare kvinder kan det have stor betydning, at jordemoderen i graviditeten er den samme jordemoder, som også er til stede i den aktive del af fødslen. Det skaber stor tryghed for kvinden, hvis hun kender den jordemoder, der skal varetage omsorgen for hende under fødslen, idet jordemoderen har mulighed for at kende kvindens ønsker og behov allerede inden fødselens start. Såfremt det er muligt, opfordres fødestederne til at tage højde herfor.

Anbefalingen om kontinuerlig og fast tilstedeværelse af en jordemoder til alle kvinder i aktiv fødsel medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer.

2.3 Fødselsforberedelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle tilbydes fødsels- og forældreforberedelse som et temaopdelt tilbud. Herudover bør der etableres fødsels- og forældreforberedelse målrettet kvinder/par med særlige psykosociale, sproglige og kulturelle behov. Fødsels- og forældreforberedelsen kan tilrettelægges tværfagligt i samarbejde med sundhedsplejerske og andre faggrupper.

Fødselsforberedelsen er væsentlig, idet den förstærker den forebyggende indsats, der allerede ligger i jordemoderkonsultationerne, og den medvirker til at fremme den enkelte kvindes evne til at mestre graviditet, fødsel og barsel. Fødeplanudvalget anbefaler derfor, at alle gravide tilbydes fødselsforberedelse.

Fødselsforberedelsen tilrettelægges som temaeftermiddage/aftener målrettet forskellige grupper af gravide kvinder. Der kan indgå foredrag, undervisning og film. Det er individuelt, hvornår en kvinde eller et par ønsker at begynde fødselsforberedelsen, men typisk påbegyndes den, når kvinden har indledt sin barselorlov. Temaerne i fødselsforberedelsen skal indeholde:

- *Graviditet:* Fokus på graviditetsforandringer, livsstil, gener samt forberedelse til den forestående fødsel.
- *Fødsel:* Udgangspunkt i den naturligt forløbende fødsel. Fødselens faser gennemgås med, hvad der foregår på de forskellige tidspunkter, og forventningerne gennemtænkes. Desuden vil kvinden/parret blive orienteret om smertelindring i fødselsforløbet, vestibulation samt, hvilke fødestillinger der kan anvendes. Andre emner er afnavling, bristninger og suturing.
- *Barsel/amning:* Fokus på anbefalinger om amning, støtte og information til kvinden og familien uanset om de vælger amning eller modermælkserstatning. Omkring 32. graviditetsuge er kvinden mest åben overfor information og planlægning af barsels-/ammeforløb.
- *Efterfødselstilbud:* Behandler fødselens afslutning med fødsel af moderkage samt eventuel suturering af fødselsvejen. Der vil også blive orienteret om de indgreb, der kan anvendes under fødselsforløbet samt undersøgelse og behandling af barnet og etablering af hurtig mor-barn kontakt lige efter fødslen. Amningen vil igen blive taget op især med fokus på den første amning.

- *Udvikling af forældreskab:* Dækker familiedannelse, ændring i parrelationer og samliv, forælderrollen, moder og far følelser, familienetværk, idealer og tro på egne instinkter. Udfordringer og støtte hjemme samt det sociale netværks betydning.

Fødselsforberedelsen tilrettelægges for 10 – 12 personer i forløb af fire til seks gange i mindre hold af ca. 1,5 times varighed. Optimalt er det den jordemoder, som kvinderne i forvejen kender fra graviditetsundersøgelserne, der afholder fødselsforberedelsen. Der kan desuden tilknyttes ressourcepersoner som for eksempel sundhedsplejerske, tolk og diætist.

Herudover anbefales det at tilrettelægge enkeltstående temaeftermiddage for flergangsfødende, der skal føde ambulantly, og hvor der er behov for en kort gennemgang af fødslen og det ambulante barselsforløb. Endelig anbefales fødestederne at tilrettelægge målrettet fødselsforberedelse for grupper af kvinder fra niveau 3 og 4, som har særlige problemstillinger.

Anbefalingen om målrettet fødselsforberedelse til kvinder fra niveau 3 og 4 medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer.

2.4 Fødslen

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

Fødsel med barselophold

Til kvinder der føder første gang, og som ikke ønsker at føde ambulantly eller til kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger tilbydes fødsel med barselophold. Der er typisk tale om to overnatninger sammen med faderen og i bedste fald på enestue.

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

Ambulantly fødsel

Flere og flere kvinder føder ambulantly, idet der sker en omlægning fra lange fødselsindlæggelser til korte ambulantly forløb for kvinder, der forventes at kunne føde uden komplikationer. Det forventes, at antallet af ambulantly fødser i regionen vil udgøre ca. 25 % i 2010.

Det anbefales, at en ambulantly fødsel defineres som en fødsel, hvor mor og barn sendes hjem fire til seks timer efter fødslen, når alle rutine tjek af mor/barn er overstået. Hvis fødslen foregår om natten vil hjemsendelse så vidt muligt vente til morgentimerne, medmindre familien ønsker at forlade hospitalet.

I de første timer efter fødslen observeres kvindens og barnets tilstand af jordemoderen. Før kvinden forlader fødegangen, skal hun informeres om rele-

vante observationer i forhold til sig selv og barnet og om henvendelsesmuligheder efter hjemkomst. Barnet skal være undersøgt af jordemoderen, og eventuelle efterundersøgelser skal være planlagt. Jordemoderen er ansvarlig for, at sundhedsplejersken får besked om, at kvinden udskrives ambulant.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinden tilbydes to besøg af jordemoderen, og at det ene besøg, der finder sted 2 - 3 dage efter fødslen, foregår i hjemmet. Fødeplanudvalget er enig heri og støtter anbefalingen. Fødeplanudvalget anbefaler desuden, at den anden jordemoderkontakt foregår i barselambulatoriet.

Hjemmefødsel

Antallet af hjemmefødsler udgjorde i 2008 0,9 % i hele landet. Regionen ligger lidt lavere end på landsplan med 0,5 % eller 119 hjemmefødsler i 2008. Antallet af hjemmefødsler i regionen har været uændret igennem mange år.

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal regionen tilrettelægge et tilbud til gravide, der ønsker at føde hjemme. Fødeplanudvalget anbefaler, at hvert fødested varetager de hjemmefødsler, der er i det optageområde, fødestedet betjener.

Hjemmefødslerne varetages af jordemødre med særlig interesse og kompetence i hjemmefødsler. Hermed sikres det, at de faglige kompetencer og den faglige kvalitet lever op til de krav, der stilles inden for Region Hovedstaden. Disse jordemødre er i et ansættelsesforhold, hvor der stilles krav til, at de samtidig er bekendt med afdelingsprocedurer og faglige retningslinjer herunder ved livstruende situationer. Det er væsentligt, idet 12-20 % af alle hjemmefødsler må overflyttes til en fødeafdeling, og den jordemoder der har deltaget i hjemmet kan således fortsat medvirke ved fødslen på hospitalet. Fødeafdelingerne har desuden udarbejdet vejledning for, hvordan overflytning fra hjemmet til den relevante afdeling skal ske, hvis der opstår komplikationer.

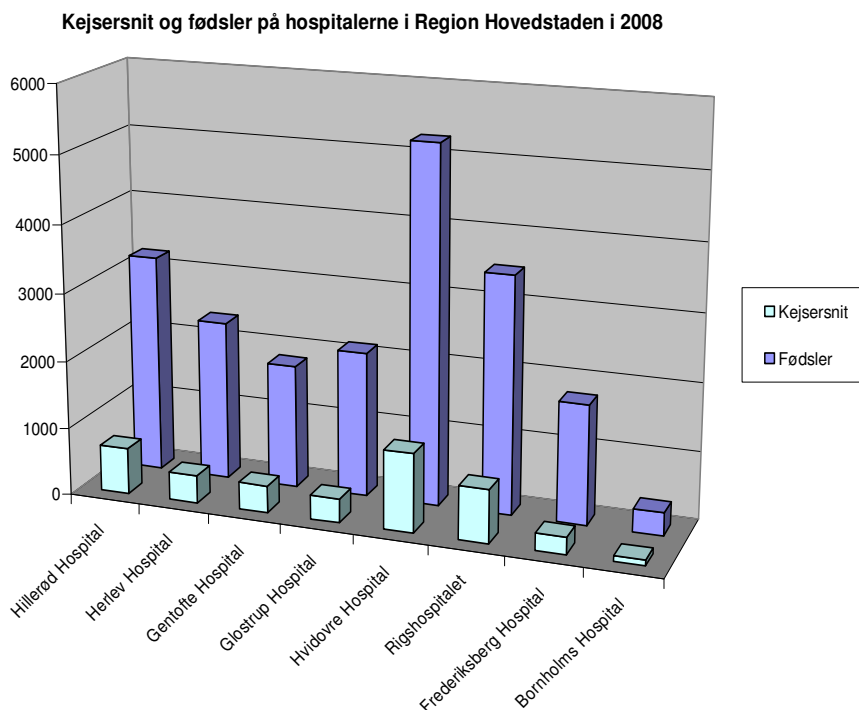
Sundhedsstyrelsen anbefaler, at jordemoderen tilbyder to besøg af jordemoderen, hvoraf det første besøg bør foregå i hjemmet 2 – 3 dage efter fødslen. Tidspunkt og sted for andet besøg aftales efter behov. Fødeplanudvalget er enig heri og støtter anbefalingen. Fødeplanudvalget anbefaler desuden, at den anden jordemoderkontakt foregår i barselambulatoriet.

Hvis der er problemer med amning eller anden ernæring, vandladning og afføring, udvikling af gulsot, moderens fysiske restitution eller psykiske forhold, skal indlæggelse overvejes. Ved indlæggelse kontakter fødestedet den kommunale sundhedstjeneste med henblik på besøg af sundhedsplejersken senest 7 dage efter hjemkomsten. Ved hjemmefødsel aflægger sundhedsplejersken i henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen besøg på 3. og 5. dag efter fødslen.

Kejsersnit

20,2 % af de kvinder der er bosat i regionen føder ved kejsersnit, hvilket ligger en anelse under antallet af kejsersnit på landsplan, som udgør 21,4 % i 2008. Akutte kejsersnit udgør omkring 10 % af det samlede antal kejsersnit.

Allerede under graviditeten bør kvinden modtage information om kejsersnit, for eksempel om årsagen til indgrebet, fordele og risici for mor og barn, hvordan det foregår og eventuelle komplikationer. Figuren viser antal kejsersnit ekskl. obstetriske operationer i forhold til antallet af fødsler på de enkelte hospitaler for kvinder bosat i regionen



Kilde: Landspatientregistret

Antallet af kejsersnit varierer med flest kejsersnit på Rigshospitalet, Hvidovre, Gentofte, Hillerød og Bornholm med henholdsvis 22,4 %, 22 %, 21,8 %, 21 % og 25 %. Der foretages færrest kejsersnit på Herlev, Glostrup og Frederiksberg med henholdsvis 17,4 %, 16,5 % og 14,2 %. Der er mindre variationer i antallet af kejsersnit, som skyldes forskelle i patientsammensætningen, idet fødeafdelinger der ikke har neonatalafdeling kun varetager normale fødsler.

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

De første timer efter fødslen

Uforstyrret samvær mellem barn og forældre i de første timer efter fødslen er meget vigtig. Etablering af god forældre-barn kontakt og hud-mod-hud kontakt mellem mor og barn giver positiv effekt på barnets parathed til at tage brystet, sutteteknik og ammevarighed. Ved komplicerede forløb og kejsersnit er det endnu vigtigere at prioritere mor-barn kontakten så tidligt som muligt.

