Udkast!

Fødeplan
for Region Midtjylland

Udkast!

Udkast – 17.09.2020

Indhold

Forord 5
1. Formål og overordnede rammer 6
1.1. Formålet med fødeplanen 6
1.2. Overordnede rammer for fødeplanen 7
1.3. Planens tilblivelse 8
1.4. Læsevejledning 9
2. Vision og målsætninger for indsatsen 11
2.1. Sundheds- og hospitalsplanen samt Sundhedsaftalen 12
2.2. Målsætninger for svangreomsorgen 13
3. Status og tendenser 15
3.1. Hovedtendenser inden for svangreområdet 15
3.2. Udviklingen i antal fødsler 16
4. Svangreomsorgens organisering 17
4.1. Det tværsektorielle samarbejde 17
4.1.1. Alment praktiserende læger 17
4.1.2. Jordemoderkonsultationer 17
4.1.3. Den kommunale sundhedspleje 18
4.2. Valg af fødested 18
4.3. Information til den gravide/parret 19
4.4. Fødesteder i Region Midtjylland 19
4.4.1. Fødsel i Horsens 20
4.4.2. Fødsel i Holstebro 21
4.4.3. Fødsel på Samsø 21
4.5. Den neonatale transportordning 21
4.6. Hjemmefødsel 22
5. Tilbud i graviditet, fødsel og barsel 23
5.1. Differentiering, inddragelse og understøttelse af mestring/selvhjulpenhed 23
5.1.1. Inddragelse og fælles beslutningstagning 24
5.1.2. Mestring/selvhjulpenhed 24
5.2. Kendt jordemoderordning 25
5.3. Graviditet – før fødslen 25

Udkast!

5.3.1. Grundforløbet/basistilbuddet til gravide uden særlige behov 25
5.3.2. Forældre- og fødselsforberedelse 26
5.3.3. Involverede sundhedspersoner 27
5.4. Supplerende tilbud til gravide med særlige behov 27
5.4.1. Sårbare gravide, herunder Fælles Gravidteam 28
5.4.2. Familieambulatoriet 29
5.5. Fødsel 30
5.5.1. Tilstedeværelse under fødselsforløbet 31
5.6. Barsel – efter fødslen 31
5.6.1. Visitation til barselsophold 32
5.6.2. De forskellige former for barselsophold 32
5.6.3. Opgaver i den tidlige barselsperiode 33
5.6.4. Kontakter i den tidlige barselsperiode efter udskrivelse 35
5.6.5. Sundhedsplejen – udskrivelse efter normal fødsel og for tidlig fødsel 35
5.6.6. For tidligt fødte børn 36
5.6.7. Efterfødselssamtale 37
5.6.8. Kommunale ordninger vedrørende telefonrådgivning 37
5.6.9. Forældrevejledninger 37
5.6.10. Fødselsdepression 38
5.6.11. Tilbud til forældre, der mister et barn 38
6. Kvalitet og løbende forbedringer 40
6.1. Løbende forbedringer gennem systematik og kultur 40
6.2. Hovedelementer i kvalitetsarbejdet 41
6.3. Investeringer i kompetencer, udstyr, fysiske rammer og borgervendt teknologi 42
7. Anbefalinger og fokusområder 43
7.1. Stigende fødselstal 43
7.2. Fortsat udvikling af kvaliteten 43
7.2.1. Konsolidering af kompetencer, kapacitet og fagligt samarbejde på tværs af fødestederne 44
7.2.2. Kliniske jordemodersupervisorer 44
7.2.3. Monitorering af ammefrekvensen 44
7.3. Digitalisering 44
7.3.1. Udvikling og ibrugtagning af den digitale svangrejournal 45
7.3.2. Fælles app-løsning 45
7.3.3. Telemedicinsk hjemmemonitorering af gravide med komplikationer 46

Udkast!

7.3.4. Ambuflex/PRO til gravide med gestationel diabetes 47
7.3.5. Digital kommunikation, herunder digitale fødselsanmeldelser.....48
7.4. Fælles beslutningstagning 48
7.5. Styrket implementering af indsatsen for sårbare gravide 49
7.6. Samarbejde og partnerskaber med civilsamfundet.....49
Referencer 51

Udkast!

Forord

Indarbejdes senere

Udkast!

1. Formål og overordnede rammer

I dette kapitel beskrives det fødeplanens formål og funktion, de overordnede rammer for planens udarbejdelse samt processen for planens tilblivelse. Kapitlet indeholder afslutningsvist en læsevejledning.

1.1. Formålet med fødeplanen

Fødeplanen udstikker rammer og retning for driften og udviklingen af svangreomsorgen i Midtjylland med afsæt i Sundheds- og Hospitalsplanen for Region Midtjylland. Samtidig er det et dokument, der giver et overblik over de gældende tilbud hos almen praksis, i kommunerne og på hospitalerne samt organiseringen af det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde, der udgør en grundsten i den samlede indsats omkring graviditet, fødsel og barselsperiode indtil ca. én uge efter barnets fødsel.

Fødeplanen tjener således forskellige formål i forhold til forskellige målgrupper:

- Et grundlag for både politiske og administrative/ledelsesmæssige prioriteringer og planlægning af svangreomsorgen, herunder som afsæt til håndteringen af udfordringer og forslag til initiativer til støtte for den fortsatte udvikling af svangreomsorgen.
- Understøtte centrale myndigheders, borgeres og andre interessenters indblik i tilrettelæggelsen af svangreomsorgen i Region Midtjylland og dermed den konkrete udmøntning af lovgivning og faglige anbefalinger på området.
- Orientering til de forskellige samarbejdspartnere i og omkring svangreomsorgen om tilbud, organisering, arbejdsdeling/samarbejdsrelationer og udviklingstiltag.
- En del af det fælles forståelses– og arbejdsgrundlag for de involverede fagpersoner, ledere og samarbejdspartnere, herunder gennem belysning af vision, målsætninger og strategiske temaer for svangreomsorgen i Region Midtjylland.

Fødeplanen spiller sammen med en lang række andre retningsgivende strategier, politikker, planer, retningslinjer, vejledninger og instrukser på operationelt niveau. Det er fravalgt – så vidt muligt - at indarbejde meget detaljerede faglige, tekniske og juridiske beskrivelser og henvisninger i selve fødeplanen. Det forudsættes her, at man opsøger den relevante kilde, mens fødeplanen på den måde primært bliver et rammesættende dokument af mere overordnet karakter.

På tilsvarende vis er det tanken, at informationer om de konkrete tilbud i svangreomsorgen er beskrevet og gjort tilgængelig via bl.a. fødestedernes og kommunernes hjemmesider mv. Der er ofte tale om dynamisk information, der løbende opdateres. Samtidig understøtter dette et ønske om, at de opdaterede oplysninger hele tiden er let tilgængelige i de situationer, hvor brugeren efterspørger disse.

Mens fødeplanen altså beskriver det overordnede samarbejde mellem svangreomsorgens involverede sundhedsfaglige instanser og aktører, tænkes dette samarbejde efter behov at kunne konkretiseres yderligere gennem bl.a. (del)aftaler indgået i sundhedsaftale-regi mellem region og kommuner, herunder i samarbejde med almen praksis/PLO-Midtjylland.

Udkast!

1.2. Overordnede rammer for fødeplanen

I henhold til sundhedslovens kapitel 63 om planlægning § 206 udarbejder regionsrådet en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Denne (sundheds)plan skal indeholde en beskrivelse af det regionale sundhedsvæsens betjening af borgerne, herunder bl.a. tilbuddet om svangerskabshygiejne og fødselshjælp.

Region Midtjylland har valgt - i tæt samarbejde med repræsentanter fra kommunerne og almen praksis i regionen - at udarbejde en selvstændig fødeplan, der i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv beskriver bl.a. vision, målsætninger, udfordringer, muligheder samt konkrete strategiske fokus- og opmærksomhedspunkter for den samlede indsats vedrørende graviditet, fødsel og barsel i Midtjylland.

Af sundhedslovens bestemmelser følger, at gravide, der har bopæl (tilmeldt til folkeregistret) her i landet, har ret til ydelser efter loven, og at bopælsregionen afholder udgifterne til ydelserne (§ 7). Yderligere følger det af sundhedsloven, at regionsrådet yder vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet (§ 61). Herudover yder regionsrådet forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder samt jordemoderhjælp til kvinder, der ønsker at føde i hjemmet (§ 83).

Af bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge fremgår det, at kommunalbestyrelsen kan beslutte, at personer over den undervisningspligtige alder, herunder gravide med særlige behov, skal tilbydes en særlig indsats, herunder øget rådgivning, bistand samt evt. yderligere undersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske. Heraf følger muligheden for at tilbyde graviditetsbesøg i hjemmet ved en sundhedsplejerske og styrket samarbejde mellem jordemoder, læge og sundhedsplejerske for gravide med særlige behov.

Gravide er desuden omfattet af sundhedslovens bestemmelser om frit sygehusvalg. Det vil sige, at gravide kan vælge mellem fødestederne på bopælsregionens sygehuse samt fødesteder på andre regioners sygehuse (§ 86). Et sygehus kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage personer fra andre sygehuses optageområde eller fra andre regioner. Endvidere kan der være særlige risici, komplikationer eller andet i tilknytning til graviditeten eller fødslen, som ud fra faglige hensyn kan have betydning for anbefalingerne med hensyn til valg af fødested.

Med afsæt i sundhedslovens bestemmelser er fødeplanen endvidere udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger for svangreomsorgen i Danmark. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen beskriver de konkrete tilbud, som det anbefales at give til gravide, fødende og barslende. Dette omfatter bl.a. tilrettelæggelsen af forløbets forskellige faser, herunder kontakter i graviditeten, levevis i graviditeten, undersøgelse og vurdering af den gravide og barnet samt krav og anbefalinger i forhold til kompetencer, udstyr og organisering.

Indholdet i anbefalingerne er baseret på den tilgængelige viden på området, og litteraturen er kritisk gennemgået af eksperter og medicinske selskaber, der har vurderet den kliniske evidens, dvs. den videnskabelige styrke af de undersøgelser og andet, som anbefalingerne

Udkast

hviler på. I de tilfælde, hvor der ikke findes nogen eller kun begrænset evidens, bygger anbefalingerne og rådgivningen på erfaring eller 'bedste kliniske skøn'.

Udover at sikre udmøntningen af lovgivningsmæssige krav samt nationale faglige anbefalinger vedrørende svangreomsorgen tager fødeplanen udgangspunkt i en række centrale mål og pejlemærker for den tværfaglige og tværsektorielle indsats, der skal understøtte et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i Midtjylland. Det drejer sig ikke mindst om sundheds- og hospitalsplanen for Region Midtjylland samt Sundhedsaftalen (2019-2023), der sætter en fælles politisk retning for samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis i form af visioner, prioriterede indsatsområder, målsætninger og bærende principper for samarbejdet.

1.3. Planens tilblivelse

Fødeplanens udarbejdelse er formelt et regionalt ansvar, som løftes i dialog med kommunerne og almen praksis, da svangreomsorgen bl.a. fordrer et tæt tværsektorielt samarbejde. I forhold til planens indhold og processen for dens udarbejdelse er der lagt vægt på, at det skal være en fælles plan for alle de aktører og samarbejdspartnere – på tværs af kommuner, almen praksis og hospitaler – der bidrager til at skabe sammenhængende, helhedsorienterede og trygge forløb samt resultater af høj faglig kvalitet for alle børn, kvinder og familier i det midtjyske område.

Det er desuden en væsentlig ambition bag fødeplanen, at tilrettelæggelsen af indsatsen sker på borgerens/brugerens præmisser. Som led i udarbejdelsen af fødeplanen har der derfor været fokus på at inddrage brugernes/borgernes perspektiv i form af erfaringer, idéer og oplevelser fra dels gravide/par (dvs. forløbet før fødslen) og dels kvinder/par, som er blevet forældre (det samlede forløb, herunder fødslen og forløbet efter fødslen). Der er således i perioden juni–september 2019 gennemført semi-strukturerede interviews med gravide og nybagte forældre med udgangspunkt i spørgsmålet: Hvad har givet dig/jer tryghed i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel? Derudover havde intervieweren fokus på følgende temaer i dialogen: Sammenhæng, nærhed, differentiering af tilbud/individuelle forløb og selvhjulpenhed/mestring. Interviewrunden omfattede 24 kvinder og 38 forældrepar med en forholdsvis bred geografisk repræsentation.

Sundhedsstyrelsens anbefaler, at der i alle regioner etableres et formaliseret, velbeskrevet, tæt samarbejde mellem fødesteder, jordemodercentre, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Bl.a. med henblik på at sikre grundlaget for den regionale planlægning på området. Derfor har Region Midtjylland siden regionsdannelsen haft nedsat et tværfagligt og tværsektorielt fødeplanudvalg.

På baggrund af den politiske rammesætning regionalt og tværsektorielt i Sundhedskoordinationsudvalget er konkretiseringen af fødeplanen samt koordineringen af arbejdet hermed foregået via fødeplanudvalget, der er sammensat af repræsentanter for de fagfolk, der til daglig er beskæftiget med svangreomsorgen i kommunerne, på regionens fødesteder samt i almen praksis. Under fødeplanudvalget har der været nedsat en arbejdsgruppe, som har haft til opgave at bidrage med rådgivning og sparring i forhold til den konkrete udarbejdelse af udkast til fødeplanen. Udover førnævnte bruger-/borgerinddragelse er der undervejs i processen orienteret, gjort status og indsamlet input fra forskellige fora på såvel politisk som administrativt niveau.

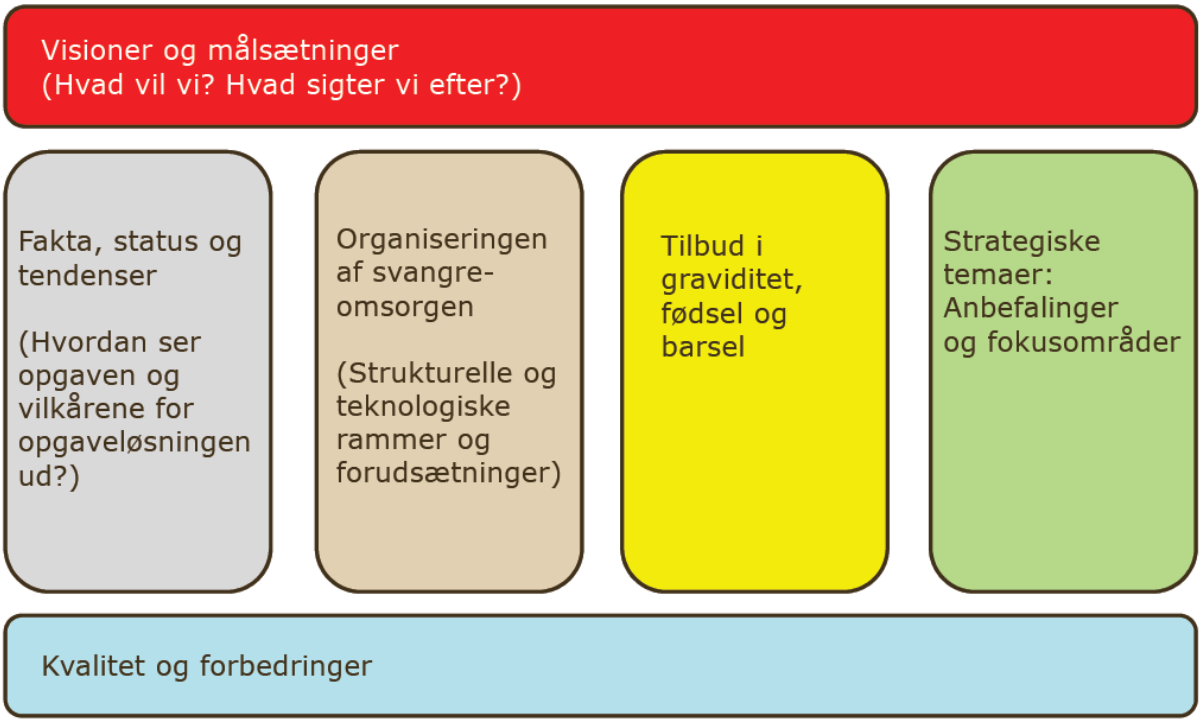
Udkast!