Kvinden skal, hvis hun ønsker det, starte etablering af den første amning, som fødestedet har ansvar for, indtil sundhedsplejen tager over. Jordmoderen skal støtte og vejlede kvinden i etableringen af amningen. Jordmoderen skal ligeledes vejlede og støtte kvinden i forhold til ernæring med moder-mælksersstatning.

Anbefalingen om, at kvinderne tilbydes et hjemmebesøg ved ambulante fødsel og hjemmefødsel medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer

2.5 Barsel - den første tid efter fødslen

Det anbefales, at alle ambulante fødende og hjemmefødende kontaktes telefonisk hjemme på førstedagen af jordmoderen med henblik på mor og barns trivsel og tilbydes hjemmebesøg 2 til 3 dage efter fødslen. Ved hjemmebesøget følges op på, om amningen er kommet i gang, og både mor og barns tilstand observeres, og det anbefales, at der samtidig tages hælblodprøve.

Der er barselambulatorier på alle fødesteder. Det anbefales, at kvinderne selv kan henvende sig i barselambulatoriet angående amme vejledning og observation for brystbetændelse, og hvor barnet kan blive undersøgt for fx navleinfektion, gulsot og trivsel.

Alle fødestederne har samtidig en åben hotline, som kvinderne kan ringe til døgnet rundt, og hvor kvinderne kan vejledes. Det anbefales desuden, at fødestederne etablerer en brugervenlig hjemmeside, hvor kvinden og familien kan finde relevante råd og vejledninger.

Efterfødselsamtale

Sundhedsstyrelsen finder, at alle familier bør tilbydes en efterfødselsamtale med en jordmoder med henblik på at skabe en afslutning på graviditet og fødsel. Indholdet i samtalen er kvinden og partnerens oplevelser i forbindelse med graviditet og fødsel. Der bør være særlig opmærksomhed på kvinder, der har haft et patologisk eller traumatisk forløb, og der kan være behov for mere tid til samtalen ved sygt barn, kejsersnit, dødfødsel m.fl.

Fødeplanudvalget anbefaler, at det ved udskrivningen vurderes, om der er behov for efterfødselsamtale. Ved behov tilbydes familien en efterfødselsamtale indenfor en måned. Samtalen varetages enten af jordmoderen eller fødselslægen afhængig af fødselsforløb og parrets ønske.

Anbefalingen om efterfødselsamtale medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer.

Hælblodprøve og hørescreening

I følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal hælblodprøven foretages mellem 48 og 72 timer efter barnets fødsel, og hørescreening foretages, når barnet er mindst 48 timer gammelt. Det stiller krav til stor fleksibilitet på fødestederne på grund af accelererede patientforløb og ambulante fødsler.

Hørescreening bør som i dag være en stationær screening tilrettelagt ud fra den organisering og arbejdsdeling, der er på fødestederne. Det anbefales, at

hælbloodprøve tages i hjemmet alternativt på hospitalet, mens hørescreening sker på hospitalet.

2.6 Regionalt familieambulatorium

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen, at varetagelsen af svangreomsorgen for gravide med rusmiddelproblemer bør organiseres i et regionalt familieambulatorium. På finansloven for 2008 blev der afsat midler til etablering og drift af landsdækkende familieambulatorier efter modellen på Hvidovre Hospital. Frem til 2009 har der kun været familieambulatoriefunktion i regionen, som dækker planlægningsområde Byen inkl. Bornholm og Syd. I december 2009 er der udarbejdet en projektansøgning om udbredelse af familieambulatoriefunktionen således, at også planlægningsområde Nord og Midt er dækket.

Familieambulatoriet er forankret på Hvidovre Hospital med en udefunktion på Rigshospitalet. Forslaget medfører, at der etableres yderligere to udefunktioner på henholdsvis Hillerød Hospital og Herlev Hospital. Udefunktionerne har faste lokaler og adgang til servicefaciliteterne på det pågældende hospital. Derudover er der et fast tværfagligt team, som er ansat ved Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital. Teamet varetager det kliniske arbejde på faste ugedage efter behov i den relevante udefunktion. Der er et omfattende samarbejde med neonatal afdeling og pædiatrisk afdeling, idet børnene ofte er indlagt i længere tid.

Projektansøgningen, der blev sendt til Sundhedsstyrelsen den 22. december 2009, er godkendt i marts 2010. Implementeringen med udbredelsen af familieambulatoriet til resten af regionen sker i 2010.

2.7 Private jordemødre og fødeklinikker

Foreningen af private jordemødre har ca. 6 - 7 private jordemødre i Region Hovedstaden, hvoraf nogle også arbejder i det offentlige samt for vikarbureauer. Der er to private klinikker i regionen, og det er muligt ved egenbetaling at føde på den ene af klinikkerne. Foreningen kender ikke antallet af private hjemmefødsler i regionen, men anfører, at det er kvinder, der ønsker en kendt jordemoder igennem hele forløbet.

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

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

Årsagen hertil er især hensyn til patientsikkerhed. Privatpraktiserende jordemødre vil således ikke kunne være bekendt med de forskellige procedurer og faglige retningslinjer på regionens fødesteder, og der vil ikke være sikkerhed for, at de har de rette eller nødvendige kompetencer, som kræves, ikke mindst i forhold til hurtig indgriben ved komplikationer eller kritiske fødsler. Endvi-

dere er der hensyn til spørgsmål om ansvar, som også er medvirkende til at den privat praktiserende jordemoders ydelser må ophøre ved overflytning.

2.8 Opsamling på anbefalinger

I det foregående er de områder, hvor regionen ikke opfylder anbefalingerne for svangreomsorgen uddybet, og der er sat fokus på de områder, hvor der er behov for et ensartet serviceniveau på tværs af fødestederne. Med den foreslåede indsats sikres lige adgang til graviditet, fødsel og barsel for regionens kvinder. Fødeplanudvalget har følgende anbefalinger:

- Kvinderne i regionen tilbydes en differentieret indsats afhængig af behov.
- Kvinderne tilbydes kontinuitet i graviditeten.
- Der tilbydes 5 til 7 jordemoderkonsultationer i graviditeten.
- Fødestederne tilbyder fødselsforberedelse i grupper og enkeltstående temaeftermiddage for flergangsfødende samt målrettet fødselsforberedelse for kvinder fra niveau 3 og 4.
- Hvert fødested etablerer en brugervenlig hjemmeside med råd og vejledning.
- Der er tilbud om ambulante fødsel, hvor kvinden udskrives 4-6 timer efter fødslen. Ambulant fødsel er standard for flergangsfødende uden komplikationer.
- Der er tilbud om hjemmefødsel, hvor hvert fødested varetager hjemmefødsler for eget optageområde.
- Der er fast tilstedeværelse af jordemoder ved aktiv fødsel.
- Førstegangsfødende får tilbud om to overnatninger, hvis der ikke ønskes ambulante fødsel.
- Efter ambulante fødsel er der to jordemoderkontakter. Den ene foregår i hjemmet 2 til 3 dage efter fødslen, og den anden foregår efter behov i barselambulatoriet.
- Efter hjemmefødsel er der to jordemoderkontakter. Den ene foregår i hjemmet 2 til 3 dage efter fødslen, og den anden foregår efter behov i barselambulatoriet.
- Fødestedet tager telefonisk kontakt inden for det første døgn efter fødslen ved ambulante fødsel og hjemmefødsel.
- Der tages hælblodprøve i hjemmet/på afdelingen ved ambulante fødsel og hjemmefødsel, og hørescreening foregår efter aftale.
- Der er barselambulatorier på alle fødesteder, hvor kvinderne selv kan henvende sig.
- Ved behov tilbyder fødestederne efterfødselsamtale inden for en måned.

3. Samarbejdet mellem praksis, hospitaler og kommuner

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 og kontinuerligt forløb. For at sikre sammenhæng i graviditets- og barselsforløbet er der behov for et velfungerende, integreret samarbejde mellem de tre parter, der løser opgaver i forbindelse med et fødselsforløb. Med henblik på at opnå forbedret patientsikkerhed og et højt fagligt niveau i håndteringen af den gravide og fødende er det nødvendigt at beskrive overleveringer og ansvarsfordeling mellem sektorer nøjagtigt, således at de involverede sundhedspersoner er velinformerede og bevidste om ansvars- og opgavefordelingen.

3.1 Ansvarsfordeling mellem sektorer

Den praktiserende læge og jordmoderen er de gennemgående sundhedsfaglige kontaktpersoner gennem hele den normale graviditet og fødsel. Forløbet bør tilrettelægges individuelt efter den enkelte gravides og hendes partners behov og ressourcer. Som hovedregel overtager kommunen ansvaret efter første sundhedsplejebesøg.

Den praktiserende læges ansvar

Den praktiserende læge er den første kontakt i graviditeten. I forbindelse med første graviditetsundersøgelse oprettes svangerskabs- og vandrejournal. Svangerskabsjournalen fungerer som henvisning til fødestedet. Vandrejournalen følger den gravide og udfyldes ved alle konsultationer hos praktiserende læge, jordmoder eller obstetrisk afdeling. Det skal sikre, at relevante oplysninger følger kvinden og er til rådighed for de involverede fagpersoner. Ved graviditet har den praktiserende læge ansvaret for henvisningen, som danner grundlag for visitationen.

Ved første konsultation informeres desuden om frit valg af fødested, muligheden for fosterdiagnostiske undersøgelser, vejledning i livsstil, kosttilskud, medicin, arbejde samt optagelse af anamnese (sygdomshistorie). En præcis og fyldestgørende anamnese med objektive fund, undersøgelsesresultater samt sociale og psykologiske forhold danner grundlag for jordmoderens og kommunens muligheder for at understøtte den gravide med det rigtige tilbud. I tilfælde af meget udtalt bekymring kan der være behov for akut anmeldelse til kommunen og/eller akut indlæggelse.

Fødestedets ansvar

Fødestedet har ansvaret for forløbet gennem graviditeten, under fødslen og under indlæggelsen i barselperioden, herunder for informationerne til praktiserende læge og kommune i forbindelse med udskrivning. Fødestedet har endvidere ansvaret for screeningsundersøgelserne af barnet også efter udskrivning og ansvaret for familien i tiden indtil det første besøg af sundhedsplejersken.

Jordemoderen i konsultationen er den fagperson, som har den hyppigste kontakt med den gravide. Gennem en sundhedsfremmende og forebyggende indsats skaber jordemoderen forudsætningerne for, at graviditeten forløber planmæssigt. Ved alle konsultationer bør det være målet, at kvinden gennem dialogen og undersøgelserne bliver støttet i at tage vare på sig selv og sin graviditet og til at træffe informerede valg.

Kommunens ansvar

Kommunen har ansvaret for at tilrettelægge tilbuddet i barselperioden i henhold til oplysningerne fra fødestedet i forbindelse med udskrivning. Kommunen overtager som udgangspunkt ansvaret efter det første besøg fra sundhedsplejen. Kommunernes forebyggelsesindsats er indrettet forskelligt, og der påhviler således jordemødrene i de fire planlægningsområder en opgave i forhold til at danne sig et overblik over de kommunale tilbud i området, som kan være rygestopkurser, kostvejledning etc.

Det vil understøtte samarbejdet mellem parterne, såfremt kommunikationen understøttes af elektroniske medier. Det anbefales derfor, at alle elektroniske henvendelser til kommunerne sendes til kommunernes hovedpostkasse. Det skal tydeligt fremgå af henvendelsen, hvem den skal videresendes til, og om det er til sundhedsplejen, sagsbehandlerne i socialforvaltningen eller begge funktioner.

3.2 Forløb og overgange mellem sektorer under graviditet, fødsel og barsel

I figuren nedenfor vises en oversigt over forløb og overgange mellem de involverede sektorer og deres repræsentanter i kommune, praksis og på fødested.

Praktiserende læge fremsender svangerskabsjournalen til det ønskede fødested, og på baggrund af lægens oplysninger visiteres den gravide til det relevante tilbud, det vil sige jordemoder, obstetriker eller andre faggrupper/og eller kommunale tilbud.

Jordemoderen modtager journalen til vurdering og sørger for, at kvinden bliver indkaldt til undersøgelse.

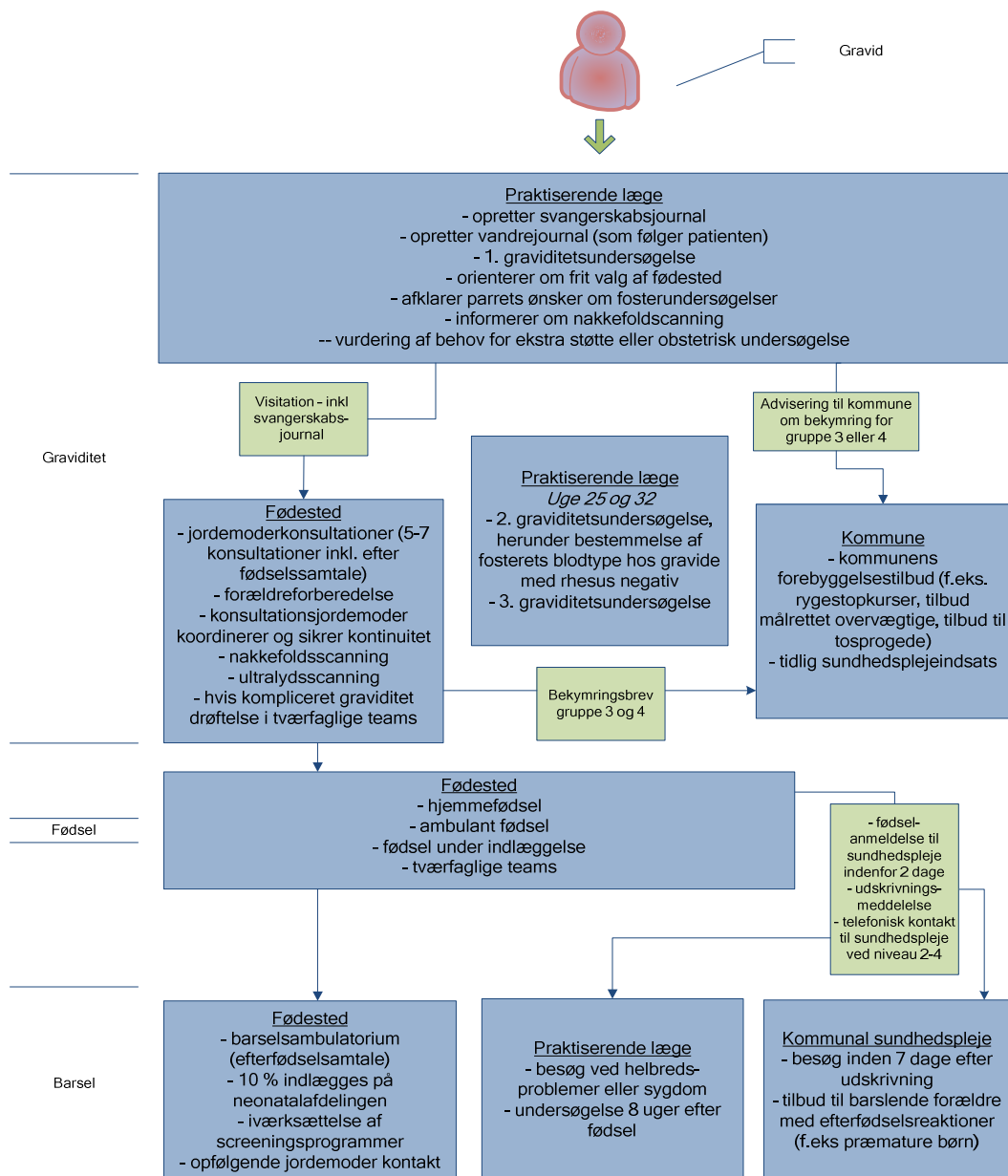
Fødeafdelingen orienterer den gravide om muligheden for besøg af sundhedsplejersken i hjemmet allerede under graviditeten. Hvis fødestedet skønner, at der er behov for en tidlig indsats fra kommunens sundhedsplejersker og/eller de sociale myndigheder på børneområdet tages der kontakt under graviditeten.

Det er konsultationsjordemoderens ansvar at koordinere og sikre kontinuiteten i graviditeten samt sikre, at den gravide følger de normale tilbud, og ved behov henvises til relevante undersøgelser og fagpersoner eller andre instanser.

Flere og flere kvinder føder ambulantly eller udskrives hurtigt efter fødslen, og der er derfor behov for at beskrive arbejdsgange og opgavefordeling mellem jordemoder, barselsafdeling og kommunal sundhedspleje. Det anbefales der-

for, at der via sundhedsaftalerne arbejdes videre med at fastlægge en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet og fødestedets optagekommuner for hjemmefødsler og ambulante fødsler.

Patientforløb ved graviditet, fødsel og barsel



Når kvinden føder ambulante eller bliver indlagt til barselsophold på hospitalet, skal fødestedet sikre, at der etableres kontakt til sundhedsplejersken, og at der følges op på eventuelle tiltag i løbet af graviditeten.

Efter udskrivning varetager fødestedet det sundhedsfaglige tilbud til familien med henblik på at understøtte det nyfødte barns trivsel i de første dage efter fødslen. I henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen vurderer jordemo-

deren behovet for opfølgning, og det foregår blandt andet gennem en opfølgningssamtale.

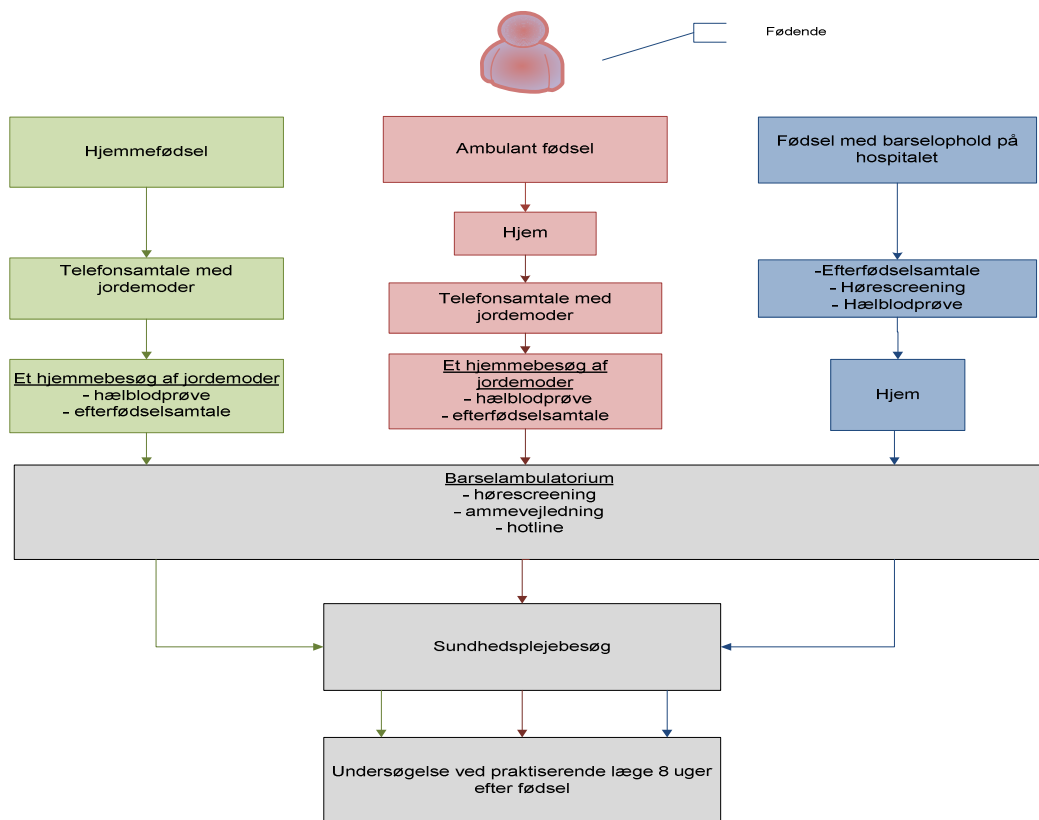
Der skal være mulighed for, at alle forældre kan henvende sig til jordemoder eller barselafdeling uden henvisning på alle tider af døgnet (jf. afsnit 2.5 om jordemoder hotline), indtil sundhedsplejersken er kommet på første besøg.

Det er også i forbindelse med barselsopholdet på hospitalet, at fødende får den nødvendige information og vejledning om amning m.v. Fødestederne i Region Hovedstaden har forskelligartet terminologi for denne funktion. Derfor anbefales det, at fødestederne anvender ensartet terminologi, og det forslås, at funktionen benævnes barselambulatorium.

Udskrivning efter fødsel

Inden kvinden/parret udskrives, udfyldes udskrivningsmeddelelse, som udleveres til kvinden, og som ligeledes sendes til sundhedsplejersken og den alment praktiserende læge.

Forløb ved udskrivning efter fødsel



Den kommunale sundhedspleje modtager oplysninger om en ny fødsel inden for to døgn efter barnets fødsel. Sundhedsplejen tager kontakt til familierne indenfor fem dage efter barnets fødsel og aflægger besøg indenfor syv dage efter familien er udskrevet fra fødestedet.

Figuren viser forløbet efter udskrivning ved hjemmefødsel, ambulante fødsel og ved fødsel, hvor der har været barselophold på fødeafdeling. Uanset hvilken type fødsel der er tale om, er der tilbud om hælblodprøve, hørescreening og efterfødselsamtale. Alle kvinder kan henvende sig i barselambulatoriet for råd og vejledning, og for kvinder der har født ambulante eller hjemme tages desuden hørescreening. Efterfødselsamtalen foregår hos fødejordemoder, konsultationsjordemoder eller hos obstetriker og skal være afholdt senest en måned efter fødslen.

Sundhedsplejen tager over ved første besøg af sundhedsplejersken, og egen læge tilbyder undersøgelse 8 uger efter fødslen.

Fysisk placering af decentrale jordemoderkonsultationer

Jordemoderfunktionerne og sundhedsplejen har fordel af et tæt samarbejde. Placering af de to funktioner på samme fysiske lokation har vist sig at understøtte samarbejdet. For de normale graviditetsforløb kan der være gavn af anvendelse af fælles faciliteter blandt andet til fødsels- og forældreforberedende undervisning samt til koordinering af en forebyggende indsats, således at et normalt forløb ikke bliver kompliceret.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at jordemodercentre så vidt muligt bør placeres i nærmiljøet, således at der bliver nem adgang for den gravide. I kommunerne er der fokus på at samle en række af de kommunale sundhedsopgaver i såkaldte sundhedshuse eller sundhedscentre, hvor også sundhedsplejen i nogle tilfælde placeres. Placering af de to funktioner på samme fysiske adresse har vist sig at understøtte samarbejdet for såvel de normale som de komplicerede graviditetsforløb.

Det anbefales, at kommunerne efter aftale med regionen indtænker jordemodercentre ved planlægning af sundhedscentre, hvor der også er sundhedspleje. Det findes i dag på Vesterbro i Københavns Kommune samt i Ishøj Kommune. Samtidig anbefales det, at det med udgangspunkt i et passende befolkningsunderlag og fødestedernes optageområder planlægges, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere jordemoderkonsultationer uden for fødestedet.