Region Midtjylland har i henhold til sundhedslovens § 206 indhentet Sundhedsstyrelsens rådgivning i forhold til det politisk godkendte udkast til fødeplanen samt i øvrigt givet samarbejdspartnere, patientforeninger, tværfaglige specialeråd, Patientinddragelsesudvalget i Region Midtjylland og andre interessenter lejlighed til at afgive bemærkninger til udkastet forud for fødeplanens endelige vedtagelse i regionsrådet DATO.

1.4. Læsevejledning

Nærværende kapitel 1 skitserer formål, baggrund og rammer for fødeplanen og dens udarbejdelse.

Fødeplanen som ramme for driften og udviklingen af svangreomsorgen i Midtjylland omfatter følgende hovedelementer:



Hvis læseren ønsker at fokusere på den fremadrettede udvikling inden for området, henvises til det afsluttende kapitel 7. Her præsenteres en række strategiske temaer og konkrete initiativer samt anbefalinger, som vurderes at kræve særligt fokus og prioritering i forhold til den fremtidige udvikling inden for den midtjyske svangreomsorg.

Hvis fokus er på fødeplanens funktion som et strategisk og rammesættende dokument skal læseren gå til kapital 2, der handler om vision og målsætninger samt beskriver retning og centrale værdier og hensyn bag svangreindsatsen i Region Midtjylland.

I kapitel 3 findes en skitsering af status og tendenser inden for området. Hermed gives et signalement af den opgave, som aktørerne inden for svangreområdet skal løse i fællesskab - aktuelt og i de kommende år.

Kapitel 4 og 5 omhandler henholdsvis organisering og tilbud. De to kapitler udgør tilsammen den mere beskrivende del af planen, idet de tilsammen et overblik over de bærende strukturer på området.

Kvaliteten er en anden grundpille i indsatsen, hvorfor kapitel 6 præsenterer vigtige tilgange og redskaber i forhold til det løbende arbejde med at sikre og forbedre indsats og resultater inden for svangreomsorgen.

Udkast!

2. Vision og målsætninger for indsatsen

Graviditet, fødsel og familiedannelse opfattes som naturlige livsprocesser, som den professionelle, specialiserede og sektoriserede sundheds- og socialindsats skal kunne understøtte på en måde, der tager udgangspunkt i ønsker og forudsætninger hos den gravide og hendes partner/familie.

Kvinden og hendes partner vil desuden ofte i forbindelse med graviditet og familiedannelse være særligt motiverede for ændringer i forhold til livstilsfaktorer såsom rygning, kost-, motions- og alkoholvaner mv., der har betydning såvel barnets som resten af familiens sundhed og trivsel. Hvis folkesundhed betragtes som en befolknings generelle helbredstilstand, kan svangreomsorgen opfattes som et vigtigt bidrag til at fremme folkesundheden.

Det overordnede mål med svangreomsorgen er, at alle gravide sikres et sammenhængende forløb, der er præget af høj kvalitet gennem alle tilbud i graviditeten, fødselshjælpen og i barselsforløbet. Dette skal sikres for både den store gruppe af kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko, og for de kvinder, hvis helbred, livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller foster/barnet eller hvor der på anden måde knytter sig særlige forhold eller komplikationer til graviditeten, fødslen eller barselsperioden.

Det er derfor essentielt, at udgangspunktet er et godt og tilstrækkeligt basistilbud til alle kvinder med fokus på dialog, fælles beslutningstagen og tidlig opsporing i forhold til sårbare gravide/familier. Dette skal skabe grundlaget for en sundhedsfremmende, forebyggende, rådgivende tilgang, der muliggør en differentiering af tilbuddene med afsæt i den enkelte kvindes/families behov, ønsker og ressourcer.

Det resultat, der sigtes efter, er sammenfattet i følgende vision for svangreomsorgen i Region Midtjylland:

Svangreomsorgen i Region Midtjylland sikrer den bedst mulige start for barnet og familien

Visionen betyder, at alle gravide/fødende/barslende i Midtjylland har et trygt og sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet med størst mulig sikkerhed for både mor og barn. Samtidig sigter indsatsen mod at styrke og udvikle den enkelte kvindes og partnerens/familiens selvhjulpenhed og mestring i et bredere sundhedsfremmeperspektiv. En god start for barnet og familien er en vigtig forudsætning for fremtidig sundhed, trivsel, læring og udvikling.

Graviditeten er en væsentlig periode for indsatser, der kan forbedre borgernes folkesundhed. Når indsatser struktureres og iværksættes før eller tidligt i graviditeten vil den enkelte gravide opleve en forbedret sundhedstilstand, der ikke alene kan betyde flere sunde år for kvinden, men også for den kommende generation - og måske hele familien. Kommende mødre og

Udkast!

fædre ses dermed som potentielle agenter for sundhedsændringer i hele familien. Herved kan folkesundheden hos regionens borgere øges i to generationer.

Graviditeten er på flere måder en optimal periode for ændring af livsstil, idet den enkelte gravide/parret er ekstra motiveret på grund af hensynet til det ufødte barns sundhed. Borgerne i regionen skal have mulighed for at udnytte deres sundhedsmæssige potentiale bedst muligt via målrettede indsatser i forhold til livsstilsfaktorer såsom rygning, overvægt, motion, misbrug mv. Et helhedsperspektiv på kvindens og familiens vilkår og muligheder tænkes i visse tilfælde også at kunne indbefatte faktorer såsom arbejdsmarkedstilknytning, uddannelse, socialt netværk og andre væsentlige forhold med betydning for familiens generelle trivsel og udvikling.

2.1. Sundheds- og hospitalsplanen samt Sundhedsaftalen

Udover nationale, faglige anbefalinger hviler fødeplanen på de overordnede strategiske målsætninger og pejlemærker, der udspringer af bl.a. Sundheds- og hospitalsplanen for Region Midtjylland samt Sundhedsaftalen mellem regionen og de 19 kommuner.

Region Midtjylland vil stå i spidsen for et venligt og imødekommende sundhedsvæsen, der leverer sammenhængende somatisk og psykiatrisk behandling og pleje af høj kvalitet, som borgeren føler sig tryg ved, og som understøtter lighed i sundhed.

I sundheds- og hospitalsplan er der fokus på at levere sundhedsydelser, der tager udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og imødekommer sundhedsbrugere med forskellige behov. Samtidig skal vi udnytte potentialet i de teknologiske muligheder og levere digitale løsninger og sundhedsinnovation, der understøtter samarbejdet og gør det nemmere at være patient, borger og medarbejder. Vi skal kunne matche spændet mellem dem, der kan og vil selv, og dem, der har brug for støtte.

Sundheds- og hospitalsplanen har 11 fokusområder, hvoraf særligt fire har relevans for svangreomsorgen:

- Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen – f.eks. ved at udvikle samarbejdsformer og udbygge anvendelsen af nye teknologiske løsninger, der kan styrke nærhed og sammenhæng.
- Fælles beslutningstagning – f.eks. ved at tage patienter og borgere med på råd, herunder når vi indretter fremtidens sundhedsvæsen.
- Digital sundhed – f.eks. ved at anvende data, som borgeren selv har indsamlet og ønsker at bidrage med.
- Sundhedsfremme og forebyggelse – f.eks. ved at understøtte borgerens egenomsorg eller ved at tage hånd om socialt udsatte patienter gennem differentierede indsatser.

Sundhedsaftalen 2019-2023 bygger på fire visioner for det fælles sundhedsvæsen i Midtjylland:

- Mere lighed i sundhed – socialt og geografisk
- På borgerens præmisser
- Sundhedsløsninger tæt på borgeren

Udkast!

- Mere sundhed for pengene

På forebyggelsesfronten sætter sundhedsaftalen 2019-2023 bl.a. fokus på indsatsen for at nedbringe antallet af dagligrygere i Region Midtjylland. Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats inden for svangreomsorgen skal bidrage til at realisere denne målsætning.

Fødeplanen bygger desuden videre på en stærk fælles ambition bag sundhedsaftalesamarbejdet om løbende at udvikle og udbygge et tæt og smidigt tværsektorielt samarbejde, der inddrager og skaber sammenhæng for familierne gennem en bredspektret, tværfaglig, tidlig og individuelt tilpasset indsats.

Sundhedsaftalen rummer en række samarbejdsprincipper som også har stor relevans for svangreområdet. Det gælder bl.a. klarhed om økonomiske konsekvenser og muligheder, mere vægt på fælles normkrav i relation til sikringen af høj faglig og brugeroplevet kvalitet og fælles indsats i forhold til udvalgte populationer med særlige udfordringer (populationsansvar), jævnfør fokus på sårbare gravide/familier. At bryde med vanetænkning, sikre videndeling og spredning samt tidlig og rettidig indsats og udnyttelse af mulighederne i digitalisering, telemedicin og data repræsenterer på tilsvarende vis vigtige omdrejningspunkter for samarbejde og udvikling inden for svangreomsorgen.

2.2. Målsætninger for svangreomsorgen

Med afsæt i de politiske visioner, herunder visionen for svangreomsorgen, kan der opstilles en række målsætninger for indsatsen på tværs af almen praksis, hospitaler og kommunal sundhedspleje:

Høj kvalitet og effektivitet
Effektiv, anerkendt og veldokumenteret klinisk og organisatorisk praksis af høj faglig kvalitet, der omfatter monitorering af relevante kvalitetsparametre, løbende forbedringer af indsats og resultater samt tilstedeværelse og udvikling af de rette faglige kompetencer. Sammen med hensynet til kvaliteten handler effektivitet således også om at sikre en rationel udnyttelse af ressourcerne i svangreomsorgen både økonomisk og kompetencemæssigt. For at skabe tilstrækkeligt økonomisk rum for udvikling og omstilling er der samtidig behov for en bestræbelse på at kunne gøre det bedre uden at gøre det dyrere.

Inddragelse og fælles beslutningstagen
Løbende inddragelse af kvinden/parret i valg og beslutninger i alle relevante situationer og faser med udgangspunkt i kvindens/partnerens/familiens situation, præferencer og forudsætninger i forhold til forløbets tilrettelæggelse, interventioner mv.

Differentiering/individuelle forløb
Differentiering af tilbud/indsats i forhold til behov, ønsker og ressourcer som en bevidst tilgang til sikring af lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje i relation til graviditet, fødsel og barsel samt størst mulig lighed med hensyn til resultat og udbytte for kvinden/barnet/familien.

Udkast

Tidlig og helhedsorienteret indsats
Tidlig opsporing og helhedsorienteret indsats til støtte for sårbare gravide og familier med særlige udfordringer af helbredsmæssig, psykisk eller social karakter, herunder i kraft af et tæt og velkoordineret samarbejde mellem praksis, hospitaler og kommuner hvad enten den tidlige indsats har fokus på problemstillinger, der relaterer sig til graviditeten, fødslen og/eller det nyfødte barn eller kvindens og familiens samlede situation og vilkår, herunder for varetagelse af forældreskabet.

Understøttelse af mestring og selvhjulpenhed (*self-efficacy*)
Understøttelse af mestring og selvhjulpenhed ud fra et sundhedsfremme- og forebyggelsesperspektiv, hvor sundhed og trivsel også ses i sammenhæng med sociale forhold, arbejds-/uddannelses-/beskæftigelsesmæssige forhold og udnyttelse af det civile samfunds ressourcer.

Tæt samarbejde – på tværs af fagligheder, sektorer og funktioner
Tæt og velkoordineret samarbejde på tværs af fagligheder, funktioner og sektorer samt mellem familien og den enkelte fagperson, hvor visionen om den bedst mulige begyndelse på livet for både barnet og familien udgør det fælles, styrende afsæt for at finde den rette løsning i den konkrete situation.

Udkast!

3. Status og tendenser

Med udgangspunkt i forskellige nøgletal præsenteres i det følgende et overblik over hovedtendenserne i udviklingen inden for svangreområdet i Region Midtjylland.

3.1. Hovedtendenser inden for svangreområdet

Hovedparten af fødslerne i Midtjylland foregår i hospitalsregi (ca. 97,5 %), mens antallet af hjemmefødsler steg fra 119 i 2014 år til 353 i 2019. Dette svarer til en stigning i andelen af hjemmefødsler fra ca. 0,9 % i 2014 til ca. 2,5 % i 2019.

Gruppen af gravide med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter er voksende. Det drejer sig f.eks. om højt BMI/overvægt, kroniske sygdomme og psykisk sygdom. Svangreomsorgen skal således kunne håndtere flere komplicerede forløb og flere sårbare gravide (og familier) med problemstillinger relateret til medicinske sygdomme og/eller psykologiske, sociale og familiemæssige forhold.

Andelen af kejsersnit er faldet i Region Midtjylland (fra 19,7 % i 2014 til 17,4 % i 2019), og følger således tendensen på landsplan. Det gælder både akutte og planlagte kejsersnit. Nedbringelse af kejsersnitfrekvensen har været et nationalt mål, som har medført længere fødsler, som er jordemoderkrævende (i gennemsnit 8 timer for en førstegangsfødende fra indlæggelse til fødsel, og herefter observation 2-4 timer efter fødslen).

Liggetiden på hospital efter en fødsel er generelt faldet de senere år. Hovedparten af de førstegangsfødende benytter efter ukompliceret fødsel muligheden for barselsophold (op til 48 timer efter fødslen). Der er forskelle mellem fødestederne med hensyn til, hvor stor en andel af de førstegangsfødende, der udskrives én, to eller tre dage efter fødslen.

I bestræbelserne på at øge sikkerheden for mor og barn er der i de senere år indført en række faglige procedurer. F.eks. får 25 % af alle gravide i regionen sat deres fødsel i gang. Der er tale om kvalitetsforbedringer, som samtidig indebærer et øget ressourceforbrug blandt jordemødre og obstetrikere.

Tilfredshedsniveauet blandt gravide og fødende er generelt højt. Region Midtjylland ligger på langt de fleste spørgsmål i Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse (LUP) signifikant over landsgennemsnittet.

Der ventes i de kommende år en stigning i fødselstallet i regionen.

Udkast!

3.2. Udviklingen i antal fødsler

Som det fremgår af tabel 1 nedenfor, faldt antallet af fødsler i Region Midtjylland fra 2007 til 2013. Fra 2013 til 2016 steg antallet steget igen, mens der fra 2016 til 2019 kan konstateres en tendens til stagnation i antallet af fødsler. Antallet er således endnu ikke på niveau med antallet i 2007.

Tabel 1. Antal fødsler i Region Midtjylland, fordelt på fødesteder, 2007-2019

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
AUH	4.777	4.845	4.820	4.975	4.893	4.764	4.642	4.490	4.719	5.027	4.750	4.858	4.844
HE Midt	3.411	3.395	3.301	3.144	2797*	2.320	2.172	2.218	2.182	2.247	2.261	2.179	2.110
HE Vest	3.207	3.240	3.049	3.092	2.981	2.797	2.719	2.731	2.787	3.090	3.164	3.102	3.065
RHH	1.895	1.932	1.875	1.828	1.661	1.771	1.719	1.957	2.044	2.156	2.171	2.263	2.205
RHR	2.099	2.142	2.090	2.065	1.985	2.042	1.920	1.978	2.078	2.175	2.238	2.266	2.190
Total	**15.389**	**15.554**	**15.135**	**15.104**	**14.317**	**13.694**	**13.172**	**13.374**	**13.810**	**14.695**	**14.584**	**14.668**	**14.414**

* Antallet af fødsler i HE Midt faldt pga. lukning af fødeafsnittet i Silkeborg, hvor fødslerne blev fordelt mellem RHH og Viborg

Kilde: Region Midtjyllands BI-datavarehus, afgrænsning aktionsdiagnose DO80* - DO84*

Fødeafdelingen i Silkeborg blev lukket i 2011. Fødslerne fra Silkeborg blev i den forbindelse fordelt mellem Regionshospitalet Horsens og Regionshospitalet Viborg. En andel af fødslerne fra Silkeborg er i kraft af det frie sygehusvalg gået til Regionshospitalet Herning. For at lette kapacitetspresset på fødestedet i Aarhus blev der i 2014 flyttet 175 planlagte kejsersnit fra Aarhus Universitetshospital til Regionshospitalet Randers. Desuden blev 260 fødsler fra fødende bosat i henholdsvis Skanderborg kommune og Odder kommune flyttet fra Aarhus Universitetshospital til Regionshospitalet Horsens.

Danmarks Statistik laver løbende befolkningsfremskrivninger, der bl.a. omfatter en fremskrivning af antallet af levendefødte børn. Fremskrivningerne bygger på historiske data om befolkningens sammensætning på køn, alder og herkomst samt fertilitet, dødelighed, ind- og udvandringer og flytninger. Ifølge denne fremskrivning forventes der i de kommende år i Region Midtjylland – i lighed med resten af landet - et stigende antal levendefødte børn. Dette betyder samlet set, at der må forventes et øget pres på kapaciteten - både på hospitalerne og i den kommunale sundhedspleje.

Der vil altid være usikkerheder forbundet med at lave prognoser for den fremadrettede udvikling. Usikkerheden går bl.a. på, hvornår stigningen indtræffer, og hvor stor stigningen konkret vil være, samt hvordan den vil fordele sig geografisk.

Prognosens almindelige usikkerheder samt det forhold, at antallet af fødsler de seneste år tilsyneladende er stagneret, peger i retning af, at der sker en tæt opfølgning på udviklingen på området (se anbefaling herom i kapitel 7).

Udkast

4. Svangreomsorgens organisering

Graviditet, fødsel og barsel er et forløb, der involverer flere fagpersoner og organisatoriske enheder på tværs af kommunen, hospitalet og almen praksis. En sammenhængende og effektiv svangreomsorg fordrer derfor et tæt tværfagligt og tværsektorielt samspil mellem en række fagpersoner og instanser. I dette kapitel beskrives de aktører, som tilsammen varetager svangreomsorgen i Midtjylland.

4.1. Det tværsektorielle samarbejde

Svangreomsorgen omfatter rådgivning før befrugtning samt indsats under graviditet, fødsel, barsel samt støtte til familiedannelsen undervejs. Ambitionen er, at kommende og nybagte mødre og familier oplever et sammenhængende og trygt forløb af høj kvalitet. Det skal hænge sammen set fra kvindens og familiens perspektiv - uanset at depechen skifter hånd eller forløbet eventuelt kræver særlige, individuelle hensyn og aftaler mellem fagpersoner eller organisatoriske enheder undervejs. Dette kræver, at der er klarhed over hvilke opgaver og ansvarsområder de forskellige aktører gensidigt forventes at varetage som en del af svangreomsorgen.

De forskellige tilbud og konsultationer er del af en individuelt tilrettelagt helhed med praktiserende læge og jordemoder som hovedansvarlige for raske gravide. Den obstetriske speciallæge koordinerer undersøgelse og behandling af komplicerede forløb. Hvis der foreligger specifikke risikofaktorer med behov for medicinske, obstetriske og/eller psykosociale interventioner, kan den gravide have kontakt med andre specialister samt kommunale tilbud.

Sammenhæng, kontinuitet og tryghed samt høj patientsikkerhed og høj faglig kvalitet i indsatsen kræver derfor, at samarbejdet i det daglige bygger på klare aftaler og beskrivelser af overleveringer og ansvarsskift mellem aktørerne således, at den enkelte involverede fagperson er velinformeret og bevidst om såvel egne som andres opgaver og ansvar i forløbet. Hertil kommer, at det daglige arbejde og kontakten til kvinder og familier i praksis afspejler de værdier, hensyn og prioriteringer, som fødeplanen bygger på, jf. kapitel 3.

4.1.1. Alment praktiserende læger

Region Midtjylland betjenes af godt 800 praktiserende læger. Egen læge er den sundheds-person, der kender kvinden/familien fra før graviditetens indtræden, og som ligeledes følger familien under og efter gravidits-, fødsels– og barselsperioden. Udover graviditetsundersø-gelser varetager egen læge børneundersøgelsen af det nyfødte barn 5 uger efter fødslen og undersøgelsen af moderen 8 uger efter fødslen.

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

4.1.2. Jordemoderkonsultationer

Jordemoderen er den fagperson, som den gravide/parret typisk har hyppigst kontakt med under graviditeten. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at jordemoderkonsultationerne er placeret i

Udkast

nærmiljøet, så de er let tilgængelige for den gravide/parret. Dette hensyn til nærhed i betjeningen af befolkningen søges fremmet i så høj grad som muligt i Region Midtjylland, hvor der er lokale/decentrale jordemoderkonsultationer i tilknytning til alle fødesteder. Tilrettelæggelsen af det konkrete tilbud tager udgangspunkt i lokale behov og muligheder, herunder afstand til nærmeste fødested/hospital, muligheder for at kombinere tilstedeværelsen af jordemoderkonsulationer med andre regionale/kommunale sundhedstilbud i f.eks. sundhedshuse og lignende.

4.1.3. Den kommunale sundhedspleje

Den kommunale sundhedsplejes opgaver i forbindelse med tilbud til gravide og nybagte familier er nærmere defineret i Sundhedsstyrelsens "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge" (2011). Desuden er samarbejdet mellem region og kommuner om varetagelsen af svangreomsorgen udmøntet via sundhedsaftaler. Aftalerne beskriver ansvarsfordelingen i opgaverne. I tilknytning til fødeplanen er der indgået følgende samarbejdsaftaler mellem Region Midtjylland og de 19 kommuner i regionen:

- Samarbejdsaftale om familieambulatoriet (2016)
- Samarbejdsaftale om fælles gravidteam for sårbare gravide (2015)

Hertil kommer fælles retningslinjer for udskrivelse ved normal fødsel og udskrivelse ved for tidlig fødsel.

4.2. Valg af fødested

Ifølge Sundhedslovens bestemmelser har kvinden ret til vederlagsfri fødselsbetjening på sygehus eller anden offentlig institution og til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet.

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan fødsler foregå på følgende steder/måder: Hjemmefødsel, fødsel på jordemoderledet klinik uden tæt tilknytning til hospital, fødsel på jordemoderledet klinik med tæt geografisk og organisatorisk tilknytning til specialafdeling samt fødsel på fødested med hoved– eller specialfunktion. Region Midtjyllands fødetilbud bygger på et valg mellem enten hjemmefødsel eller fødsel i hospitalsregi (på hovedfunktions- eller specialiseret niveau).

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

I Region Midtjylland er fødestedernes vejledende optageområder definerede på baggrund af bopælskommune. Foruden det frie sygehusvalg tages ved tilrettelæggelsen af fødestedernes optageområder hensyn til en række forskellige forhold, herunder kapacitetsudnyttelse og kapacitetsbegrænsninger, sikring af tilstrækkeligt patientgrundlag for at opretholdelse af diverse funktioner ved de enkelte fødesteder, hensynet til Aarhus Universitetshospitals varetagelse af universitære og (højt) specialiserede opgaver mv.

Udkast

Region Midtjyllands serviceniveau tilgodeser også gravide fra andre regioner, der måtte ønske at anvende regionens tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

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

4.3. Information til den gravide/parret

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal kvinden/parret informeres om fødestedernes betjening og tilbud. Den gravide/parret skal således i graviditeten på grundlag af bedste tilstedeværende evidens informeres om:

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

Særligt ved fødsel på hospital med begrænsede muligheder for faglig intervention (obstetrisk eller pædiatrisk) skal disse forhold eksplicit fremgå af informationsmaterialet, ligesom den mundtlige information skal understøtte dette.

For at sikre, at den gravide/parret har de bedste muligheder for valg af fødested lægger Region Midtjylland i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger vægt på, at regionen og de enkelte fødesteder fremlægger opdateret, nemt tilgængeligt informations-materiale til støtte for valget af fødested samt om de tilbud, der står til rådighed i det hele taget i tilknytning til graviditet, fødsel og barsel.

4.4. Fødesteder i Region Midtjylland

Fødestederne i Region Midtjylland er placeret ved Regionshospitalet Viborg (under Hospitalsenhed Midt), Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers, Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest (på matriklerne i Herning og Holstebro, idet fødslerne samles i Gødstrup, når hospitalet samles dér). Fødestederne ved Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro er således samlet organisatorisk i én afdeling under Hospitalsenheden Vest.

Der er etableret en særlig ø-ordning for Samsø, der varetages af jordemødre ansat ved Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital (se nedenfor).

Foruden fødsler på hovedfunktionsniveau varetager Aarhus Universitetshospital i henhold til specialevejledningen både regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, herunder højt specialiseret funktion for nyfødte med særlige behov.

Udkast!

Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Herning, Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Horsens har hovedfunktion for fødsler. De fire hospitaler varetager desuden enkelte regionsfunktioner i formaliseret samarbejde med Aarhus Universitetshospital.

Aarhus Universitetshospital, Regionshospitalet Herning, Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Viborg har pædiatrisk funktion og råder over et neonatalafsnit (særligt sengeafsnit til håndteringen af for tidligt fødte). Fødestederne i Horsens og Holstebro følger særlige visitationsretningslinjer (se nedenfor).

Uanset fødested tilbydes alle førstegangsfødende kvinder/familier barselshvile enten på patienthotel/familieafsnit eller barselsafsnit. Dette gælder endvidere alle fødende/familier med behov for døgndækkende observation og/eller behandling.

Alle fødesteder har gynækologisk-obstetrisk speciallæge i tilstedeværelsesvagt. På fødesteder med neonatalafsnit er der et vagtberedskab bestående af pædiatriske speciallæger, som kan kaldes til fødsel, enten fra tilstedeværelses– eller tilkaldevagt. Det kan dreje sig om fødsler, hvor den gravide er visiteret til fødestedet på grund af risiko for komplikationer eller forventet behandlingsbehov hos barnet efter fødslen eller i forbindelse med fødsler, hvor der opstår akutte problemer hos barnet eller moderen under og/eller efter fødslen.

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

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

4.4.1. Fødsel i Horsens

Fødestedet på Regionshospitalet Horsens er uden fysisk børneafdeling, og disse betingelser tages der højde for ved visitation, planlægning, organisering, rekruttering og den systematiske træning af personalet. Der fødes kun efter uge 35. graviditetsuge på fødestedet i Horsens.

Akutte komplikationer hos et nyfødt barn kan imidlertid opstå uanset visitationen, og Regionshospitalet Horsens har et team af jordemødre, fødselslæger og anæstesilæger, som er specialtrænede til at varetage den akutte behandling. Derudover er der mulighed for øjeblikkelig telefonisk/telemedicinsk kontakt til neonatologer på Aarhus Universitetshospital hele døgnet.

Udkast!

Hvis et barn har brug for længerevarende hjælp og behandling, sker samarbejdet med den neonatale transportordning i Region Midtjylland, den vagthavende neonatolog på Aarhus Universitetshospital samt Børn og Unge på Aarhus Universitetshospital. På alle hverdage er der på Regionshospitalet Horsens pædiater til stede, som udover at varetage pædiatrisk ambulatorium kan gå stuegang osv. på nyfødte. Der er desuden et tæt samarbejde mellem Regionshospitalet Horsens og Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital vedrørende bl.a. samarbejdsmøder, tværfaglige audits på cases, undervisning ved pædiater på afsnittene i Horsens samt tværfaglig teamtræning.

4.4.2. Fødsel i Holstebro

Gravide med forventet ukompliceret forløb kan tilbydes fødsel i Holstebro. På baggrund af forligspartiernes Aftale om Sundhed i Folketinget i maj 2011 og anmodning om fastholdelse af fødsler i Holstebro, opretholdes et fødselstilbud i Holstebro frem til det tidspunkt, hvor Hospitalsenheden Vest samles i nybyggeriet i Gødstrup.

Der visiteres kun lav-risiko fødsler, og fødes kun efter 37+0 graviditetsuge i Holstebro. Gravide med forventede/mulige komplikationer visiteres til fødsel i Herning efter gældende visitationsretningslinjer.

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

4.4.3. Fødsel på Samsø

Gravide med forventet ukompliceret fødsel kan tilbydes fødsel på Samsø. På øen er der mulighed for at føde hjemme eller på øens fødestue på Samsø Syge- og Sundhedshus. Alle fødsler på Samsø betragtes dog som hjemmefødsler, uanset om de foregår på Samsø fødestue eller i hjemmet.

Ansvaret for fødslerne på Samsø Syge– og Sundhedshus ligger hos Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital. Fødselsbetjeningen varetages således af to jordemødre, som er ansat ved Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital. For alle fødsler gælder, at jordemoderen i tilfælde af komplikationer tager kontakt til vagthavende obstetriker ved Aarhus Universitetshospital om eventuelt behov for overflytning.

4.5. Den neonatale transportordning

Siden 1. januar 2009 har der eksisteret en særlig neonatal transportordning i Region Midtjylland. Transportordningen varetager alle transporter af svært syge børn under 3 måneder fra regionshospitalerne og Aarhus Universitetshospital til behandling på (højt) specialiseret niveau på enten Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital eller Rigshospitalet samt transport af let og moderat syge børn fra et regionshospital uden neonatalafsnit/pædiatrisk funktion (Horsens og Holstebro) til behandling på neonatalafsnit.