3.3 Tidlig indsats og komplicerede graviditetsforløb

Den tidlige indsats

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger lægges der vægt på, at gravide med særlige behov mødes med en veltilrettelagt indsats tidligt i graviditeten. Selv om den tværfaglige indsats er forankret i hospitalsvæsenet, bør den praktiserende læge og kommunen medtænkes tidligt og inddrages så snart, det kan være relevant. For psykisk sårbare er det vigtigt, at der så tidligt som muligt spændes et sikkerhedsnet ud i kommunalt regi. Jordemoderfunktionen bør først og fremmest være ansvarlig for den tidlige indsats og bør samtænke samarbejdet med den praktiserende læge, sundhedsplejersken og de sociale myndigheder i

kommunen, når jordemoder/læge skønner, at der er en problemstilling, der kræver en tidlig indsats primært indenfor niveau 3 og 4.

På fødestederne anbefales det, at der er en koordinerende jordemoder som tager sig af kvinder fra niveau 2, 3 og 4 og sørger for sammenhæng i indsatsen. Der er jf. afsnit 2.6 et særligt tilbud til kvinder med rusmiddelproblemer, som familieambulatoriet tager sig af. Den koordinerende jordemoder sørger for, at kvinden bliver indkaldt til undersøgelse hos jordemoder. Den koordinerende jordemoder fungerer som sparringspartner/rådgiver for de jordemødre og sygeplejersker, som arbejder med kvinder fra niveau 2, 3 og 4. Det er ligeledes den koordinerende jordemoder, der har ansvar for at rette henvendelse til andre faggrupper/instanser (børneafdelingen, misbrugscenter, psykiater, familierådgivning og andre kommunale instanser), såfremt der er behov herfor.

Fødestedernes optageområder indeholder flere kommuner med forskellige tilbud, og det øger behovet for koordinering. 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, eksempelvis om kostvejledning og rygestop, er der ønske om at kende mere til tilbuddene i forskellige regi og skabe mulighed for i højere grad at samarbejde om tilbuddene.

På den baggrund anbefales det, at det enkelte fødested skaber overblik over de relevante kommunale henvisningsmuligheder i fødestedets optageområde.

På alle regionens fødeafdelinger er der etableret tværfaglige team, som kan bestå af jordemødre, sygeplejersker og speciallæger, og som i visse tilfælde inddrager den praktiserende læge og kommunen. Indsatsen evalueres og justeres løbende efterhånden som problemer opstår, udvikler sig eller forsvinder. I visse tilfælde kan der etableres ad hoc tværfaglige team for enkelte gravide eller forløbet kan tilrettelægges individuelt efter aftale mellem den gravide og speciallægen.

Det komplicerede graviditetsforløb

Gravide med forløb, som allerede ved indledningen af graviditeten er kompliceret for eksempel på grund af bestående sygdom, tidligere komplicerede forløb og misdannelser, sociale forhold eller forbrug af rusmidler visiteres enten af egen læge eller af den visiterende jordemoder. Ved oprettelsen af svangerskabsjournalen skaber den praktiserende læge overblik over eventuelle fysiske eller psykosociale risikofaktorer, som kan føre til et unormalt graviditets- eller fødselsforløb. Informationen drøftes med kvinden og påføres svangerskabsjournalen, som den visiterende jordemoder anvender som grundlag for visitationen.

Det er væsentligt, at det fremgår af svangrejournalen, såfremt den praktiserende læge har adviseret kommunen om en bekymring. I udvalgte tilfælde kan den praktiserende læge følge den gravide mere tæt end i de normale graviditetskontroller. Den praktiserende læge, sundhedsplejersken og sagsbehandleren i kommunen bør undervejs i forløbet enten orienteres løbende eller efter behov medinddrages enten via vandrejournalen eller ved elektroniske meddelelsesformer. I nogle af disse forløb vil der allerede fra start være etab-

leret en kontakt til sundhedsplejerske eller de sociale myndigheder på børneområdet.

Det er oplagt, at anvende eksisterende netværk mellem de alment praktiserende læger og kommunen til at forbedre samarbejdsrelationerne mellem almen praksis, sundhedsplejen og socialforvaltningen i kommunen. En dialog kunne eksempelvis indeholde behovet for underretning om en niveau 3 eller 4 gravid samt eventuelt aftale om indhold af korrespondancen. Det anbefales, at kommunen indgår i dialog med kommunens praktiserende læger om snitfladen i relation til svangreomsorg, eventuelt via de kommunale praksiskon-sulenter eller tilsvarende ordning.

Kvinder, der bliver indkaldt til lægeundersøgelse i svangreambulatoriet med henblik på en udredende samtale om problemernes omfang og en overordnet obstetrisk plan for det videre forløb af graviditeten, skal herefter følges af jordemoderen suppleret med et relevant antal kontroller hos obstetriker i svangreambulatoriet. Ved den første undersøgelse hos den obstetriske speci-allæge planlægges forløbet af undersøgelserne gennem graviditeten, herunder ultralyd skanninger, konsultationer hos jordemoder, hos egen læge og hos speciallægen. Der tages ligeledes stilling til, om der skal afsættes ekstra kon-sultationstid til undersøgelserne.

Samarbejdet med børneafdelingen er særligt vigtigt, idet mange komplicerede graviditetsforløb indebærer, at der skal træffes specielle forholdsregler for barnet ved eller efter fødslen. Hvis der er særlige behov i forbindelse med fødslen bør dette være noteret i journalen. Der kan være behov for pædiater, og/eller behov for at andre relevante personer eller instanser kontaktes i forbindelse med fødslen.

3.4 Elektronisk kommunikation mellem sektorer

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

Kommunikation mellem hospital og kommune

Parallelt med udrulningen af den elektroniske kommunikation der i stigende omfang udveksles mellem hospitaler og kommuner i forbindelse med ældreomsorgen, er det hensigten også på svangreområdet at udvikle en tilsvarende kommunikationsform. Elektronisk kommunikation skal ske via standardiserede meddelelser, der afsendes via OPUS! til kommunernes it-systemer. Der benyttes udelukkende MedCom standarder, der er nationale, standardiserede aftaler både med hensyn til teknisk forsendelse og fagligt indhold. Meddelelserne kan derfor afsendes fra alle landets hospitaler til alle landets kommuner, der hvor standarden er indført. Det betyder, at sundhedssamarbejdet også på det elektroniske område kan foregå på tværs af regioner og kommuner.

Der findes allerede en MedCom standard for fødselsanmeldelse til den kommunale sundhedspleje, men standarden er udviklet før 1. generation af Sundhedsaftalen og før de nye anbefalinger for svangreomsorg. Region Hovedstaden har derfor indgivet ansøgning til MedCom om, at de i 2010 foretager en revision af den nuværende fødselsanmeldelse således, at den lever op til de øgede krav om udveksling af sundhedsfaglige data, jf. sundhedsaftalen på tværs af sektorer.

Det anbefales således, at det aftales med kommunerne, hvordan MedCom standarderne for svangreomsorg skal anvendes til kommunikation mellem hospital og kommune.

Kommunikation mellem hospital og praksis

I arbejdet med fødeplanen er det blevet tydeligt, at der er stort behov for at regionen etablerer elektronisk vandrejournal til udveksling af data mellem hospitals- og praksissektoren. I dag oprettes en papirvandrejournal ved første svangrebesøg hos egen læge på et 3-lags gennemslagspapir. Dele af papirerne sendes til fødestedet, mens andet opbevares og medbringes af kvinden selv gennem hele svangre forløbet ved alle besøg hos henholdsvis jordemoder, hospitalslæge og egen læge. Dette udgør en patientsikkerhedsmæssig svaghed særligt for udsatte mødre. Det forekommer, at vandrejournalen glemmes ved besøg, og informationer går dermed tabt fra et kontrolbesøg til det næste. Denne løsning er særligt sårbar ved overgange mellem sektorer, hvor der ikke sker anden form for standardiseret udveksling af informationer.

Digital Sundhed under Sundhedsstyrelsen har fået til opgave at udarbejde et demonstrationsprojekt med elektronisk vandrejournal i Danmark og ønsker at indgå et samarbejde med Region Hovedstaden herom. Formålet er at udvikle og afprøve en elektronisk vandrejournal. Det anbefales derfor, at regionen understøtter udviklingen af en elektronisk vandrejournal, som kan tilgås af almen praksis og fødestedet.

3.5 Opsamling på anbefalinger

Som det fremgår af anbefalingerne for svangreomsorgen, anbefaler Sundhedsstyrelsen et tæt og velbeskrevet samarbejde mellem fødesteder, jordemødre, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Det tværsektorielle samarbejde er yderligere aktualiseret som følge af ændret opgavefordeling ved kommunalreformen samt differentiering af svangreomsorgen og niveauopdelt indsats.

Beskrivelsen i det foregående viser, at der er behov for at sikre hensigtsmæssige overgange mellem sektorerne samt sikre optimale og sammenhængende forløb særligt for kvinder fra niveau 2, 3 og 4.

Nogle af de anbefalinger fødeplanudvalget peger på kan umiddelbart implementeres af parterne. Det gælder følgende anbefalinger:

- Alle elektroniske henvendelser til kommunerne sendes til kommunernes hovedpostkasse. Det skal tydeligt fremgå af henvendelsen, hvem den skal videresendes til, og om det er til sundhedsplejen, sagsbehandlerne i socialforvaltningen eller begge funktioner.

- Fødestederne anvender ensartet terminologi, og ambulatorier for amning m.v. benævnes barselambulatorium.
- Med udgangspunkt i et passende befolkningsunderlag og fødestedernes optageområder planlægger regionen, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere jordemoderkonsultationerne uden for fødestedet.
- Fødestederne udpeger koordinerende jordemødre, som tager sig af kvinder fra niveau 2, 3 og 4 og sørger for sammenhæng i indsatsen.
- Det enkelte fødested skaber overblik over de relevante kommunale henvisningsmuligheder i fødestedets optageområde.
- Regionen indgår i samarbejde med Digital Sundhed og understøtter udviklingen af en elektronisk vandrejournale, som kan tilgås af almen praksis og fødestedet.

Andre af anbefalinger kan med fordel indgå i arbejdet med sundhedsaftalerne, idet der er behov for nærmere drøftelse og bearbejdning. Det gælder følgende anbefalinger:

- Via sundhedsaftalerne arbejdes der videre med at fastlægge en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet og fødestedets optagekommuner for hjemmefødsler og ambulante fødsler.
- Efter aftale med regionen indtænker kommunerne jordemodercentre ved planlægning af sundhedscentre, hvor der også er sundhedspleje.
- Kommunerne indgår i dialog med kommunens praktiserende læger om snitfladen i relation til svangreomsorg, eventuelt via de kommunale praksiskonsulenter eller tilsvarende ordning.
- Det aftales med kommunerne, hvordan MedCom standarderne for svangreomsorg skal anvendes til kommunikation mellem hospital og kommune.

Fødeplanudvalget skal således anbefale, at de fire ovennævnte anbefalinger indgår i arbejdet med sundhedsaftalerne.

4. Kvalitetsudvikling, monitorering og patientsikkerhed

4.1 Opgavefordeling mellem region og kommuner om kvalitetsudvikling og patientsikkerhed

I anbefalingerne for svangreomsorgen anbefaler Sundhedsstyrelsen, at det formaliserede samarbejde mellem region og kommuner også omfatter koordinering af opgavefordelingen vedrørende kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

I obstetrikken foregår der allerede i dag kvalitetsudvikling og patientsikkerhedsarbejde med udgangspunkt i guidelines fra det faglige selskab, Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), Joint Commission International (JCI) og Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), og fra sommeren 2010 forventes det nationale indikatorprojekt (NIP) for fødsler at blive implementeret.