Ordningens funktion omfatter således transport af syge børn til behandling på steder med højere kompetence (”step-up”- transporter). Der udføres også transporter fra universitets-

Udkast!

hospitaler eller neonatalafdelinger til et lavere kompetenceniveau, de såkaldte ”step-down”-transporter, for børn, der ikke længere har brug for specialiseret behandling.

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

Den neonatale transportordning udarbejder hvert år en årsrapport, der bl.a. beskriver antallet af transporter, responstider og eventuelle nye tiltag.

4.6. Hjemmefødsel

Den gravide har ifølge sundhedsloven ret til vederlagsfri jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Det er lægens og jordemoderens opgave at informere kvinden/parret om muligheden for at vælge hjemmefødsel. Forud for hjemmefødslen har jordemoderen sammen med familien lavet en grundig gennemgang af praktiske forhold i hjemmet.

Hvis kvinden - trods en eventuel faglig vurdering af øget risiko for komplikationer for mor og/eller barn – fastholder et ønske om hjemmefødsel, skal jordemoderen og/eller eventuelt en obstetriker informere hende/parret om de risici, der er forbundet med fødsel i hjemmet for den pågældende. Kvinden har ret til jordemoderassistance, hvis hun fastholder sit ønske efter informationen. Jordemoderen kan således ikke afstå fra at assistere ved hjemmefødsel, uanset at der kan være faglige forhold, der taler imod hjemmefødsel. Kvinden kan heller ikke overføres til hospital mod sin vilje.

Region Midtjylland yder assistance til hjemmefødsel med jordemoder fra det fødested, hvor undersøgelserne i graviditeten har fundet sted. Ved komplikationer varetager den præhospitale enhed visitationen og transporten til nærmeste hospital

Udkast!

5. Tilbud i graviditet, fødsel og barsel

De følgende afsnit indeholder en beskrivelse af hovedelementerne i Region Midtjyllands tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

5.1. Differentiering, inddragelse og understøttelse af mestring/selvhjulpenhed

Formålet med svangreomsorgen er at yde en differentieret indsats med udgangspunkt i den gravides/parrets ønsker, behov og rettigheder. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende, rådgivende og behandlende, og den skal sikre rammerne om fødslen som en naturlig livsproces med mulighed for individuelle valg og tryghed.

Sundhedsstyrelsen inddeler den differentierede indsats og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i fire niveauer, der strækker sig fra det basale tilbud til det specialiserede tilbud afhængig af den gravides behov. Niveauinddelingen af svangreomsorgen og den tværfaglige indsats skal sikre den gravide/parret den nødvendige indsats, støtte og omsorg i forhold til medicinske, psykiske og sociale (risiko)faktorer.

Sundhedsstyrelsens niveaudeling af svangreomsorgen

I henhold til Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger arbejdes der i Danmark med en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske som sociale og psykiske risikofaktorer.

Niveau 1 er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko.

Niveau 2 indebærer et udvidet tilbud, som kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen. Det kan fx dreje sig om tilbud til rygere eller overvægtige.

Niveau 3 indebærer et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen. Ved sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter tilbydes den gravide svangreomsorg på dette niveau.

Niveau 4 indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som f.eks. familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Den gravide indplaceres på dette niveau, når der er tale om særlig komplicerede problemstillinger som f.eks. rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2013

Ved første graviditetsundersøgelse hos egen læge foretages visitation til fødested, og der oprettes en svangre– og vandrejournal, der sendes til fødeafdeling og jordemoder. Egen læge vil ofte kende kvinden/parret på forhånd og have viden om kvindens/parrets livsvilkår samt ressourcer og belastninger. Egen læge er således primus motor for indledningsvist at etablere en målrettet indsats omkring graviditetsforløbet i samarbejde med de relevante samarbejdspartnere, idet egen læge indplacerer kvinden på svangreomsorgsniveau 1-4. Den differentiering og behovsorientering, der allerede starter med niveauinddelingen hos egen læge fortsætter i det videre forløb via jordemoderens, fødestedets og sundhedsplejens videre arbejde i familien.

Svangreomsorgen skal dermed være tilpasset den enkelte, og der rettes så tidligt som muligt særlig opmærksomhed mod kvinder, hvis graviditet, fødsel og barsel kan forventes at blive kompliceret. Dette kan følge af komplekse medicinske sygdomme med betydning for graviditeten eller ved behov for indsats i relation f.eks. overvægt, rygning eller andre livsstilsrelaterede faktorer. Der skal desuden gives særlig støtte til udsatte og sårbare gravide med sociale, personlige/psykologiske eller familierelaterede problemer, misbrugsproblemer og lignende.

Niveauinddelingen er et dynamisk redskab og fordrer tæt samspil mellem de forskellige sundhedsfaglige aktører. Tilbuddene til gravide, fødende og barslende skal differentieres og behovsorienteres.

Indsatsen skal desuden tilpasses kvindernes og familiernes erfaringsgrundlag, og indsatsen skal respektere kvindens og parrets integritet og understøtte involvering i beslutningerne undervejs i forløbet.

5.1.1. Inddragelse og fælles beslutningstagning

Kvinden - og hendes partner - opfattes som "ekspert i eget liv", hvilket er et vigtigt omdrejningspunkt for forståelsen af den løbende dialog og fælles beslutningstagning, der foregår i samspillet mellem kvinden/parret og de forskellige fagpersoner, der medvirker undervejs i det samlede svangreforløb. Hertil kommer, at dialogen med brugerne af svangreomsorgens forskellige tilbud udgør en værdifuld ressource til at sikre kvaliteten af eget forløb og som kilde til feedback, der styrker løbende forbedringer af tilrettelæggelsen af ydelser og tilbud.

5.1.2. Mestring/selvhjulpenhed

Region Midtjyllands svangreomsorg bygger på en grundlæggende intention om at understøtte kvindens og familiens evne til at mestre og tage ansvar for tilværelsen som forælder og selvhjulpen aktør i egen tilværelse. Samtidig er det forventningen, at denne tilgang kan bidrage positivt til bestræbelserne på at sikre et endnu mere bæredygtigt sundhedsvæsen i fremtiden, hvor der er et konsekvent fokus på den aktivitet, der skaber reel værdi for brugere og patienter, mens ressourcerne spares eller bruges bedre ved at undlade ikke-værdiskabende indsatser.

Dette perspektiv harmonerer godt med den differentierede og behovsorienterede tilgang, der kendetegner svangreomsorgen. Region Midtjylland ønsker at fremme denne udvikling yderligere i de kommende år i samarbejde med brugere/patienter og samarbejdspartnere på tværs af sektorer og fagligheder.

Udkast!

Mens understøttelsen af mestring og selvhjulpenhed forventes at øge evnen til egenomsorg, så er det fortsat et afgørende hensyn, at kvinden og familien har let adgang til hjælp, støtte og rådgivning. Der er brug for "livliner" og Region Midtjylland ønsker i den sammenhæng bl.a. at udvikle evnen til at levere situationsbestemt hjælp og rådgivning. Dette skal bidrage til en fortsat udvikling i retning af tidlig udskrivelse til hjemmet efter fødslen for de fleste – men fortsat med en støttende hånd og trygheden i højsædet.

Hospitalsenheden Vest (fødeafdelingerne i Herning og Holstebro) har f.eks. siden 1. januar 2016 haft et særligt tilbud til alle førstegangsfødende. Efter fødslen kan familierne vælge mellem:

- At tage hjem direkte efter fødslen, og få to hjemmebesøg ved en jordemoder (enten jordemoder fra kendt jordemoderordning eller jordemoder fra "mobiljordemoder-teamet").
- At tage hjem efter en nat på barselsgangen, og få ét hjemmebesøg.
- Hvis familien ikke føler sig klar, så forblive indlagt, indtil de føler sig trygge.

Samarbejdet med familien om at definere barselstilbuddet skal påbegyndes allerede under graviditeten, herunder ved at afdække ressourcerne hos kvinden/i familien samt få aktiveret netværk og potentielle ressourcepersoner i den tidlige barselsperiode. Dermed tilstræbes en glidende udskrivelse frem for et fastsat tidspunkt for udskrivelse. Den aftalte efterfødselsplan skal med tiden i stigende grad understøttes af digitale redskaber, der skaber overblik og øget adgang til enkel og fleksibel "on demand"-hjælp til nybagte mødre og fædre.

5.2. Kendt jordemoderordning

"Kendt jordemoder" betyder, at den gravide/parret lærer et team af 2-3 jordemødre at kende i løbet af graviditeten. I kraft af en særlig vagtform varetages alle jordemoderkonsultationer, henvendelser, fødsels – og forældreforberedelse, undersøgelser på fødegangen, fødselsbetjeningen og barselsbesøg af en af de kendte jordemødre.

Alle fødesteder i Region Midtjylland anvender ordningen, herunder særligt til sårbare gravide og til gravide visiteret til hjemmefødsel. Derudover tilrettelægges ordningen med udgangspunkt i lokale behov og muligheder, herunder f.eks. i geografiske områder med relativt større udbredelse af sårbare gravide/familier.

5.3. Graviditet – før fødslen

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

5.3.1. Grundforløbet/basistilbuddet til gravide uden særlige behov

Under graviditeten tilbydes følgende som basistilbud:

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

Udkast!

Sundhedsplejen i kommunerne kan have en rolle i graviditeten for gravide uden særlige behov, f.eks. via deltagelse i den fødsels– og forældreforberedende undervisning eller i nogle kommuner ved, at førstegangsfødende kan tilbydes besøg af sundhedsplejersken i løbet af graviditeten. Sundhedsplejersken har desuden en meget vigtig rolle i forhold til gravide med særlige behov, idet der tilbydes hjemmebesøg til særligt udsatte gravide som beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge".

I overensstemmelse med den tilgang, der er beskrevet i det foregående afsnit, ønsker Region Midtjylland aktivt at udnytte fleksibiliteten i det grundforløb, der via Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger er opstillet som ramme for individualisering og tilpasning af kontakter/undersøgelser til kvindens/parrets kvindens behov og risikoprofil.

5.3.2. Forældre- og fødselsforberedelse

Fødsels- og forældreforberedelse er en væsentlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats i svangreomsorgen. Formålet med kurserne er at styrke de kommende forældres autonomi og involvering i graviditets-, fødsels- og barselsperioden med større tryghed og øget viden.

I Region Midtjylland tilbydes alle førstegangsforældre fødsels- og forældreforberedelse på mindre hold, dvs. max. 10 par. Flergangsforældre kan deltage ved særlige behov. Alle fødesteder tilbyder derudover rundvisning på fødestedet (fødestuer, barselsgang etc.) og formidler her desuden en række praktiske oplysninger, så som hvor man skal parkere, kost under fødslen, og hvad man skal have med til fødslen. Fødestederne arbejder i stigende grad med understøttelse af forældre- og fødselsforberedelsen gennem brug af digitale redskaber, herunder video- og onlinebaserede undervisnings- og formidlingsformer.

Alle fødestederne har et fælles materiale, som underbygger undervisning i følgende emner:

Modul 1: At føde
Modul 2: Det nyfødte barn
Modul 3: At blive en familie

På alle fødesteder arbejdes proaktivt med at skabe en mere differentieret og målrettet fødsels- og forældreforberedende indsats, som er lokalt forankret og afhængig af lokale forhold hvad angår geografi, specifikke målgrupper og samarbejde med kommuner. Dette kan eksempelvis være:

- hjemmefødende par
- fødselsforberedelse på engelsk
- fødselsforberedelse til arabisktalende familier
- familier, der venter tvillinger
- unge gravide i regi af Mødrehjælpen
- Familieiværksætterne, hvor fødestedet og kommuner samarbejder omkring fødsels- og familieforberedelse. I Region Midtjylland tilbyder kommunerne Aarhus, Struer, Randers, Viborg, Horsens, Skanderborg og Silkeborg familieiværksætter kurser. Familieiværksætter består typisk af 4 undervisningsgange i graviditeten og 8 efter

Udkast!

fødslen. I nogle kommuner, samarbejder kommune og fødested omkring dele af undervisningen, og fødestedet varetager typisk 3 moduler i graviditeten svarende til ovennævnte moduler (*at føde*, *det nyfødte barn* og *at blive en familie*). Undervisningen varetages udover sundhedsplejerskerne af forskellige andre faggrupper; eksempelvis bankrådgiver(økonomi), talepædagog (udvikling af barnets tale), tandtekniker, bibliotekar mv.

- kvinder med svær fødselsangst
- fødselsforberedelse afholdes tæt på familierne i kommuner, hvor geografien er en udfordring (eks. Lemvig og Grenaa) og hvor der er tilstrækkeligt antal fødende familier.

For sårbare gravide/familier, som følges i kendt jordemoderordning, varetages fødsels- og familieforberedelsen i kendt jordemoderregi, så betingelserne for størst mulig tryghed, kontinuitet og 'kendthed' skabes for disse familier.

5.3.3. Involverede sundhedspersoner

Svangreindsatsen skal tilrettelægges således, at den er så sammenhængende som muligt. Sundhedsstyrelsen lægger op til at alle gravide får tilknyttet en sundhedsfaglig kontaktperson, der fungerer som den gravides bindeled mellem de involverede personer i svangreomsorgen. Jordemoderen ser parret flest gange i graviditeten, og det prioriteres, at graviditetsbesøgene hos jordemoder varetages af samme jordemoder. For gravide med kompliceret graviditet bør tilknyttes en patientansvarlig læge, der er gennemgående i forløbet.

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

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

Ved særlig behov for støtte til familien af fysisk, psykisk og/eller social karakter aktiveres fælles gravidteam eller der sker om nødvendigt underretning af kommunen af alle fagpersoner i henhold til Servicelovens §153, hvorefter personer med offentlige hverv har pligt til at underrette kommunen, hvis der er formodning om, at forholdene hos de vordende forældre vil give barnet vanskeligheder efter fødslen.

5.4. Supplerende tilbud til gravide med særlige behov

Udover basistilbuddet tilrettelægger alle fødesteder i Region Midtjylland en række målrettede, supplerende indsatser og tilbud, der retter sig mod særlige problemstillinger eller målgrupper blandt de gravide.

Udkast!

Dette kan i det enkelte graviditetsforløb handle om livsstilsfaktorer såsom kost, rygning, alkohol og motion/fysisk aktivitet, herunder opmærksomhed på de kommunale forebyggelses-tilbud og lignende. Der kan eventuelt også være tale om tidligt i graviditets-forløbet at få afklaret eventuelle risikofaktorer i den gravides arbejdsmiljø, herunder om nødvendigt iværksætte vurdering af specifikke, individuelle arbejdsforhold, jf. ergonomiske, kemiske, biologiske samt andre fysiske forhold såsom lange arbejdsdage, natarbejde og lignende. Endelig kan der være særlige psykiske problemstillinger, herunder fødselsangst, sorgproblematikker mv., der skal tages hånd om.