Formålet med Den Danske Kvalitetsmodel er at fremme samarbejdet mellem sektorerne og skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb. DDKM er under implementering, og alle regionens hospitaler skal akkrediteres i 2012. Kommunernes arbejde med modellen hviler på frivillighed, idet kommunerne ikke er tilført ressourcer hertil. Der er udviklet en række kommunale standarder, og nye er på vej, bl.a. for sundhedsplejen.

Herudover foretager fødeafdelingerne kvalitetsmåling på kliniske data herunder kvalitetsmåling på fødselsstatistik fra Sundhedsstyrelsen om fødsler og fødselskomplikationer. Det anbefales, at sundhedsfagligt råd for gynækologi og obstetrik følger, opgør og sammenligner disse data i regionen.

Imidlertid giver de forskellige kvalitetsmålingssystemer kun et overordnet og aggregeret samt begrænset billede af kvaliteten. Der er således behov for at udvikle ensartede og standardiserede mål, som alle fødeafdelingerne anvender til løbende og kontinuerlig monitorering. En væsentlig del af løsningen herpå er implementering af en obstetrisk database jf. afsnit 4.2.

Udover ovennævnte kvalitetsmålingssystemer er der behov for optimering af samarbejdet og snitfladen mellem hospitaler, praksissektor og kommuner. Det gælder såvel for kommunikation som for reaktion på svar fra prøver for screening i graviditeten fx ved:

- nakkefoldsskanning (doubletest)
- rhesus immunisering
- hiv
- hepatitis
- diabetes mellitus (sukkersyge)
- toxoplasmose.

Det er et stort problem, at svarene på disse prøver jævnligt går tabt i mellem sektorerne og med risiko for forkert vurdering. I værste fald bliver svar ikke vurderet eller bliver set for sent og med deraf ringere mulighed for at handle

på et givent svar. Årsagen til problemerne hænger sammen med, at den eksisterende vandrejournal i papir ikke anvendes optimalt i dag, idet kommunikationen mellem sektorerne alt overvejende er elektronisk. Der er således behov for en vandrejournal, der er elektronisk.

Der er et stigende antal ambulante fødsler og tidlig udskrivning, som har afledte konsekvenser for kvalitetsudviklingen og patientsikkerheden. Der er derfor behov for:

- at den obligatoriske screening i form af hælblodprøve og hørescreening monitoreres med henblik på om den bliver gennemført, således at forebyggelse og tidlig opsporing af alvorlige sygdomme og høreskader med risiko for indlæringsproblemer og sociale problemer hos barnet sikres
- at amme frekvens og -længde monitoreres i henhold til anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, hvor Sundhedsstyrelsen netop har igangsat et pilotprojekt. Desuden stiller DDKM krav om kvalitetsovervågning på dette område
- at genindlæggelsesfrekvensen af nyfødte monitoreres som det kræves fra DDKM
- at udviklingen af mastitis (brystbetændelse) overvåges.

Der sker ikke nogen systematisk monitorering eller opfølgning i dag på de fire områder. Nogle tal forventes at kunne blive trukket med data fra NIP-indikatorer, andre fra Statens Serum Institut, og for nogle sker der ingen systematisk monitorering. Det anbefales, at kvalitetsovervågningen gennemføres i tæt samarbejde mellem hospitaler, praksissektor og kommuner. Det anbefales, at der udarbejdes fælles journaldokumentation som grundlag for indsamling af data om barnets ernæring, gennemførelse af hælblodprøve og hørescreening i både hospitalets journal og i sundhedsplejerskernes journalsystem. Dermed skabes der basis for at kunne aggregere og indsamle data til kvalitetsudvikling og -sikring på disse områder.

Imidlertid er der behov for en præcis afdækning af, hvad og hvordan der monitoreres, hvem der gør hvad, samt hvordan det bør gøres i fremtiden. Det anbefales derfor, at der nedsættes en arbejdsgruppe under det permanente fødeplanudvalg, som ser nærmere herpå.

Som nævnt tidligere er der behov for overgang til elektronisk vandrejournal. Det anbefales, at vandrejournalen bliver elektronisk tilgængelig for alle involverede behandlere herunder pædiaterne samt den gravide kvinde. Den gravide kvinde vil hermed også kunne deltage i den faglige kommunikation om eget patientforløb, hvorved patientsikkerheden optimeres.

Endelig anbefales det, at data til overvågning af krav fra Den Danske Kvalitets Model til det obstetriske forløb samles i Enhed for Klinisk Kvalitet, som i forvejen arbejder med data på udvalgte sygdomsområder.

4.2 Drift og videreudvikling af kliniske databaser

Der er i obstetrikken en lang tradition for at indsamle data, som kan belyse kvaliteten af såvel svangreprofylakse som fødsler. Det danske medicinske fødselsregister blev etableret i 1973, og fra 1995 har en række data vedrørende alle sygehusfødsler været registeret i Landspatientregistret (LPR). Formå-

let med LPR var primært at indsamle medicinalstatistiske data til brug for planlægning i centraladministrationen og hos sygehusejerne. I 1998 blev formålet med LPR udvidet til også at omfatte forskning og kvalitetsudvikling.

Selv om LPR efterhånden indeholder mange og forholdsvis detaljerede data om svangerskab og fødsel, udgør LPR-data kun en delmængde af de data, som registreres på de obstetriske afdelinger. Både af hensyn til kvalitetsudvikling og forskning er det nødvendigt at have en velfungerende regional obstetrisk database.

I forbindelse med scanninger af fostre anvendes den føtalmedicinske elektroniske journal og database "Astraia". Astraia indeholder obligatoriske data og kan benyttes i forbindelse med forskning og kvalitetssikring. Databasen samkøres med Dansk Cytogenetisk Centralregister og LPR.

På de obstetriske afdelinger anvendes to forskellige elektroniske patientjournaler (EPJ) som kan opsamle data til kvalitetsudvikling og forskning. Det er H:S Obstetrisk database og DocuLive. Det er i praksis ikke muligt at samkøre data fra de to systemer, og benchmarking i regionen kan kun baseres på data fra LPR.

H:S Obstetrisk database er teknologisk forældet og udvikles ikke længere. Den kan ikke overføre data til GS!Åben, og data som skal indberettes til LPR må også indtastes manuelt i GS!Åben, hvilket indebærer omfattende dobbeltindtastning. Anvendelse af de registrerede data til kvalitetsudvikling og forskning er vanskelig. DocuLive er en mere end 10 år gammel journal, men har en veludviklet EPJ-funktionalitet, udvikles fortsat og har integration til GS!Åben. Den er dog ikke integreret med Opus notat, hvilket indebærer, at notater vedrørende obstetrik og gynækologi skrives i to forskellige systemer.

Ingen af de to systemer indeholder en funktion for vandrejournale, hvilket indebærer, at den løbende deling af oplysninger om svangerskabet mellem den praktiserende læge og hospitalet er besværlig og ofte mangelfuld. Efter at de praktiserende læger er gået over til elektronisk journalføring, betyder anvendelsen af en papirbaseret vandrejournale, at oplysningerne fra fødeafdelingen ofte ikke kommer ind i den praktiserende læges journal, og at oplysninger fra denne journal ikke bliver overført til vandrejournalen og dermed ikke er tilgængelige for fødeafdelingen. Ligeledes er der heller ikke integration til de systemer, som anvendes til lagring af kardiogrammer (registrering af veer og fosterets hjerterytme) og ultralydsscanninger.

Der er behov for en konsolidering, som indebærer, at obstetriske journaldata kan registreres på samme måde i hele regionen og tilgås af alle obstetriske afdelinger i regionen. IT-understøttelse af det obstetriske speciale er en meget kompleks opgave, som så vidt muligt skal tilgodese en række behov, herunder:

- En journal, som opfylder flere faggruppers behov for dokumentation, og som indeholder en række specialespecifikke skemaer og funktioner, herunder generering af epikriser, fødselsanmeldelser, meddelelser til sognekontor m.v.

- Integration med GS!Åben samt systemer til lagring af kardiogrammer og ultralydsscanninger, Labka m.v.
- Mulighed for registrering af data til brug for kvalitetsudvikling og forskning og overførsel af data til en regional obstetrisk kvalitetsdatabase
- Etablering af en regional obstetrisk kvalitetsdatabase i Analyseportalen med indikatorrapporter samt let tilgængelig mulighed for analyse og udtræk af data
- Kommunikation med kommuner og praktiserende læger i henhold til MedCom-standarderne
- Elektronisk vandrejournal.

Denne kompleksitet nødvendiggør en nærmere analyse af behovene og mulighederne for at dække behovene med de systemer, der er på markedet. En sådan analyse falder uden for rammerne af den regionale fødeplan. Analysen bør gennemføres snarest, da den nuværende situation medfører et unødvendigt stort forbrug af ressourcer til dokumentation og registrering, mangelfulde muligheder for kvalitetsudvikling og forskning samt betydelig risiko for kvalitetsbrist og utilsigtede hændelser. Da de obstetriske databaser på en del af regionens obstetriske afdelinger ikke videreudvikles eller supporteres, er der desuden en risiko for, at nogle obstetriske afdelinger som følge af et nedbrud står uden mulighed for at registrere data vedrørende kvaliteten.

Det anbefales derfor, at der snarest gennemføres en analyse af, hvilke behov et system som understøtter det obstetriske speciale skal dække herunder udarbejdelse af kravspecifikation for en specialespecifik obstetrisk journal.

Der gennemføres sideløbende en analyse af, hvilke tiltag som kan sikre, at der frem til det tidspunkt hvor en ny specialespecifik journal er fuldt implementeret, kan foretages den nødvendige registrering af kvalitetsdata. Det skal sikre, at uddata er tilgængelige i det omfang, som er nødvendigt for at varetage den løbende kvalitetsudvikling, herunder forberedelse til akkreditering.

4.3 Perinatal audit

Når et barn bliver skadet ved fødslen, dør i fostertilstanden eller dør ved fødslen er det vigtigt at gennemgå forløbene efter fastlagte retningslinjer. En gennemgang af udvalgte fødselsforløb benævnes perinatal audit. Formålet er at lære af ikke optimale fødselsforløb for at forebygge fremtidige skader.

Trods den teknologiske udvikling og en stigende hyppighed af indgreb under fødslen vil der stadig opstå komplikationer under fødslen. Nogle få børn dør omkring fødselstidspunktet, og andre børn får varige mén i form af alvorlige hjerneskader med livslange konsekvenser for barnet og familien. Der er tale om et mindre antal børn, men for disse børn og familier har det meget store konsekvenser. Flere af forløbene henvises til patientklagenævnet eller patientforsikringen, og eventuelle skadeserstatninger afholdes af regionen.

Ved systematisk at udføre perinatal audit kan det afklares, i hvilke situationer personalet kunne have handlet anderledes, og der kan påpeges systematiske eller enkeltstående forhold, som der er mulighed for at korrigere på fødestederne. Det kan være ændrede retningslinjer, kontrolforanstaltninger eller uddannelses tiltag.

En perinatal audit kan også anskues som en kerneårsagsanalyse af flere utilsigtede hændelser. De utilsigtede hændelser analyseres efter de samme principper som ved en kerneårsagsanalyse af en enkelt hændelse. Denne er kendetegnet ved systematisk at skrælle lag på lag af hændelsen for herved at nå ind til den inderste kerne - de egentlige årsager til skaden. Formålet er, at organisationen/fødeafdelingen kan lære af og forbygge skader.