For gravide, der venter mere end ét barn (flerfoldsgraviditeter), vil der blive iværksat særlige initiativer, idet flerfoldsgraviditet er forbundet med risiko for en række graviditets– og fødsels-komplikationer, bl.a. væksthæmning og for tidlig fødsel. Den obstetriske svangreomsorg for flerfoldsgravide kræver derfor særlig tilrettelæggelse og undersøgelser.

I forhold til kvinder/familier med anden etnisk herkomst end dansk kan der være behov for at tilpasse indsatsen. Ved vurdering af den enkelte kvindes risiko bør der tages hensyn til individuelle risikofaktorer knyttet til f.eks. oprindelsesland, men der er desuden en række generelle problemstillinger. Der kan f.eks. være behov for særlig kostvejledning, livsstilsrådgivning, anbefalinger om vitaminer foruden de særlige undersøgelser, der kan være aktuelle i graviditeten, f.eks. undersøgelser for infektionssygdomme, D-vitaminstatus, blodmangel (anæmi) osv. Kvinder, der ikke taler og forstår dansk eller engelsk, vil have særlige vanskeligheder med at få den optimale omsorg under graviditet og barsel. Udover den nødvendige tolkebistand tilstræbes det således, at personalet besidder de fornødne interkulturelle kompetencer og forståelse, der kan sikre det bedst mulige samarbejde med kvinden/parret. Eventuelt er der i visse boligområder basis for at etablere jordemoderkonsul-tationer, der kan målrettes bl.a. særlige kulturelle og sproglige behov.

5.4.1. Sårbare gravide, herunder Fælles Gravidteam

Svangreomsorgen i Region Midtjylland har gennem flere år haft et særligt fokus på gruppen af sårbare gravide. Social ulighed har betydning for graviditetens forløb og udfald. Der kan være tale om forskellige problemstillinger omkring de sårbare gravide. I nogle tilfælde er der tale om gravide/familier, som er socialt belastede eller på anden vis ressourcemæssigt udfordrede. I andre tilfælde er der tale om komplekse udfordringer af social, psykisk eller medicinsk karakter, som forringer den gravides og familiens muligheder for at håndtere graviditeten og eventuelt efterfølgende barnets og familiens tarv.

Derfor er en tidlig og struktureret indsats i graviditeten vigtig for de sårbare gravide, da en sådan indsats kan bidrage til både at forbedre sundhedstilstanden, forebygge skader på barnets udvikling og deraf medvirke til positive økonomiske, sociale og helbredsmæssige effekter, men samtidig bidrage til en reducering af den sociale ulighed.

Omsorgen for socialt sårbare gravide kræver en særlig indsats. Forudsætningen for at iværksætte denne indsats er, at egen læge optager en grundig psykosocial anamnese. På grund af øget risiko for obstetriske komplikationer henvises den gravide til obstetrisk vurdering så tidligt som muligt. Sundhedsstyrelsen tilkendegiver, at disse gravide har særligt behov for en eller flere faste støttepersoner. Det vil medvirke til at skabe trygge rammer, idet denne

Udkast!

gruppe kvinder kan have svært ved at skabe relationer og rum for tillid, ikke mindst under pressede situationer (SST 2009:62).

Jordemoderen skal udøve opsøgende virksomhed i de tilfælde, hvor den gravide udebliver fra undersøgelser. Dette kan f.eks. være ved opringning eller hjemmebesøg med det formål at motivere kvinden til følge graviditetsundersøgelser med samtidig respekt for kvindens integritet og frie valg (SST 2001:afsnit 2.1).

I forbindelse med de sårbare gravides forløb er den tværfaglige og tværsektorielle indsats særlig vigtig, og Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at et fast team varetager opgaven. Under graviditeten er samarbejdet forankret i jordemoder– og hospitalsregi. Personalet bør her medtænke samarbejdet med sundhedsplejersken allerede tidligt i graviditeten. I samarbejde med kommunen tages der inden fødslen stilling til hvilken indsats, der er påkrævet efter fødslen, og hvor den skal forankres (SST 2009:64).

I Region Midtjylland blev "Fælles Gravid Team" etableret medio 2016 som et samarbejde mellem fødestederne i Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner. Samarbejdet bygger på en aftale indgået i sundhedsaftale-regi. Målgruppen omfatter således gravide med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter svarende til niveau 3 i Sundhedsstyrelsens niveauinddeling af svangreomsorgen. Der er tale om et tilbud, som indebærer et målrettet, tværfagligt samarbejde på tværs af funktionsområder i det regionale sundhedsvæsen og i kommunerne.

Opgaven for fælles gravidteams er - i samarbejde med familien - at afklare relevante problemstillinger og tilrettelægge en kort- og langsigtede plan for graviditetsforløbet. Planen skal endvidere indeholde en rolle- og kompetencefordeling på tværs af sektorerne. Kommunerne agerer i dette samarbejde vært, tovholder og facilitator for afviklingen af det tværsektorielle samarbejde.

5.4.2. Familieambulatoriet

Som led i en styrkelse af den regionale specialiserede forebyggelse og behandling af rusmiddelsrelaterede medfødte skader og sygdomme hos børn etablerede Region Midtjylland allerede tilbage i 2010 et familieambulatorium. Det er i dag lovbestemt, at alle regioner skal etablere et familieambulatorium for gravide med et risikoforbrug af alkohol eller andre rusmidler.

Via Familieambulatoriet i Region Midtjylland samarbejder hospitalerne/fødestederne med praksissektoren og kommunerne om at tilbyde gravide med rusmiddelproblemer og deres børn en særlig fokuseret indsats. Familieambulatoriet skal ud over at forebygge rusmiddelrelaterede skader hos de ufødte børn også medvirke til at sikre en koordineret indsats over for de børn, der har været udsat for rusmidler i fostertilværelsen. Ud over at følge de børn, som er født af gravide med tilknytning til familieambulatoriet, modtager familieambulatoriet også børn i alderen 0-7 år, hvor der efterfølgende er opstået mistanke om, at de i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler.

Samarbejdet om gravide med rusmiddelproblemer er en specialopgave, som udover faglig specialviden kræver en ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats. En indsats overfor

Udkast!

gravide/familier med rusmiddelproblemer er således ofte meget kompleks og inddrager mange parter. Den gravide/familien skal således sikres den støtte og hjælp, der er behov for. Og at støtten ydes i en sammenhængende og samlet indsats med særlig fokus på fostrets/barnets behov. Familieambulatoriet koordinerer indsatsen, og alle parter arbejder ud fra en fælles handleplan/behandlingsplan.

Familieambulatoriet i Region Midtjylland er administrativt og ledelsesmæssigt placeret ved Aarhus Universitetshospital. Fysisk er familieambulatoriet placeret ved Aarhus Universitetshospital og ved Regionshospitalet Herning, hvor funktionen varetages i et formaliseret samarbejde med familieambulatoriet, Aarhus Universitetshospital. Efter en konkret vurdering af faglige behov og geografiske hensyn vil der således i hvert enkelt tilfælde blive truffet afgørelse om, hvorvidt funktionen skal varetages fra ambulatoriet i Aarhus eller Herning. Familieambulatoriet har i visse tilfælde udgående funktion fra Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Herning til de øvrige fødesteder i regionen.

Familieambulatoriet er aktuelt bemandet med obstetrikere, pædiatere, jordemødre, socialrådgivere og sekretærer. Udover praktiserende læge og jordemoder kan alle aktører inden for det sundhedsfaglige felt henvise gravide til familieambulatoriet, og der er også åbent for selvhenvendelse.

5.5. Fødsel

I dette afsnit beskrives de tilbud, der gives i forbindelse med fødslen. Tilbuddene i fødselsforløbet i Region Midtjylland er generelt tilrettelagt i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen samt gældende faglige retningslinjer fra bl.a. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, hvorfor der henvises hertil for uddybning af faglige standarder og konkrete procedurer i forbindelse med f.eks. udvidelses- og uddrivningsfasen, bristninger mv.

Det er en helt fundamental præmis, at fødestederne i Region Midtjylland til stadighed leverer en høj faglig kvalitet i forhold til fødslens undersøgelses– og behandlingstiltag. De faglige standarder skal være baseret på den nyeste tilgængelige viden inden for området eller på den kliniske bedste praksis. Fødestederne afvikler bl.a. løbende obstetrisk teamtræning, som skal være med til sikre, at personalet har de fornødne handlekompetencer og kan samarbejde i akutte og kritiske situationer (se også kapital 7).

Formålet med sundhedsvæsnets indsats under fødslen er:

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

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

Udkast!

5.5.1. Tilstedeværelse under fødselsforløbet

Kontinuerlig tilstedeværelse er defineret som kontinuerlig tilstedeværelse af fagperson i fødslens aktive fase, fraset korte pauser aftalt med den fødende. Det er veldokumenteret, at kontinuerlig tilstedeværelse af en fagperson i fødslens aktive fase har en række positive indvirkninger på selve fødselsforløbet. Det reducerer varigheden af fødslen, nedsætter antallet af indgreb under fødslen og øger dermed chancen for at fødslen forløber spontant og at kvindens behov for smertelindring reduceres samt at kvindens tilfredshed med fødselsforløbet i det hele taget øges.

Udover opbygningen af tillid og tryghed hos kvinden og hendes partner er det væsentligt for den gode fødselsoplevelse, at kvinden/parret føler sig velinformeret, og bliver involveret i de beslutninger, der tages undervejs i fødselsforløbet.

Alt dette kræver nærvær og personalets – ikke mindst jordemoderens - tilstedeværelse på fødestuen. Hertil kommer, at en del fødende kræver tæt faglig observation og tilstedeværelse, hvilket også indgår i begrundelserne for prioriteringen af jordemoderens nærvær og tilstedeværelse under fødselsforløbet hos alle fødende i Region Midtjylland.

I det omfang den fødende kvinde er omfattet af "kendt jordemoder" vil det være én af de jordemødre, der er tilknyttet kvindens "kendt jordemoder"-team, der varetager fødsels-betjeningen. Den allerede etablerede relation og den særlige tryghed, der typisk knytter sig hertil for kvinden, styrker mulighederne for at gennemføre den naturlige fødsel. Jordemoderen kender således den gravide/parret og deres situation særligt godt, fordi hun har været en del af den snak og de aftaler, der er lavet tidligere i graviditetsforløbet, herunder i forhold til fødslen.

5.6. Barsel – efter fødslen

I dette afsnit beskrives de tilbud, der gives i forbindelse med den tidlige barselsperiode. Perioden omhandler den tid, der ligger i forlængelse af overstået fødsel, og indtil den første uge efter fødslen, hvor den kommunale sundhedspleje har etableret kontakt og besøgt familien.

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

Udgangspunktet for tilrettelæggelsen af barselsforløbet og den første tid efter fødslen er den tilgang, at kvinden/parret og sundhedspersonalet ud fra familiens specifikke behov gennem fælles beslutningstagen finder frem til den bedst mulige løsning med hensyn til udskrivelses-tidspunkt, om barselsophold skal foregå i hjemmet eller på hospitalet mv. (se ovenfor).

I det følgende beskrives således den ramme, som Region Midtjyllands fødeplanlægning opstiller for denne dialog og afklaring. Der sondres bl.a. her mellem, om kvinden er første– eller flergangsfødende.

Udkast!

5.6.1. Visitation til barselsophold

Alle fødesteder i Region Midtjylland tilbyder barselsophold enten i hjemmet, på patienthotel/familieafsnit eller på barselsafsnit/neonatalt afsnit.

Der foretages primær visitation til barselsophold løbende i graviditeten af involverede fagpersoner, og den endelige visitation til ambulant fødsel eller indlæggelse i barselsperioden foretages på fødestuen efter fødslen.

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

5.6.2. De forskellige former for barselsophold

Når graviditet og fødsel er forløbet ukompliceret, og når mor og barn er sunde og raske, kan både hjemmet og hospitalet danne ramme om barselsperioden. Når den første barselstid foregår i hjemmet, er der en række forudsætninger, der bør sikres. Endvidere nødvendiggør tidlig hjemsendelse fra fødestedet en god forberedelse i graviditeten, ligesom det er essentielt, at familierne efterfølgende har tilgængelighed til faglig hjælp, råd og vejledning ved behov. Dette omfatter, at forældrene kan henvende sig til en jordemoder eller barselsafdeling direkte/ uden henvisning alle dage og hele døgnet, indtil den kommunale sundhedstjeneste har haft kontakt med familien.

I forhold til barselsperiodens planlægning og forløb lægges således i Region Midtjylland vægt på en række centrale værdier og hensyn i forhold til de nybagte familier: Autonomi (at have indflydelse/muligheder for at vælge selv), kompetence (at være godt klædt på, herunder gennem bl.a. forældre- og fødselsforberedelse) samt forbundethed ("livlinen" – at forældrene altid ved, hvor og hvordan de søge hjælp, støtte og vejledning).

Barselsophold i hjemmet
Fødestederne har fokus på at understøtte tidlig udskrivelse for alle fødende ("ambulant fødsel"), herunder også førstegangsfødende.

Alle førstegangsfødende ved ukompliceret fødsel har dog mulighed for barselsophold i op til 48 timer efter fødslen, hvorefter de udskrives til hjemmet.

Flergangsfødende, der har haft en ukompliceret fødsel, udskrives til hjemmet 2-6 timer efter fødslen.

Uanset udskrivelsestidspunkt er det et afgørende hensyn, at familien føler sig forberedt og tryg ved at vende hjem. Forberedelse til fødslen såvel som den første tid efter barnets fødsel indgår altid i fødsels- og forældreforberedelsen. Når familier har mulighed for at tage hjem direkte efter fødslen, tilrettelægges fødselsforberedelsen med henblik på at give familierne den nødvendige viden og handlekompetence i de første dage efter fødslen. Hertil kommer, at der efter udskrivelsen sikres familierne adgang til relevant rådgivning og støtte.

Udkast!

Barselsophold på patienthotel/familieafsnit
Førstegangsfødende tilbydes ophold i op til 48 timer efter fødslen. Tilbuddet gives endvidere til flergangsfødende med tidligere ammeproblemer i etableringsfasen og til barslende fra barselsafsnit, når indikationen for døgndækkende observation/behandling ikke længere er til stede.

Barselsophold på barselsafsnit eller neonatalt afsnit
Mødre og børn med behov for døgndækkende observation og/eller behandling visiteres til barselshvile på barselsafsnit eller på neonatalt afsnit. Der vil således være kvinder og/eller nyfødte, som på grund af fysiske, psykiske eller sociale omstændigheder har behov for en særlig sundhedsfaglig indsats i barselsperioden.

Det kan f.eks. dreje sig om kvinder/nyfødte med medicinske undersøgelses og/eller behandlingsbehov efter et kompliceret graviditets– eller fødselsforløb, observation i forhold til udvikling af symptomer hos mor eller barn (f.eks. ved infektioner, psykiske reaktioner eller symptomer/bivirkninger efter moderens medicinindtag i graviditeten), behov for særlig understøttelse af amning eller anden ernæring eller behov for særlig understøttelse og observation af forældreevne og mestring forud for udskrivelse. Ved behov for omsorg, pleje, behandling og observation tilbydes familien derfor indlæggelse på barselsafsnit.