Der eksisterer på flere af fødestederne fastlagte auditprocedurer, og der er gode erfaringer hermed fra de tidligere amter i regionen og H:S. Det tidligere Københavns amt foretog over en 15-årig periode systematisk perinatal audit af døde børn, men nedlagde proceduren i en kombination af ressourcemæssige problemer og regionsdannelsen. Det tidligere H:S havde også lang erfaring med audit, men kunne på grund af manglende ressourcer ikke opretholde den. I det tidligere Frederiksborg amt og nu på Hillerød Hospital holdes interne auditprocedurer, hvor fødselsforløb der ikke har været helt optimale gennemgås. Erfaringerne viser, at skal der opnås optimal læring, skal der skabes et åbent og professionelt forum med deltagelse af uvildige specialister indenfor alle relevante faggrupper og specialer.

Undersøgelser viser, at med perinatal audit kan mellem 50 % og 70 % af dødsårsagerne påvises. Ved at opgøre alle dødsfald, dødsårsager og eventuelt medvirkende årsager fra et større område som hele regionen kan resultaterne anvendes til at forbedre kvaliteten i svangreomsorgen. Resultaterne kan således anvendes til at indføre generelle ændringer i regionen og på fødeafdelingerne eller til at stramme op om enkelte procedurer, så fejl forebygges. Auditprocessen kan desuden medvirke til at påpege fejl relateret til håndtering i lægepraksis, fra jordemoder eller i hospitalsregi, og den kan medvirke til at påvise organisatoriske svagheder, fx fejl som skyldes uensartet brug af vandrejournalen.

Perinatal audit bør være en naturlig og integreret del af svangreomsorgen og kvalitetssikringen af håndteringen af graviditeter og fødsler. Derfor anbefales det at indføre en procedure med perinatal audit med en systematisk gennemgang af alle døde og børn op til 1-års alderen, der har fået en fødselsskade. Det drejer sig om ca. 75 patientforløb om året i regionen. Desuden anbefales det, at fødeafdelingerne har lokale fora, hvor resultaterne fra perinatal audit diskuteres og anvendes.

Anbefalingen medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer.

4.4 Obstetrisk færdighedstræning

Arbejdet på fødegang og sengeafdeling for gravide og barslende er oftest præget af fred og ro, hvilket fremmer de gode fødselsforløb for patienterne. Der kan dog opstå situationer, der kræver hurtig og effektiv indgriben ligesom i et traumecenter eller på en intensiv afdeling. Der er derfor behov for, at medarbejderne uden tøven kan håndtere livstruende situationer, fx alvorlig blødning efter fødslen, eller når barnet i fødselsøjeblikket sidder fast med skuldrene. Erfaringen med disse sjældne og meget alvorlige komplikationer kan ikke kun opnås ved kontakt med patienterne. Derfor er der behov for at foretage øvelser på samme måde som brandøvelser, og på fødegangen kaldes øvelserne obstetrisk færdighedstræning.

Obstetrisk færdighedstræning iværksættes i varierende omfang på regionens fødeafdelinger, men der foregår ikke en egentlig systematisk indsats og undervisning. Der er således behov for at styrke og sikre et ensartet niveau for færdighedstræningen.

Obstetrisk færdighedstræning har mange vigtige formål, hvoraf det vigtigste er at undgå, at de nyfødte børn fødes med senfølger efter fødselsforløb, der ikke varetages optimalt. De skader, de nyfødte børn påføres, hører samtidig til de skader, der udløser de største erstatninger.

Obstetrisk færdighedstræning omfatter alle de medarbejdere, der er ansat på det obstetriske område. Samtidig er det erfaringen, at et godt træningsprogram får medarbejderne til at føle sig trygge, fører til faldende sygefravær og giver større arbejdsglæde.

Undervisningen bør foregå i de vante rammer således, at der opnås erfaring med, hvor de nødvendige medicinske præparater findes, hvorledes andre personalegrupper kontaktes osv. Det betyder, at der på alle fødeafdelinger er behov for at opbygge en organisation, der kan tilrettelægge undervisningen. Samtidig skal der afsættes ressourcer til undervisningen.

Der bør udpeges et antal specifikke emner for undervisningen. Emner, der ofte behandles er fx skulderdystoci, blødning efter fødslen, svangerskabsforgiftning, genoplivning af nyfødte, tvillingefødsler, sædefødsler og CTG (registrering af veer og fosterets hjerterytme).

Det anbefales, at iværksætte obstetrisk færdighedstræning tilrettelagt som et undervisningsforløb af to dage fordelt over 2 år således, at alle emner er gennemgået. Undervisningen bør desuden tilrettelægges tværfagligt så de medarbejdere, der også til dagligt løser problemerne i fællesskab, arbejder sammen under de praktiske øvelser.

Udbyttet af obstetrisk færdighedstræning bør løbende evalueres med henblik på optimering af de pædagogiske principper således, at medarbejderne opnår de færdigheder, der er nødvendige. Efter kurset udskrives et bevis for gennemført kursus med henblik på en egentlig certificering af medarbejderne som bør foregå ca. hvert 2. år.

Anbefalingen om obstetrisk færdighedstræning medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer.

4.5 Undersøgelse af fødende kvinders oplevelser

Sideløbende med arbejdet med fødeplan er der igangsat en patienttilfredshedsundersøgelse om kvinders oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel i Region Hovedstaden. Det er en undersøgelse svarende til de øvrige landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser benævnt "LUP". Formålet er, at få en samlet evaluering af fødende kvinders oplevelser gennem deres forløb fra graviditet til barsel, hvor de er i kontakt med flere sektorer og faggrupper. Undersøgelsen skal belyse og sammenligne kvinders oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel med det formål:

- at få indsamlet systematisk viden om kvindernes oplevelser og vurderinger og følge det over tid
- at give de enkelte afdelinger og primær sektor input til at arbejde med kvalitetsforbedringer, og
- at sammenligne fødeafdelinger med regionsgennemsnittet.

Undersøgelsen gennemføres primo 2010. Kvinder, der har født og er udskrevet fra et af fødestederne i regionen, har fået tilsendt et brev med information om undersøgelsen samt et link til et elektronisk spørgeskema to til fire uger efter fødslen. Årsagen hertil er, at kvinderne skal nå at bearbejde indtrykkene fra fødslen samt have haft kontakt til sundhedsplejen. Spørgeskemaet indeholder spørgsmål om kvindernes oplevelser hos praktiserende læge, jordemoderkonsultationer, fødslen, barselophold på hospital, udskrivelse samt overgangen til sundhedsplejen. Desuden spørges om kontakt til læger under eventuel indlæggelse, på svangreambulatoriet og under selve fødslen.

Enheden for Brugerundersøgelser er ansvarlig for at gennemføre undersøgelsen og står for ledelse og koordinering af processen. Sundhedsfagligt Råd for Gynækologi og Obstetrik fungerer som styregruppe for undersøgelsen. Der er nedsat en faglig arbejdsgruppe, der kommer med input til undersøgelsen.

Undersøgelsen forventes offentliggjort i juni 2010, og det anbefales, at det permanente fødeplanudvalg udformer en strategi for, hvordan der kan følges op på resultaterne i undersøgelsen.

4.6 Opsamling på anbefalinger

Som det fremgår af ovenstående, er der stort behov for optimering herunder tilvejebringelse og kvalificering af de data, der i dag indsamles på fødselsområdet. For en række data er der samtidig behov for, at det sker i samarbejde mellem fødesteder, praksissektor og kommuner. Fødeplanudvalget anbefaler følgende:

- Sundhedsfagligt råd for gynækologi og obstetrik følger, opgør og sammenligner kliniske data i regionen.
- På sigt gennemføres kvalitetsovervågningen i tæt samarbejde mellem hospitaler, praksissektor og kommuner, og der udarbejdes fælles journaldokumentation i både hospitalets journal og i sundhedsplejerskernes journalsystem. Imidlertid er der behov for en præcis afdækning, og derfor nedsættes en arbejdsgruppe under det permanente fødeplanudvalg, som ser nærmere herpå.
- Vandrejournalen gøres elektronisk og bliver tilgængelig for alle involverede behandlere herunder pædiaterne samt den gravide kvinde.
- Data til overvågning af krav fra Den Danske Kvalitets Model til det obstetriske forløb samles i Enhed for Klinisk Kvalitet.
- Der gennemføres en analyse af, hvilke behov et it-system, som understøtter det obstetriske speciale, skal dække herunder udarbejdelse af kravspecifikation for en specialespecifik obstetrisk journal.
- Der indføres en procedure med perinatal audit for en systematisk gennemgang af døde og børn op til 1-års alderen, der har fået en fødselsskade. Fødeafdelingerne har lokale fora, hvor resultaterne fra perinatal audit diskuteres og anvendes.

- Der iværksættes obstetrisk færdighedstræning tilrettelagt som et undervisningsforløb af to dage fordelt over 2 år.
- Det permanente fødeplanudvalg udformer en strategi for, hvordan der kan følges op på resultaterne i undersøgelsen af fødende kvinders oplevelser.

5. Kvinde-barn centre

Før dannelsen af regionen var behandlingen af kvindesygdomme, fødsler og børnesygdomme spredt på flere hospitaler. Ofte blev kvinder og børn flyttet fra en afdeling til en anden eller fra et hospital til et andet. Som det fremgår af hospitalsplanen, ændres det således, at behandlingsforløbene samles på fire kvinde-barn centre på Hillerød Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet.

Kortet nedenfor viser placeringen af kvinde-barn centrene og fødeafdelingerne, når hospitalsplanen er gennemført.

Fremtidens kvinde-barn centre



På de nye kvinde-barn centre vil der være fokus på hele familiens behov, når en kvinde skal føde, og når børnene skal indlægges. Alle fødestuer er indrettet med det nødvendige udstyr. Efter fødslen kommer mor og barn til barsels-

gangen. Her vil stuerne blive indrettet så forældrene, den nyfødte og eventuelle søskende kan være sammen.

Kvinde-barn centrene bygges op ud fra nye principper, så de indlagte er så tæt som muligt på de relevante specialer. Det giver en god sammenhæng i behandlingen, og det gør indlæggelsen til en bedre oplevelse.

Selvom kvinde-barn centrene samles fire steder i regionen kan gravide stadig komme til undersøgelse lokalt og hos jordemoder enten på det nærmeste hospital eller i lokale jordemoderkonsultationer/sundhedscentre.

Bornholms Hospital har en særlig status, og på hospitalet vil der fortsat være fødselshjælp og behandling af kvindesygdomme og børn, så bornholmerne er sikret adgang til hurtig behandling i nærområdet.

6. Økonomiske konsekvenser

Implementeringen af en række af anbefalingerne i fødeplanen har økonomiske konsekvenser, der medfører øgede udgifter, som ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer. Nedenfor gennemgås de forventede økonomiske konsekvenser af de enkelte anbefalinger. Anbefalinger, der er udgiftsneutrale eller allerede finansieret, er ikke omfattet.

Fødselsforberedelse

Fødeafdelingerne tilbyder fødselsforberedelse til alle. Som det ses i afsnit 2.3 anbefales det imidlertid at tilbyde målrettet fødselsforberedelse til kvinder fra niveau 3 og 4. Den årlige udgift hertil anslås til 0,5 mio. kr.

Fast tilstedeværelse af jordemoder i aktiv fødsel

Det er dokumenteret, at tilstedeværelse af en jordemoder under fødslen nedsætter behovet for smertelindring og øger chancen for en almindelig og spontan fødsel. Derfor anbefales det som anført i afsnit 2.2, at regionen tilbyder kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder til alle kvinder i aktiv fødsel. Udgiften hertil anslås til 12,3 mio. kr. om året.