Barselsafsnit tilbyder døgndækkende observation/behandling, og det tjener dermed særlige formål og tilbydes udelukkende efter visitation hertil. Indlæggelsestiden i barselsafsnittet for mor og barn med kompliceret forløb er individuel og afhænger af behandlingens karakter samt moderens mestringsevne i forhold til egen og barnets medicinske og plejemæssige problemstillinger.

Tilrettelæggelsen af barselsforløbet tager her afsæt i principperne i det optimerede (accelererede) patientforløb, idet planlægningen af udskrivelsen pågår fra forløbets start. Forudsætningen for kort indlæggelsestid er i den sammenhæng, at kvinden/parret er velforberedte og velinformerede om forløbet, kender forholdsregler og er vidende om, hvordan forløbet forventes at udvikle sig efter udskrivelsen.

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

Uanset hvor barselsopholdet foregår, tilstræbes det, at familien kan være sammen i hele indlæggelsesperioden.

5.6.3. Opgaver i den tidlige barselsperiode

Efter fødslen, herunder ved ambulant fødsel eller tidlig udskrivelse, varetager fødestedets personale det sundhedsfaglige tilbud til familien med henblik på at understøtte det nyfødte barns trivsel i de første dage efter fødslen. I henhold til sundhedsaftalen mellem regionen og kommunerne betyder det i praksis, at fødestedet har ansvaret for den nyfødte og moderen efter udskrivelse, indtil familien har haft personlig kontakt/besøg af sundhedsplejersken. Som

Udkast!

udgangspunkt aftales besøget telefonisk på 3. eller 4. dag og tilbydes på 4.-5. dagen efter fødslen. Familier, der udskrives senere tilbydes besøg inden for den første uge efter udskrivelsen.

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

Hælblodprøven/PKU-testen skal tages 48-72 timer efter fødslen, mens hørescreeningen gennemføres tidligst 48 timer og senest 1 måned efter fødslen. Tidsgrænserne betyder, at det enkelte fødested skal kunne varetage funktionen alle ugens syv dage, hvorfor det er rationelt at basere funktionen på det eksisterende beredskab på hospitalet/fødestedet. Som hovedregel udføres hælblodprøve/PKU-test og hørescreening derfor på fødestederne (enten før eller efter udskrivelsen). I Hospitalsenheden Vest's optageområde leveres hælblodprøve/PKU-test og hørescreening som en del af efterfødselspakken til førstegangsfødende i hjemmet som en del af den mobile jordemoderordning.

Fødestederne lægger generelt vægt på, at der tilbydes en samlet pakke til familien, så denne forstyrres så lidt som muligt. Fødestedernes tilrettelæggelse af hælblodprøve/PKU-test og hørescreening hviler på robuste arbejdsgange samt en effektiv udnyttelse af både personaleressourcer/beredskab og apparatur. Denne organisering sikrer en høj dækning således, at næsten 100 % af de nyfødte får foretaget disse vigtige undersøgelser.

Ud over fagligt veltilrettelagte tilbud og undersøgelser af det nyfødte barn med fokus på barnets ernæring og trivsel samt eventuelle udvikling af gulsot, fordrer den tidlige udskrivelse, at der iværksættes tiltag, som understøtter moderens fysiske og psykiske restitution efter fødslen og familiedannelsen. En del af disse opgaver fordrer således objektiv vurdering af f.eks. sårheling af bristning samt personlig kontakt med kvinden og familien.

I hovedtræk vil indsatsen omfatte følgende faglige opgaver i forhold til henholdsvis det nyfødte barn og moderen:

Barnet

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

Udkast!

Kvinden/parret

- Kvindens/parrets fysiske og psykiske tilstand. Afklaring af evt. spørgsmål i relation til selve fødslen, herunder afklaring af kvindens/parrets eventuelle bekymringer, som graviditets – eller fødselsforløbet har affødt. Screening for akut behov for efterfødselssamtale.
- Vurdering af kvindens fysiske restitution, herunder smerter, efterveer, blødningsmængde eller evt. gener fra bristninger/suturer, bækkenbund, inkontinens. Ved behov inspektion og palpation af uterus.
- Rådgivning og informering af forældre, så de er i stand til at identificere tilstande hos barn og/eller mor, som kræver kontakt med professionelle for udredning, rådgivning og vejledning i barselsperioden.
- Vurdering af den nuværende status for ammeforløbet. Er amning eller anden ernæring etableret? Gener og bekymringer.
- Observation af tilknytning til barnet, evt. efterfødselsreaktion hos moderen og faderen/partneren.

5.6.4. Kontakter i den tidlige barselsperiode efter udskrivelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at ovenstående opgaver varetages inden for følgende kontakter med den nybagte familie efter udskrivelse:

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

Fødestedet har ansvaret for den nyfødte og moderen efter udskrivelsen, indtil familien har haft personlig kontakt med/besøg af sundhedsplejersken. Dette indebærer bl.a., at den nybagte familie altid kan kontakte fødeafdelingen efterudskrivelsen ved behov for akut hjælp eller rådgivning, indtil der er etableret kontakt med den kommunale sundhedspleje.

5.6.5. Sundhedsplejen – udskrivelse efter normal fødsel og for tidlig fødsel

Sundhedsplejerskens funktionsområde er, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, bl.a. at yde vejledning og individuel støtte til gravide og til

Udkast!

spæd- og småbørnsforældre. Der tilbydes sundhedspleje til alle nyfødte i barselsperioden, hvor sundhedsplejersken medvirker til at fremme moderens evne til og mulighed for at amme. Endvidere ydes der støtte til familiedannelse og tilknytning mellem forældre og barn, ligesom der udføres funktionsundersøgelser af den nyfødte (Sundhedsstyrelsen, 2011).

I Region Midtjylland er der i regi af sundhedsaftale-samarbejdet indgået aftaler om dels udskrivelse efter normal fødsel, dels udskrivelse efter for tidlig fødsel.

Efter udskrivelse fra fødestedet ved normal fødsel tilbyder sundhedsplejen i de 19 kommuner i Region Midtjylland besøg hos/kontakt til familien i den første uge efter udskrivelsen (herunder tidligt barselsbesøg til familier, der udskrives fra fødestedet inden for 72 timer efter fødslen).

Som udgangspunkt aftales besøget telefonisk på 3. eller 4. dag og tilbydes på 4.-5. dagen efter fødslen. Familier, der udskrives senere, tilbydes besøg inden for den første uge efter udskrivelsen.

Sundhedsplejen aflægger ved hjemmefødsler besøg omkring 3. dagen efter fødslen. Besøget koordineres med hjemmebesøg fra jordemoderen. Jordemoderen har ansvaret for denne koordinering.

Hvis der fra fødestedets side vurderes at være særlige behov i familien, der nødvendiggør et tidligere besøg af sundhedsplejersken, kontaktes den kommunale sundhedstjeneste, efter aftale med familien, med henblik på et tidligere besøg.

5.6.6. For tidligt fødte børn

De for tidligt fødte/præmature børn (født før uge 37) opdeles i følgende grupper:

Moderat for tidligt fødte børn
Børn født før 37. svangerskabsuge og/eller fødselsvægt under 2500 gram

Meget for tidligt fødte børn
Børn født før 32. svangerskabsuge og/eller fødselsvægt under 1500 gram

Ekstremt for tidligt fødte børn
Børn født før 28. svangerskabsuge og/eller med en fødselsvægt under 1000 gram

Familien tilbydes orlov i hjemmet inden endelig udskrivelse, når der er tale om børn i ovenstående målgruppe(r). Kontaktsygeplejerske-/jordemoder på fødestedet orienterer sundhedsplejersken om status for barnet og familiens sundhed, trivsel og udvikling, særlige fokusområder og opfølgning, fremtidige aftaler i ambulatorium. Ved behov aftales fælles besøg af kontaktsygeplejerske og sundhedsplejerske i hjemmet.

Sundhedsplejersken orienteres af fødestedet senest 1 uge før udskrivelsen. Sundheds-plejersken sørger herefter for – inden udskrivelsen - at indgå aftale med familien om tidspunkt for første besøg af sundhedsplejerske efter udskrivelsen. Første besøg efter udskrivelsen aflægges som udgangspunkt 3-5 dage efter udskrivelsen

Udkast!

Ved behov tilbydes familier med ekstremt for tidligt fødte børn og eventuelt familier med meget for tidligt fødte børn et fælles besøg af kontaktsygeplejerske/-jordemoder og sundhedsplejerske 3-4 uger efter udskrivelsen med fokus på barnets og familiens sundhed og trivsel.

Hospitalet orienterer via epikrise alment praktiserende læge om barnets udskrivelse fra neonatalafdelingen. Egen læge modtager desuden kopi af journalnotat fra hospitalet efter ambulante besøg.

5.6.7. Efterfødselssamtale

Alle kvinder i Region Midtjylland tilbydes en efterfødselssamtale med en jordemoder med henblik på at skabe en afslutning på graviditet og fødsel således, at oplevelser eller bekymringer vedrørende forløbet eller aspekter heraf kan bearbejdes i det omfang, kvinden/familien har behov for det. Typisk finder samtalen sted som en integreret del af den "efterfødselspakke", som også indeholder hælblodprøve/PKU-test og hørescreening af barnet, opfølgning på barnets trivsel, tjek af evt. bristninger mv.

Efterfødselssamtalen med jordemoderen er således en forebyggende og afklarende samtale med kvinden og hendes partner om graviditet, fødsel og den allerførste tid med barnet. Det er veldokumenteret, at efterfødselssamtalen har stor betydning for familiens bearbejdelse af forløbet, og det kan dermed have betydning for kvindens valg af fødselsmåde ved næste graviditet. Indførelse af efterfødselssamtaler er derfor bl.a. et vigtigt redskab til at reducere antallet af kejsersnit uden lægelig indikation.

Der vil være særlig opmærksomhed på kvinder, der har haft et patologisk eller traumatisk forløb. I nogle tilfælde kan det være nødvendigt at følge op ganske kort efter fødslen med f.eks. kvinder/par, der har gennemlevet fagligt særlige forløb, har udvist reaktioner under fødslen, som indikerer behov for en umiddelbar opfølgende samtale eller hvis der konstateres sygdom hos barnet. I forbindelse med særlige og eventuelt traumatiske forløb kan samtalen afholdes sammen med obstetriker.

5.6.8. Kommunale ordninger vedrørende telefonrådgivning

De forskellige kommuner i regionen har egne rådgivningsmuligheder/-tilbud. Derudover findes et fælles tilbud på tværs af regionens kommuner "Sundhedsplejens Telefonvagt" (Aarhus Kommune har sin egen ordning). Tilbuddet henvender sig til småbørnsforældre i Region Midtjylland, hvis der opstår akutte problemer, hvor der er behov for råd og vejledning af en sundhedsplejerske.

Sundhedsplejens Telefonvagt kan bl.a. findes via følgende hjemmeside: www.sundhedsplejenstelefonvagt.dk Hos Sundhedsplejens Telefonvagt, der har åbent hver dag kl. 17-19 kan forældrene få rådgivning af erfarne sundhedsplejersker, der til daglig er ansat i en af kommunerne i Region Midtjylland.

5.6.9. Forældrevejledninger

Forældrevejledningerne er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af på tværs af børneafdelingerne i Herning, Randers, Aarhus og Viborg. Hensigten med

Udkast

forældrevejledningerne er at sikre en ensartet vejledning til forældre på tværs af følgende sundhedsplejersker, praktiserende læger, vagtlæger og personalet på børnemodtagelserne i Region Midtjylland. Forældrevejledningerne findes via: www.fv.rm.dk.

5.6.10. Fødselsdepression

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

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

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

5.6.11. Tilbud til forældre, der mister et barn

Forældre, der mister et barn under graviditeten, fødslen eller i den første tid efter fødslen har særlige behov for at blive hjulpet i gang med det sorgarbejde, der følger. Det har stor

Udkast!

betydning, at sektorerne arbejder sammen for at støtte forældrene i denne proces, og egen læge bør orienteres hurtigst muligt. I samråd med forældrene bør det overvejes hvilke sundhedsprofessionelle støttepersoner, de kan have gavn af efter udskrivelsen i forhold til at få hjælp og støtte i sorgprocessen. Personalet er særligt opmærksomt på forældrenes behov for tid til at forstå det skete, samt tid til at tage stilling og træffe netop deres valg på en informeret baggrund.

Regionens fødesteder tilbyder samtaler og sorggrupper til forældre, der mister et spædbarn eller har haft en dødfødsel. Her får forældrene mulighed for at stille spørgsmål og fortælle om deres oplevelse og giver ligeledes mulighed for at drøfte fysiske og psykiske eftervirkninger. Samtidigt benyttes samtalen til information om svar på eventuelle diagnostiske undersøgelser som f.eks. obduktion eller undersøgelse for infektionssygdomme. Alle fødesteder tilbyder tværfaglig samtale og ved behov tilbydes flere samtaler. Det enkelte tilfælde afgør hvor længe, der tilbydes samtaler, og om der skal etableres tværregional kontakt. Således tilbydes mindst én kontakt og som oftest er tilbuddet udvidet med flere samtaler og relevante henvisninger under hensyntagen til forældrenes behov. Der gives ligeledes tilbud om opfølgning og handleplan i forbindelse med en kommende graviditet/fødsel. I det hele taget er der ved efterfølgende graviditet behov for særlig omsorg, der giver mulighed for at viderebearbejde oplevelsen af at have mistet et barn og forberedelse på et nyt barn og en ny fødsel.

Alle 19 kommuner i regionen tilbyder mindst ét hjemmebesøg af sundhedsplejerske ved dødfødsel eller spædbarnsdød. Alle fødesteder i Region Midtjylland tilbyder endvidere forældre, der mister et ufødt barn (fra graviditetssuge 14 og frem) eller et nyfødt barn i dagene efter fødslen mulighed for at deltage i en sorggruppe. Hvert forløb består af et antal mødegange af nogle timers varighed. Værterne er enten jordemødre eller barselssygeplejersker. Formålet med sorggrupperne er at få samlet familier op efter traumatisk forløb. Sorgen ved at miste et ufødt eller nyfødt barn forsvinder ikke, men familien hjælpes bedst muligt igennem sorgprocessen eller psykiske problemer ved at få mulighed for at bearbejde følelser som meningsløshed, vrede og skyld, som kan være vanskelige at håndtere alene. I sorggrupperne får parrene mulighed for at spejle sig i andre i samme situation. Alle forældre i målgruppen for dette tilbud bliver kontaktet og tilbudt deltagelse i en sorggruppe inden for en måned efter, at de har mistet deres ufødte eller nyfødte barn.

Udkast

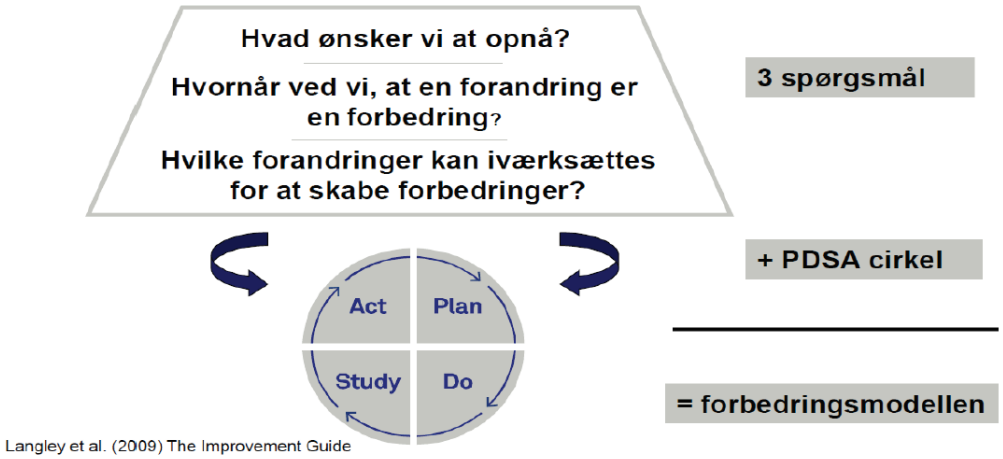
6. Kvalitet og løbende forbedringer

Der er ambitionen, at Region Midtjylland sigter efter at være et fagligt fyrtårn inden for svangreomsorgen i Danmark. Dels i kraft af at konsolidere og videreudvikle eksisterende styrkepositioner, dels ved at bidrage til innovation og nytænkning i både løsninger, ydelser og organisering til støtte for de bedst mulige resultater og forløb for alle børn og familier i Midtjylland.

6.1. Løbende forbedringer gennem systematik og kultur

Dette kræver, at der på alle niveauer er et vedvarende systematisk fokus på løbende forbedringer gennem systematik, samarbejde og målrettede initiativer inden for alle kvalitetsdimensioner, jf. faglig, brugeroplevet og organisatorisk kvalitet.

Tilgangen stammer fra den *forbedringsmodellen* udviklet af International Health Institute (IHI):



Der er ønske om at dyrke og fremme en kultur på tværs af svangreomsorgens sektorer og aktører, der er baseret på en grundlæggende tillid til, at den enkelte fagperson både kan og vil bringe sine kompetencer, erfaringer og idéer i spil for at finde løsninger i den konkrete situation samt til aktivt at medvirke til udvikling og forbedring af både egen og teamets indsats og resultater.

Svangreomsorgen skal således i alle led være af høj faglig kvalitet, og der skal tilstræbes størst mulig ensartethed i klinisk praksis og service til borgerne. Der skal sikres fri og lige adgang til sundhedsydelserne ved samme behov. Dette udelukker ikke, at der også er plads til lokale variationer i den konkrete tilrettelæggelse af aktiviteter og tilbud. Herunder således at tilbuddene kan målrettes forskellige målgrupper (f.eks. sprog, kultur, sociale faktorer mv.) og i det hele taget afstemmes med de behov og muligheder, der gør sig gældende lokalt. Denne tilgang skal understøtte en dynamisk og udviklingsorienteret svangreomsorg, hvor der i kraft af bl.a. lokale udviklingsrum skabes mulighed for afprøvning af idéer og tiltag, som eventuelt senere viser sig at være egnede til videre udbredelse og inspiration.

6.2. Hovedelementer i kvalitetsarbejdet

For at sikre høj kvalitet i svangreomsorgen i Region Midtjylland samt at svangreomsorgen kontinuerligt udvikler sig i takt med det omgivende samfunds krav og forventninger og den fortsatte udvikling inden for obstetrikken, neonatologien, sundhedsplejen mv. er det nødvendigt løbende at sikre faglige retningslinjer og instrukser, der baseres på nyeste viden eller bedste kliniske praksis på området.

Det er endvidere væsentligt at monitorere resultaterne og sikre, at klinisk praksis følger givne retningslinjer og anbefalinger samt, at der iværksættes målrettet kompetenceudvikling af personalet.

Ud over de mere bløde parametre, som har væsentlig betydning for fødselsforløbet, er det essentielt, at fødestederne leverer en høj faglig kvalitet i forhold til fødslens undersøgelses– og behandlingstiltag. De faglige standarder skal være baseret på den nyeste tilgængelige viden inden for området eller på den kliniske bedste praksis. I den sammenhæng har det tætte og systematiske samarbejde mellem regionens hospitaler/fødesteder bl.a. resulteret i det regionale obstetriske instruksudvalg, som udarbejder fælles faglige instrukser, der er med til at sikre, at gravide, fødende og barslende tilbydes en ensartet faglig behandling, uanset hvor i regionen de er bosiddende. Fødestederne i regionen har således en målsætning om, at alle retningslinjer og faglige instrukser på fødselsområdet er enslydende i hele regionen.

Den faglige kvalitet sikres desuden med afsæt i arbejdet med nationale kvalitetsindsatser. Dette omfatter bl.a. udvikling og brug af guidelines fra de faglige selskaber. Herudover foretager fødestederne kvalitetsmonitorering og -udvikling med udgangspunkt i kliniske data fra forskellige nationale kvalitetsdatabaser samt ud fra nationalt fastsatte kvalitetsindikatorer og standarder. Derudover kan der være lokale eller regionale tiltag, som har til formål at udvikle og forbedre tilrettelæggelsen og udførelsen af de tilbud/ydelser og den omsorg, der gives til gravide, fødende og barslende.

Forskningsprojekter udgør ligeledes et vigtigt element i forhold til at generere mere og ny viden - og dermed øge kvaliteten.

Det er en fælles ambition på tværs af de sektorer, der er involveret i svangreomsorgen, at arbejde for adgangen til relevante og valide data til understøttelse af kvalitets- og planlægningsarbejdet inden for området. Den databaserede tilgang til kvalitetsarbejdet understøttes gennem indberetning til og aktiv brug af bl.a. følgende datakilder:

- Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler
- Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte
- Den Nationale Børnedatabase
- Dansk Føtalmedicinsk Database (Føto-databasen)
- Sundhedsstyrelsens Fødselsregister
- Den Landsdækkende Undersøgelse af Patienternes Tilfredshed (LUP'en)
- Data og nøgletal fra Region Midtjyllands BI-portal

Udkast

Metoderne og redskaberne til kvalitetssikring og –udvikling omfatter bl.a.:

- Perinatal audit
- Hændelsesanalyse/kerneårsagsanalyser i tilfælde af utilsigtede hændelser
- E-learning
- Debriefing
- Løbende udvikling af personalets kompetencer, herunder f.eks. teamtræning i forhold til håndtering af kritiske situationer under eller i forbindelse med fødsler, så personalet har de fornødne handlekompetencer og kan samarbejde i akutte situationer
- Tæt, løbende samarbejde, videns- og erfaringsdeling og koordinering mellem fødestederne via bl.a. chefjordemoderkredsen, de tværfaglige specialeråd inden for særligt gynækologi/obstetrik og pædiatri, der mødes regelmæssigt
- Lokale tværfaglige og sektorielle audits med fokus på forebyggelse af genindlæggelser 0-28 dage
- Praksisnære udviklings- og forskningsprojekter
- Koordinering, fælles læring og spredning af viden og bedste praksis på forskellige niveauer og tværsektorielt, herunder bl.a. via det regionale fødeplanudvalg.

Udover den faglige og brugeroplevede kvalitet er det væsentligt, at der er fokus på den (fælles) organisatoriske læring. Bevidsthed om – og vilje til at forandre – arbejdsgange, procedurer og strukturer kan være af stor betydning for mulighederne for en effektiv implementering af svangreomsorgens vision og målsætninger. Sundhedsaftalerne mellem regionen og kommunerne medvirker til at sikre faglig kvalitet i de tværgående forløb.

6.3. Investeringer i kompetencer, udstyr, fysiske rammer og borgervendt teknologi

Det er afgørende, at personalets kompetencer til stadighed vedligeholdes og optimeres, og at der løbende investeres i de mennesker og de organiseringsformer, der bærer svangre-omsorgen.

Det er desuden afgørende for kvaliteten af undersøgelses- og behandlingsmulighederne under fødselsforløbet, at der sker en kontinuerlig opdatering og udskiftning af det tekniske udstyr/apparatur på fødestederne, så der er optimalt udstyr til rådighed til fosterovervågning, genoplivning og andre patientsikkerhedsmæssige funktioner.

Den moderne fødselshjælp fordrer udover udskiftning og opdatering af udstyr/apparatur desuden, at der i forbindelse med om- og nybygninger er fokus på etableringen af fødemiljøer, der afspejler bedste tilgængelige viden om de fysiske rammers betydning for det velfungerende fødselsforløb.

I stigende grad – i takt med den teknologiske udvikling og befolkningens parathed til at bruge denne – vil digitale informations- og kommunikationsteknologier skabe forandrede vilkår for samspillet mellem borgerne og personalet på hospitalerne, i kommunerne og hos den praktiserende læge. Kvaliteten af fremtidens svangreomsorg afhænger derfor bl.a. også af, hvordan det er muligt at investere i udviklingen og ibrugtagningen af disse teknologier som led i at understøtte selvhjulpenhed/mestring, nærhed, differentiering og individuelle valg.

Udkast!

7. Anbefalinger og fokusområder

I dette kapitel præsenteres en række anbefalinger og fokusområder, som i de kommende år skal medvirke til at udvikle og styrke svangreomsorgen i Region Midtjylland. Anbefalingerne og fokusområderne vil over tid kunne udskiftes, efterhånden som indsatserne gennemføres, eller nye problemstillinger og muligheder prioriteres højere.

7.1. Stigende fødselstal

Som nævnt i kapitel 3 må det forventes, at fødselstallet stiger i de kommende år. I lyset af den generelle usikkerhed ved prognosen samt det forhold, at der aktuelt ses en stagnation i fødselstallet i Region Midtjylland anbefales tæt monitorering og opfølgning på udviklingen i den kommende periode.

Den nødvendige reaktion på en vedvarende stigning i fødselstallet vil afhænge af stigningens konkrete omfang og hastigheden, hvormed den indtræffer. Samtidig vil det spille en væsentlig rolle, hvordan en stigning vil fordele sig geografisk i de forskellige kommuner og dermed i optageområderne for de fem fødesteder i Midtjylland.

Det mest oplagte initiativ på kort sigt for at imødekomme et stigende fødselstal vil være at se på mulighederne for at justere på fødestedernes optageområder – altså flytte fødsler fra fødesteder med kapacitetsmangel til fødested(er) med plads til yderligere fødsler. På længere sigt – og allerede på kortere/mellemlangt sigt, hvis stigningen er hastig - vil der givetvis kunne være behov for udbygning af fødselskapaciteten både drifts- og anlægsmæssigt.

Fødestederne er på nuværende tidspunkt samlet set i stand til at imødekomme efterspørgslen efter fødselshjælp med tilhørende ydelser før og efter selve fødslen. Det er dog vurderingen, at udnyttelsen af fødestue-kapaciteten samt tilgrænsende funktioner allerede i 2020 er så høj, at en vedvarende øgning i antallet af fødsler forventeligt vil kunne kalde på en udbygning af kapaciteten.

Et stigende fødselstal vil udover selve fødselsbetjeningen fordre en planlægningsmæssig opmærksomhed på afledte konsekvenser for bl.a. tilgrænsende funktioner på hospitalerne. Det gælder ikke mindst de føtalmedicinske (scanning af gravide/fostre, prænatal diagnostik mv.) og pædiatriske funktioner, herunder kapaciteten på neonatalafsnit (syge børn, for tidligt fødte mv.). Tilsvarende vil der givetvis skulle ske tilpasninger inden for den kommunale sundhedspleje.

7.2. Fortsat udvikling af kvaliteten

Uanset at svangreomsorgen i Region Midtjylland er velfungerende og kan fremvise gode resultater både fagligt og målt ud fra brugernes tilfredshed, er der vedvarende behov for at udvikle og konsolidere indsatser på området.

Udkast

7.2.1. Konsolidering af kompetencer, kapacitet og fagligt samarbejde på tværs af fødestederne

Det anbefales, at der er vedvarende opmærksomhed på at sikre de kompetencer og den kapacitet, som er forudsætningen for robusthed i varetagelsen af centrale funktioner på hospitalerne inden for fødselsområdet, herunder bl.a. føtalmedicin og neonatologi.

Der er allerede et udbygget samarbejde mellem regionens fødesteder. Det anbefales, at der fortsat lægges vægt på et tæt, (tvær)fagligt samarbejde på tværs af fødestederne/hospitalerne omkring uddannelse, oplæring, supervision, sparring/"second opinion" mv.

7.2.2. Kliniske jordemodersupervisorer

Funktionen 'klinisk jordemodersupervisor' er kendt og anvendt på alle fødesteder i Region Midtjylland i dag (ikke døgndækkende på alle fødesteder). Det anbefales, at der fortsat er fokus på at udvikle ordningen og dens fordele.

Den kliniske jordemodersupervisor varetager en koordinerende funktion, som i dag udgør en hjørnesten i den obstetriske sikkerhed på fødegangene i Region Midtjylland ved at sikre adgangen til sparring på de komplicerede forløb, håndtering af samtidshændelser med behov for akut indgriben og derved minimering af risikoen for fatale outcomes. Derudover har den kliniske jordemodersupervisor en central rolle i forhold til at sikre, at afdelingens faglige mål styrkes og udvikles samt at kvaliteten i den daglige praksis øges.

Udover at medvirke til at sikre og udvikle det faglige niveau har den kliniske jordemodersupervisor en vigtig funktion i forhold skabelsen af et godt arbejdsmiljø for personalet, hvor f.eks. den yngre og mindre erfarne kollega kan hente sparring og opbakning hos en erfaren og fagligt velfunderet kollega med dedikeret tid til at varetage denne rolle.

7.2.3. Monitorering af ammefrekvensen

Ammefrekvensen afspejler, hvor stor en andel af de nyfødte, der modtager fuld amning. Ved samtidig at se på varigheden af fuld amning sammenholdt med gældende faglige anbefalinger kan man få et billede af, hvor godt indsatsen for at understøtte opstart og fastholdelse af amning lykkes.

Data vedrørende amning indberettes af den kommunale sundhedspleje til Den Nationale Børnedatabase. Det er vurderingen, at der over tid har været problemer med indberetningen til databasen, hvilket har konsekvenser for datavaliditeten og dermed mulighederne for at anvende databasen til overvågning af kvaliteten på området.

Det anbefales, at der arbejdes på at sikre og konsolidere databasens komplethed og validitet. Målet er at sikre grundlaget for, at der kan arbejdes systematisk med overvågning og opfølgning på kvaliteten af indsatsen for at understøtte amningen.

7.3. Digitalisering

I lighed med alle andre dele af samfundet spiller digitalisering også en central rolle for udviklingen af fremtidens svangreomsorg. Tilgangen til nye teknologiske muligheder er, at

Udkast!

de skal gribes, når de kan medvirke til at forbedre ydelserne og indsatsen for de gravide/familierne samt understøtte effektive arbejdsgange gennem bl.a. forenkling, automatisering, tættere koordinering gennem sammenhæng i kommunikationen samt styrket (fælles) overblik.