Et hjemmebesøg ved henholdsvis ambulante fødsel og hjemmefødsel

En større og større andel af kvinder føder ambulante, og i 2010 forventes ca. 25 % svarende til 5.300 kvinder at føde ambulante, mens en meget lille del omkring 100 kvinder føder hjemme. Som det fremgår af afsnit 2.4 anbefales det, at der tilbydes et hjemmebesøg til ambulante fødende og til hjemmefødende. Udgiften hertil anslås til 2,6 mio. kr. om året.

Efterfødselsamtale ved behov

I afsnit 2.5 anbefaler Fødeplanudvalget, at der ved behov tilbydes efterfødselsamtale til familien. Det forudsættes, at omkring 20 % af kvinderne har behov for en efterfødselsamtale, som anslås til 0,5 mio. kr. om året.

Perinatal audit

Som det fremgår af afsnit 4.3 anbefales det at etablere perinatal audit i regionen. Der foreslås etableret en central sekretariatsfunktion, hvor fødestederne indberetter døde børn og børn med skader. Sekretariatet er ansvarlig for indkaldelse til møder og referater, for database og statistisk gennemgang af resultater samt for udarbejdelse og formidling af rapporter. Herudover etableres der en lokal sekretariatsfunktion på de fire fødeafdelinger inkl. Bornholm, som sikrer, at alle relevante sager indberettes, og som sender kopi af journalmaterialet til det centrale sekretariat. Udgiften hertil anslås at udgøre 0,5 mio. kr. årligt.

Obstetrisk færdighedstræning

I afsnit 4.4 anbefales det at gennemføre obstetrisk færdighedstræning. Regionens fødeafdelinger er store, og det er et stort antal medarbejdere, der skal undervises. Det kræver væsentlige ressourcer til uddannelse af undervisere herunder udgifter til fravær af medarbejderne under kurserne samt indretning af fødestuer til obstetrisk færdighedstræning. Det anslås, at udgifter til de nødvendige initiativer udgør ca. 1 mio. kr. pr. fødested inkl. Bornholm, i alt 4 mio. kr. pr. år.

7. Implementering

I det følgende listes de enkelte anbefalinger med henblik på, hvem der er ansvarlig for at sikre implementeringen samt tidsrammen herfor. Dog afhænger tidsrammen for implementering af forslag med økonomiske konsekvenser af tilførsel af ressourcer.

Anbefaling	Ansvarlig	Tidsramme
Kvinderne i regionen tilbydes en differentieret indsats afhængig af behov	Fødestederne	Er implementeret
Kvinderne tilbydes kontinuitet i graviditeten	Fødestederne	Er implementeret
Der tilbydes 5 til 7 jordemoderkonsultationer i graviditeten	Fødestederne	Er implementeret
Fødestederne tilbyder målrettet fødselsforberedelse til kvinder fra niveau 3 og 4	Fødestederne	1. april 2011, men afhængig af økonomi
Hvert fødested etablerer en brugervenlig hjemmeside med råd og vejledning	Fødestederne	1. juli 2011
Ambulant fødsel, hvor kvinden udskrives 4 til 6 timer efter fødslen.	Fødestederne	Er implementeret
Tilbud om hjemmefødsel som hvert fødested varetager for eget optageområde	Fødestederne	1. januar 2011
Fast tilstedeværelse af jordemoder ved aktiv fødsel	Fødestederne	1. april 2011, men afhængig af økonomi
Førstegangsfødende får tilbud om to overnatninger	Fødestederne	Er implementeret
Efter ambulant fødsel er der to jordemoderkontakter. Den første 2 til 3 dage efter fødslen i hjemmet og den anden efter behov i barselsambulatoriet	Fødestederne	1. april 2011, men afhængig af økonomi
Efter hjemmefødsel er der to jordemoderkontakter. Den første 2 til 3 dage efter fødslen i hjemmet og den anden efter behov i barselambulatoriet.	Fødestederne	1. april 2011, men afhængig af økonomi
Telefonisk kontakt ved jordemor inden for det første døgn efter fødslen ved ambulant fødsel og hjemmefødsel	Fødestederne	Er implementeret

Der tages hælblodprøve i hjemmet/på afdelingen ved ambulante fødsel og hjemmefødsel, og hørescreening foregår efter aftale	Fødestederne	Er implementeret
Der er barselambulatorier på alle fødesteder, hvor kvinderne selv kan henvende sig	Fødestederne	Er implementeret
Fødestederne tilbyder ved behov efterfødselssamtale inden for en måned	Fødestederne	1. april 2011, men afhængig af økonomi
Alle elektroniske henvendelser til kommunerne sendes til kommunernes hovedpostkasse.	Fødestederne	1. juli 2010
Fødestederne anvender ensartet terminologi, hvorfor ambulatorier for amning m.v. benævnes barselambulatorium	Fødestederne	Er implementeret
Fødestederne udpeger koordinerende jordemødre, som koordinerer indsatsen for kvinder fra niveau 2, 3 og 4	Fødestederne	Ultimo 2010
Fødestederne skaber overblik over relevante kommunale henvisningsmuligheder i optageområdet	Fødestederne	Løbende
Vandrejournalen gøres elektronisk og bliver tilgængelig for alle involverede behandlere herunder pædiaterne samt den gravide kvinde	Digital Sundhed i DK. Obstetrisk Klinik på Rigshospitalet indgår i demonstrationsprojekt	Projektstart forventes i 2010
Der arbejdes med at fastlægge en klar arbejdsfordeling mellem fødested og optagekommuner for hjemmefødsler og ambulante fødsler	Sundhedsaftaleregi	Indenfor aftaleperioden
Efter aftale med regionen indtænker kommunerne jordemodercentre ved planlægning af sundhedscentre, hvor der også er sundhedspleje	Sundhedsaftaleregi	Indenfor aftaleperioden
Kommunerne indgår i dialog med praktiserende læger om snitfladen i relation til svangreomsorg	Sundhedsaftaleregi	Indenfor aftaleperioden
Aftale med kommunerne om hvordan MedCom standarder for svangreomsorg skal anvendes til kommunikation	Sundhedsaftaleregi og Koncern IT	Indenfor aftaleperioden. Prioriteres ifm. investeringsbudget 2011
Følger, opgør og sammenligner kliniske data i regionen	SFR for gynækologi og obstetrik	Løbende

På sigt kvalitetsovervågning i mellem hospitaler, praksissektor og kommuner. Behov for præcis afdækning og derfor nedsættes en arbejdsgruppe	Fødeplanudvalg med deltagelse af Koncern IT	Primo 2011 nedsættes arbejdsgruppe
Data til overvågning af krav fra Den Danske Kvalitetsmodel til det obstetriske forløb	Enhed for Klinisk Kvalitet	Løbende
Der gennemføres analyse og kravspecifikation til et it-system på det obstetriske område	Koncern IT	Prioriteres ifm. investeringsbudget 2011
Der indføres perinatal audit af døde og børn op til 1-års alderen, der har fået en fødselsskade.	Fødestederne	Påbegyndes i 2011, men afhængig af økonomi
Der iværksættes obstetrisk færdighedstræning	Fødestederne	Påbegyndes i 2011, men afhængig af økonomi
Der udformes en strategi for, hvordan der kan følges op på resultaterne i undersøgelsen af fødende kvinders oplevelser	Fødeplanudvalg	Ultimo 2010
Nedsættelse af arbejdsgruppe for udarbejdelse af informationsmateriale	Fødeplanudvalg	Ultimo 2010

Det permanente fødeplanudvalg følger og sikrer, at implementeringen sker som fastlagt for de enkelte anbefalingers tidsramme. Fødeplanudvalget følger udviklingen på svangreområdet og drøfter og behandler nye tiltag samt opfølgning på anbefalingerne for svangreomsorgen. Fødeplanudvalget udarbejder en kort årlig status til regionsrådet, og foretager en samlet opdatering af fødeplanen i 2015.

Ordliste

Aktiv fødsel	Den gravide er i aktiv fødsel, når livmodermunden er åbnet mindst 3 cm, og der er effektive veer
DDKM	Den Danske Kvalitetsmodel
DK	Danmark
DRG	Takst til afregning af patientydelse
DocuLive	Elektronisk journalsystem
DPSD	Dansk Patientsikkerhedsdatabase
EPJ	Elektronisk patientjournal
Føtalmedicin	Den del af obstetrikken som har med ultralyd af fostre at gøre
GS!Åben	Patientadministrativt system til registrering af patient-administrative data
Gynækologi	Kvindesygdomme
HIV	Human immunodeficiency virus
Hælbloodprøve	Screening og undersøgelse af blodet hos den nyfødte for en lang række sjældne stofskiftesygdomme
H:S	Hovedstadens Sygehusselskab
JCI	Joint Commission International
LPR	Landspatientregistret
Neonatal	Perioden som nyfødt
NIP	Det Nationale Indikatorprojekt
Obstetrik	Fødsler og fødselshjælp
OPUS!	System til registrering af kliniske data
Perinatal	Tiden umiddelbart før eller efter fødslen
Pædiatri	Speciale der omfatter børnesygdomme samt neonatologi, der er nyfødtes sygdomme
pH-måling	Rutinemæssig blodprøve til bestemmelse af syre/base balance med henblik på iltmangel
Suturering	Syning af mellemkødet ved bristning eller klip
SST	Sundhedsstyrelsen
MedCom	Det danske Sundhedsdatanet

Bilag 1: Kommissorium for Region Hovedstadens fødeplanudvalg

Den 6. august 2009

Formål

Nye anbefalinger for svangreomsorgen 2009, der omfatter sundhedsvæsenets indsats ved graviditet, fødsel og barsel, erstatter Sundhedsstyrelsen retningslinjer fra 1998. Anbefalingerne er opdateret som følge af den faglige/medicinske og demografiske udvikling på området. Anbefalingerne henvender sig bredt til sundhedspersonalet og beskriver såvel lovbundne krav som hensigtsmæssige tiltag.

Formålet med svangreomsorgen er at yde en differentieret indsats med udgangspunkt i den gravides ønsker og behov. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende og skal sikre en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed. Den differentierede indsats og det tværfaglige samarbejde niveaudeles i fire niveauer, der strækker sig fra det basale tilbud til det specialiserede tilbud afhængig af den gravides behov.

Der er ikke lovkrav om, at sundhedsaftalerne skal omfatte svangreomsorgen, men den nye struktur med kommunalreformen har gjort det væsentligt at fokusere på det tværsektorielle arbejde. Det fremgår af anbefalingerne, at samarbejdet indenfor svangre-omsorgen tilrettelægges lokalt, eksempelvis i et fødeplanudvalg, og at det er muligt at indgå frivillige sundhedsaftaler på området.

Opgaver

Sundhedsstyrelsen anbefaler således, at der etableres et formaliseret, velbeskrevet og tæt samarbejde mellem fødesteder, jordmodercentre, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Formålet er at udarbejde besluttingsgrundlaget for regionens planlægning af svangreomsorgen, lokale retningslinjer for visitation og fælles retningslinjer. Der bør herudover:

- fastlægges prioriterede indsatsområder
- udarbejdes planer for samarbejdet for komplicerede graviditetsforløb
- udarbejdes planer for samarbejdet i barselsperioden
- sikres drift og videreudvikling af kliniske databaser
- udarbejdes regionalt og kommunalt informationsmateriale om tilbuddene
- koordinere opgavefordelingen mellem region og kommuner for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

Det fremgår desuden af anbefalingerne, at:

- der skal udarbejdes retningslinjer for sammenhæng og kontinuitet i overgangen fra sekundær- til primærsektor
- regionen skal udarbejde en vejledning for overflytning til fødeafdeling ved komplikationer
- der på de enkelte fødeklinikker skal være retningslinjer for, hvad der sker, hvis der opstår komplikationer

- der skal udfærdiges standarder for opfølgningssamtale ved udskrivning efter indlæggelse efter 1-2 døgn, og
- genindlæggelsesfrekvensen af nyfødte skal monitoreres inden for 14 dage efter fødslen efter Den Danske KvalitetsModel.

Endelig fastlægges det i anbefalingerne, at svangreomsorgen for gravide med rusmiddel problemer organiseres i et regionalt familieambulatorium.

Anbefalingerne for svangreomsorgen træder i kraft pr. 1. september 2009, men Sundhedsstyrelsen anfører, at implementering af nye anbefalinger på nogle punkter vil kræve en længere forberedelse af den fornødne logistik og planlægning.

Fødeplanudvalg

Med henblik på at opfylde anbefalingerne for svangreomsorgen og fastlægge indsatsen ved graviditet, fødsel og barsel nedsættes der et permanent fødeplanudvalg for Region Hovedstaden. Udvalgets får som sin første opgave at udarbejde et forslag til en regional fødeplan. Regionens fødeplan skal sikre, at der tilbydes lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje for alle regionens borgere i relation til graviditet, fødsel og barsel. Den regionale fødeplan afløser alle gamle eksisterende fødeplaner.

Fødeplanudvalget skal være bredt sammensat med repræsentanter fra region, praksissektor og kommuner. Der skal være repræsentation fra læger, sygeplejersker, jordmødre m.fl. og så vidt muligt med repræsentation fra alle fire planlægningsområder i regionen og Bornholm. Grundstammen i fødeplanudvalget består af repræsentanter fra Sundhedsfagligt Råd for Gynækologi og Obstetrik (SFR) suppleret med yderligere relevante repræsentanter. Formandskabet varetages af formand og næstformand fra Det Sundhedsfaglige Råd for Gynækologi og Obstetrik. Fødeplanudvalget har følgende medlemmer:

- Vicedirektør Steen Werner Hansen, Bispebjerg Hospital, Formand (SFR)
- Ledende overlæge Helle Ejdrup Bredkjær, Hillerød Hospital, Næstformand (SFR)
- Chefjordemoder Elisabeth Feder, Gentofte Hospital, (SFR)
- Ledende overlæge Peter Hornes, Hvidovre Hospital (SFR)
- Oversygeplejerske Vibeke Fleckenstein Jacobsen, Hvidovre Hospital
- Ledende jordemoder Mette Simonsen, Rigshospitalet (SFR)
- Ledende overlæge Morten Lebech, Herlev Hospital (SFR)
- Chefjordemoder Ingelise Andersen, Herlev Hospital (SFR)
- Ledende jordemor Helle Kunkel, Bornholms Hospital
- Ledende oversygeplejerske Stine Fjølstervang, Hvidovre Hospital (SFR pædiatri)
- Centerchef Birgitte Welcher, Psykiatrisk Center Hvidovre (SFR Psykiatri)
- Almen praktiserende læge Berit Lavik (SFR)
- Almen praktiserende læge Kirsten Vinsand
- Almen praktiserende læge udpeget af Lægeforeningen Hovedstaden
- Udviklingskonsulent Gitte Holm, Gentofte Kommune (SFR)
- Sundhedsfaglig konsulent Helle Svinkløv, Københavns Kommune (SFR)
- Ledende sundhedsplejerske Inge Lise Bøyesen, Albertslund Kommune

- Ledende sundhedsplejerske Anne Boye, Helsingør Kommune
- Enhedschef Christian Worm, Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning.
- Specialkonsulent Hanne Susan Rasmussen, Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning (projektleder og sekretær for fødeplanudvalget)

Fødeplanudvalget kan i processen nedsætte interne arbejdsgrupper til beskrivelse af nærmere definerede opgaver. Fødeplanudvalget formulerer kommissorier for grupperne, og de skal som standard indeholde følgende:

- kortlægning af nuværende serviceniveau og forskelle
- sikring af harmonisering
- anbefale nødvendige initiativer for udmøntningen af anbefalingerne
- kortlægge udviklingsmuligheder og
- estimere ressourcebehovet.

Fødeplanudvalget har mulighed for at inddrage andre relevante parter ad hoc, såfremt det vurderes hensigtsmæssigt. I udvalgets arbejde indgår bl.a. Anbefalinger for svangreomsorgen 2009, Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier 2009 og Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge alle tre fra Sundhedsstyrelsen.

Fødeplanen udformes så vidt muligt således, at delelementer, fx plan for samarbejdet med kommunerne i barselsperioden, kan udtages som selvstændige dokumenter og tilføjes i sundhedsaftaleregion.

Sideløbende med arbejdet med fødeplan igangsættes der en brugerundersøgelse, som skal bidrage med viden om kvindernes oplevelser om, hvad der er vigtigt for kvinderne, og hvad der fungerer godt. Formålet er også fremover at afdække brugernes oplevelser, for at sikre at sundhedsvæsenets tilbud til gravide er optimale.

Tidsplan

Arbejdet igangsættes i august 2009 og afsluttes den 1. april 2010. Fødeplanudvalgets arbejde forelægges Regionsrådet og Sundhedskoordinationsudvalg samt administrativ styregruppe jf. vedlagte tidsplan.

Fødeplanudvalget fortsætter efter april 2010 med henblik på opfølgning og monitorering. Der udarbejdes et nyt kommissorium for dette arbejde i september 2010.

Bilag 2: Underarbejdsgrupper under fødeplanudvalget

Den 2. september 2009

Delkommissorier

I henhold til kommissorium for Region Hovedstadens fødeplanudvalg skal der nedsættes et permanent fødeplanudvalg for Region Hovedstaden, der som sin første opgave får at udarbejde en fødeplan. Arbejdet bliver omfattende, idet der udover beslutningsgrundlaget for regionens planlægning af svangreomsorgen er en række arbejdsopgaver, som rækker fra planer for samarbejdet med kommunerne og praksissektor over til vejledning og standarder for særlige områder, monitorering samt informationsmateriale. Sundhedsstyrelsen anfører da også, at nogle opgaver vil kræve en længere tidsfrist end den fastsatte 1. september 2009. Samtidig betyder bredden i opgaverne, at der er behov for inddragelse af mange forskellige parter såvel eksterne som interne.

De mange opgaver der skal løses af fødeplanudvalget deles således, at hovedudvalget (fødeplanudvalget) tager sig af de generelle og overordnede opgaver, mens tre arbejdsgrupper tager sig af de mere specifikke opgaver.

Fødeplanudvalget drøfter, samler og behandler de tre arbejdsgruppers arbejde. Herudover varetager fødeplanudvalget en række overordnede og generelle opgaver, som omfatter:

- planlægning af svangreomsorgen
- udarbejdelse af lokale retningslinjer for visitation
- udarbejdelse af fælles retningslinjer
- fastlæggelse af prioriterede indsatsområder
- regionalt og kommunalt informationsmateriale om tilbuddene samt
- udarbejdelse af en vejledning for overflytning ved komplikationer (som udarbejdes af SFR for gynækologi/obstetrik).

Fødeplanudvalget skal for alle opgaver sikre, at de gravide i regionen tilbydes lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje, og at der fastlægges et ensartet tilbud i graviditeten, ved fødslen og i barselsperioden.

Delkommissorier for tre arbejdsgrupper

Til at forestå dele af arbejdet nedsættes tre arbejdsgrupper under fødeplanudvalget. Arbejdsgrupperne består af medlemmer fra fødeplanudvalget samt medlemmer fra Koncern Plan og Udvikling (KPU). Derudover kan der suppleres med særligt sagkyndige fra hospitaler, kommuner eller praksis. Et medlem fra fødeplanudvalget udpeges som tovholder for den enkelte arbejdsgruppe, og medlemmer fra KPU udpeges som sekretær.

I henhold til tidsplanen vil arbejdsgrupperne have tre måneder til arbejdet. Det er ikke forventeligt, at arbejdsgrupperne inden for denne tidsramme kan nå et færdigt resultat på alle områder. Derfor er opgaven for arbejdsgrupperne dels at overveje, hvilke opgaver de kan nå at løse indenfor tidsrammen og løse disse. Dels skal arbejdsgrupperne fastlægge en ramme med tidsplan for de opgaver, der ikke kan nå at blive løst, men som i stedet må fremstå som videre plantiltag i fødeplanen og henvises til et ad hoc udvalg under fødeplanudvalget.

Endelig skal alle tre arbejdsgrupper forholde sig til:

- kortlægning af nuværende serviceniveau og forskelle
- sikring af harmonisering
- anbefale nødvendige initiativer for udmøntningen af anbefalingerne
- kortlægge udviklingsmuligheder og
- estimere ressourcebehovet.

Arbejdsgruppe 1 - delkommissorium om samarbejdet mellem hospitaler, praksis og kommuner

I henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen:

- skal der udarbejdes planer for samarbejdet for komplicerede graviditetsforløb
- skal der udarbejdes planer for samarbejdet i barselsperioden
- skal der udarbejdes retningslinjer for sammenhæng og kontinuitet i overgangen mellem hospitaler, praksis og kommuner
- skal der udfærdiges standarder for opfølgningssamtale ved udskrivning efter indlæggelse efter 1-2 døgn.

Arbejdsgruppens arbejde indgår som bidrag til den samlede fødeplan, men kan eventuelt også udarbejdes som selvstændige dokumenter, der kan indføres i sundhedsaftaleregion. I arbejdsgruppens arbejde skal indgå overvejelser om kommunikation via it. Endelig kan der eventuelt hentes inspiration i den aftaleskabelon, der er anvendt i Region Hovedstadens Psykiatri for samarbejdsaftaler mellem region og kommuner.

I arbejdsgruppe 1 deltager relevante medlemmer fra fødeplanudvalget, hospitalerne og fra KPU.

Arbejdsgruppe 1 sekretariatet betjenes af Enheden for Kommunesamarbejde og Enheden for Hospitals- og Psykiatriplanlægning.

Arbejdsgruppe 2 - delkommissorium om kvalitetsudvikling, databaser og monitorering samt patientsikkerhed

I henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen:

- skal opgavefordelingen mellem region og kommuner for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed koordineres
- skal der sikres drift og videreudvikling af kliniske databaser
- skal genindlæggelsesfrekvensen af nyfødte monitoreres inden for 14 dage efter fødslen efter Den Danske KvalitetsModel

Herudover har fødeplanudvalget tilføjet

- perinatal audit
- brugerundersøgelser samt
- it-overvejelser.

I arbejdsgruppe 2 deltager relevante medlemmer fra fødeplanudvalget, hospitalerne og fra KPU.

Arbejdsgruppe 2 sekretariatetbetjenes af Enheden for Udvikling og Kvalitet og Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning.

Arbejdsgruppe 3 - delkommissorium om harmonisering af serviceniveau

Som led i anbefalingerne for svangreomsorgen ønsker Region Hovedstaden, at en arbejdsgruppe vurderer behovet for harmonisering og ensartet serviceniveau på tværs af regionen på blandt andet følgende områder:

- ambulante fødsler
- hjemmefødselsordninger
- konsultationer under graviditeten og ordninger med ”kendt” jordmoder samt
- fødselsforberedelse herunder for fremmedsprogede

Herudover har fødeplanudvalget tilføjet

- forebyggelsessamtaler (rygning m.v.).

I arbejdsgruppe 3 deltager relevante medlemmer fra fødeplanudvalget, hospitalerne og fra KPU.

Arbejdsgruppe 3 sekretariatetbetjenes af Enheden for Hospitals- og Psykiatriplanlægning.