Digitale og telemedicinske løsninger skal introduceres dér, hvor det er fagligt velbegrundet og medvirker til forbedringer af (omkostnings)effektivitet og kapacitetsudnyttelse. Derudover skal det være en vigtig prioritet i indførelsen af nye teknologiske løsninger i samspillet med kvinder og familier, at vi målrettet går efter fleksible løsninger, der medvirker til at minimere borgernes forbrug tidsforbrug til transport, ventetid etc.

I den kommende planperiode udpeges med fødeplanen en række konkrete digitaliserings-initiativer, som beskrives i de følgende afsnit.

7.3.1. Udvikling og ibrugtagning af den digitale svangrejournal

Med afsæt i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner er der igangsat en proces, som skal lede frem til implementeringen af en digital løsning til graviditetsforløb, der skal erstatte den eksisterende papirbårne vandrejournal, som de gravide skal medbringe til jordemoderkonsultationer, lægebesøg og på fødegangen.

Generelt er tilfredsheden med indsatsen på svangreområdet stor blandt de gravide og deres partnere. Det fremstår dog som et stort ønske blandt brugerne at der satses kraftigt på øget digitalisering af de borgervendte løsninger på området. Der peges ikke mindst på behovet for en digitalisering af svangrejournalen – det opleves som utidssvarende, at den gravide selv skal drage rundt med en gammeldags papirudgave af journalen med risiko for, at den glemmes osv. De kvalitative interviews, der er gennemført i forbindelse med fødeplanens udarbejdelse, peger også i retning af, at kvinderne/parrene ønsker en oversigt over de undersøgelser og konsultationer, som de skal til samt formålet med undersøgelserne og kontaktoplysninger.

En digital svangrejournal skal benytte kendte sikkerhedsløsninger fra sundhedsområdet med hensyn til logning, sikker adgang mv. Udover at sikre effektiv deling af oplysninger om den gravide forventes løsningen suppleret med mulighed for anvendelse af PRO-data – altså data indrapporteret af den gravide selv, der kan medvirke til at sikre individualiserede/differentierede svangreforløb. Den digitale løsning skal således kunne tilgås i praksissektoren, på hospitaler og af borgeren på bl.a. sundhed.dk i forbindelse med fødselsforberedelse mv.

Region Midtjylland ønsker at fremme og bidrage til udviklingen og ibrugtagningen af en national digital løsning til understøttelsen af graviditetsforløb, herunder sikre en effektiv implementering lokalt af løsningen. Målet er således, at den hidtidige papirbaserede vandrejournal erstattes af en digital løsning, som skal forbedre serviceringen af de gravide, styrke sammenhæng og lette arbejdsgangene for personalet på tværs af sektorer.

7.3.2. Fælles app-løsning

Digitale services, der understøtter indsamling af (egne) data, informationssøgning og kommunikation mv., er blevet en integreret del af mange danskes hverdag. Af samme grund efterspørges disse digitale muligheder også, når man skal være forælder og være i kontakt med sundhedsvæsenet. Kommende og nybagte forældre er både parate og finder det naturligt,

Udkast!

at deres forløb er digitaliseret, når det handler om kommunikation, aftaler/booking, indhentning af råd og vejledning mv.

Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital anvender allerede i dag en digital patientguide, der stilles til rådighed i graviditeten og for de nybagte familier efterfølgende. Den digitale patientguide kan tilgås via en app eller website. I dagene efter fødslen modtager familien således løbende, relevant information og viden via løsningen. Der formidles via både tekst og en række små videoer, der giver vejledning om f.eks. bleskift og korrekt placering af det nyfødte barn i en autostol. Idéen er at viden gives på det rette tidspunkt i barselsforløbet. Derudover kan familierne vende tilbage og studere indholdet igen, hvis de får behov for det. Endvidere kan familierne via app'en skrive beskeder til personale på afdelingen og få svar tilbage samme vej. Familiernes brug af løsningen kan desuden uddrages og dermed give personalet/afsenderne af informationerne vigtig viden herom.

Erfaringerne med brugen af app'en er overordentligt gode. Personalet/fagpersonerne oplever, at den viden og de handlemuligheder patientguiden/app'en giver familierne fungerer, og at familierne er i stand til at omsætte den opnåede viden i praksis. Dette medvirker til at reducere antallet af telefonopkald til afdelingen fra de nybagte forældre med spørgsmål og bekymringer. Trods et stigende antal fødsler har ibrugtagningen af den digitale løsning betydet, at antallet af telefoniske henvendelser er faldet. Det er endvidere oplevelsen hos personalet, at de nybagte familier, som bruger app'en, er trygge ved at tage tidligere hjem efter fødslen. Det er vurderingen, at app'en sammen med an række andre tiltag har bidraget til at reducere liggetiden og dermed presset på afdelingens sengekapacitet.

Netop muligheden for at have et nemt overblik over hvem, man skal kontakte i forskellige situationer, bekræftes af den kvalitative interviewundersøgelse, der er foretaget som led i udarbejdelsen af fødeplanen. De par, som har prøvet at anvende app-løsningen på fødestedet i Aarhus, foreslår dette tilbud udbredt til hele regionen. I den sammenhæng peges desuden på et ønske om, at app'en omfatter information om barnets udvikling og hvilke besøg og undersøgelser, barnet skal til.

At stille en digital platform til rådighed for de gravide og familierne, der kan sikre adgang til situationsbestemt og individualiseret hjælp, støtte, kommunikation og rådgivning i form af en fælles app-løsning, udgør derfor et centralt strategisk fokusområde for Region Midtjylland. Derfor anbefales erfaringerne og en løsning som den, der er taget i brug i Aarhus, udbredt til hele regionen og de samarbejdende kommuner. Dette skal ske som led i bestræbelserne på at understøtte mestring og selvhjulpenhed samtidig med, at kvinden og familien føler tryghed. Dette skal samtidig bidrage til en fortsat udvikling i retning af tidlig udskrivelse til hjemmet efter fødslen for de fleste – men fortsat med en støttende hånd og trygheden i højsædet.

7.3.3. Telemedicinsk hjemmemonitorering af gravide med komplikationer

I dag råder Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest over muligheden for at anvende telemedicinsk hjemmemonitorering af gravide med komplikationer. Dette udspringer bl.a. af hospitalernes medvirken i udviklingen af løsningen.

Udkast!

Hjemmemonitoreringen kan f.eks. anvendes til gravide med kompliceret blodtryksforhøjelse, svangerskabsforgiftning (aktuel og evt. ifm. tidligere graviditet), for tidlig vandafgang før 37. graviditetsuge uden regelmæssige veer.

Rent praktisk består ordningen i, at gravide med komplikationer får telemedicinsk udstyr med hjem således, at de selv kan lave CTG-målinger af fostrets hjerterytme og sammentrækninger i livmoderen (CTG står for cardiotokografi). Samtidig indberetter den gravide løbende en række parametre såsom blodtryk og puls, urinprøveresultater, vægt, temperatur, infektionstal/CRP og blodsukket til hospitalet/fødestedet. Dette betyder, at den gravide undgår indlæggelse eller hyppige ambulatoriebesøg, og dermed bedre kan opretholde en normal dagligdag, der f.eks. bl.a. kunne omfatte samvær og omsorg for f.eks. andre børn i familien. Samtidig lettes presset på hospitalets sengekapacitet.

Det anbefales, at der etableres en regional struktur, hvor Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest udgør to centre, der tilsammen - ud fra en relevant geografisk opdeling - betjener hele regionen således, at der kan tilbydes hjemmemonitorering af gravide med komplikationer uanset den gravides bopæl eller planlagte fødested i Region Midtjylland. Dette vil kræve en nærmere udredning af de organisatoriske, teknisk-infrastrukturelle og økonomiske implikationer af en udbredelse af tilbuddet.

7.3.4. Ambuflex/PRO til gravide med gestationel diabetes

Ambuflex er en såkaldt PRO-løsning (Patient Reported Outcome), der i dag anvendes bredt inden for flere specialer og sygdomsgrupper. Løsningen giver mulighed for, at patienten via en hjemmeside svarer på en række spørgsmål i et elektronisk spørgeskema, som modtages af den relevante hospitalsafdeling. Patienternes egenrapportering af data og resultater af målinger betyder bl.a., at de ambulante besøg kan individualiseres og fysisk fremmøde kan i flere tilfælde undgås og/eller planlægges efter behov.

Hjemmemonitorering til gravide med gestationel diabetes (graviditetsbetinget sukkersyge) er et telemedicinsk tilbud, som samtlige hospitaler/fødesteder i Region Midtjylland tilbyder i dag. I Danmark udvikler ca. 3 % af de gravide gestationel diabetes undervejs i graviditeten. I disse tilfælde kan den gravide få et apparat med hjem, som gør det muligt, at hun selv kan måle og følge blodsukkerværdierne derhjemme.

Når de gravide selv kan monitorere deres diabetes hjemmefra kan de spare tid og transport til unødvendige ambulante besøg. Der er dog forskellig organisering af kontroller og konsultationer på tværs af hospitalerne, herunder med hensyn til hyppighed og om der screenes for, hvorvidt konsultationen/kontrollen er nødvendig eller ej på basis af den gravide indrapportering. I den sammenhæng har nogle af hospitalerne/fødesteder implementeret en AmbuFlex-løsning med tilhørende mobil app *'Mit blodsukker i graviditeten'*, hvor den gravide måler blodsukker i hjemmet efter anvisning og indtaster værdierne i app'en. Her har den gravide ligeledes mulighed for at skrive supplerende noter. Oplysningerne tilgås af personalet på hospitalerne, og den gravide vil blive kontaktet, hvis der ud fra en sundhedsfaglig vurdering er behov for enten en telefonkonsultation, en almindelig konsultation eller en hospitalskontrol. Yderligere bruges patientens besvarelser som udgangspunkt og dialogredskab til samtaler mellem den gravide og det sundhedsfaglige personale.

Udkast!

Det anbefales, at der på tværs af fødestederne arbejdes bredt med erfaringsudveksling omkring hjemmemonitorering kombineret med indrapportering af PRO-data. Dette skal ses i sammenhæng med Region Midtjyllands arbejde med transformation af sundhedsvæsenet, hvor der er fokus på at undgå unødvendige kontakter samt forenkle gennem bl.a. digitalisering af services og arbejdsgange. Denne transformationsindsats hænger godt sammen med en fortsat konsolidering af de telemedicinske løsninger, som de gravide er glade for.

7.3.5. Digital kommunikation, herunder digitale fødselsanmeldelser

Den elektroniske kommunikation mellem svangreomsorgens forskellige aktører er understøttet af bl.a. MedCom's kommunikationsstandarder. Der er fortsat væsentligt, at der i det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde er fokus på både den tekniske og den organisatoriske implementering af de nationale standarder.

Region Midtjylland har endnu ikke implementeret digitale fødselsanmeldelser i MidtEPJ. Dette udgør imidlertid en vigtig brik i den grundlæggende digitale infrastruktur, hvorfor implementeringen af digitale fødselsanmeldelser anbefales gennemført snarest muligt.

7.4. Fælles beslutningstagning

Fælles beslutningstagning er en systematisk proces for samarbejdet mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor den sundhedsprofessionelle deler sin sundhedsfaglige viden med patienten, og patienten deler sin viden om sit liv med sygdommen og sine præferencer med den sundhedsprofessionelle. Gennem dialog skal de to parter sammen finde frem til, hvilken behandling der er bedst for patienten. Formålet med fælles beslutningstagning er, at patienter og eventuelt pårørende får mulighed for at reflektere over, hvad der er vigtigt for dem, og hvordan et behandlingsvalg kan passes sammen med deres værdier og ønsker for livet. Målet er, at disse præferencer er med til at forme beslutningen, når parterne sammen vælger behandling. Kilde: Danske Patienter/ViBIS (Videnscenter for Brugerinddragelse)

Inden for svangreomsorgen er det allerede en velfunderet praksis, at den gravide og hendes partner og eventuelt andet netværk inddrages og aktiveres i forbindelse med centrale beslutninger og valg samt, at dette tager afsæt i de erfaringer, behov, ønsker og forudsætninger, som gør sig gældende for den enkelte kvinde og hendes familie/netværk.

Det er vurderingen, at der i mødet med den gravide og hendes partner er et potentiale i at arbejde mere målrettet med at sikre mulighederne for aktivt til- og fravalg. Fælles beslutningstagning er en højt prioriteret indsats set i lyset af regionens overordnede vision om at skabe et sundhedsvæsen på patientens præmisser.

Det anbefales således, at fødestederne i Region Midtjylland medvirker i udviklingen og udbredelsen af metoder til fælles beslutningstagning, der netop kan bidrage til realisering af målsætningerne om at differentiere og individualisere svangreforløbene, herunder gennem understøttelse af valg i præferencefølsomme situationer.

Udkast

7.5. Styrket implementering af indsatsen for sårbare gravide

Region Midtjyllands sundheds- og hospitalsplan og Sundhedsaftalen med regionens 19 kommuner har ulighed i sundhed og behovet for at møde og støtte sårbare og socialt udsatte borgere gennem differentierede indsatser som centrale pejlemærker. Det anbefales fortsat, at svangreomsorgen har særlig fokus på de sårbare gravide. Dette omfatter bl.a. Fælles Gravidteam, som blev implementeret pr. 1. juni 2016 på baggrund af den samarbejdsaftale, der blev indgået i 2015 mellem kommunerne og Region Midtjylland. Fælles Gravidteam er et har til formål at sikre en rettidig forebyggelsesindsats målrettet sårbare gravide (Niveau 3).

Kommunerne agerer i praksis vært, tovholder og facilitator for afviklingen af det tværsektorielle samarbejde. Fælles Gravidteam har således - i et samarbejde med familien - til opgave at afklare relevante problemstillinger og tilrettelægge en kort- og langsigtede plan for graviditetsforløbet. En sådan plan skal endvidere indeholde en rolle- og kompetencefordeling på tværs af sektorerne – kommune, hospital/fødested og almen praksis.

Ordningen blev evalueret i løbet af 2019. Denne viste, at der fortsat kan være barrierer og udfordringer med den tidlige opsporing. Det anbefales, at der introduceres et fælles screeningsværktøj, som kan anvendes til identificering af de sårbare gravide. Der er endvidere fremadrettet et ønske om at involvere almen praksis endnu mere i forhold til den tidlige opsporing og indsatsen for sårbare gravide/familier.

Det kan konstateres, at der kan hentes megen organisatorisk læring ud af de hidtidige erfaringer. Herunder kan der være grund til at uddrage og dele erfaringer på baggrund af den variation, der er i kommunernes organisering og den måde, hvorpå kommunerne håndterer etableringen af Fælles Gravidteam.

7.6. Samarbejde og partnerskaber med civilsamfundet

Civilsamfundet defineres som den del af samfundet, som ligger uden for det politiske system og den formelle økonomi, det vil sige primært frivillige organisationer og foreninger. Svangreomsorgens aktører har allerede i dag et samarbejde med civilsamfundet. Et oplagt eksempel er det tætte samarbejde mellem Mødrehjælpen og Aarhus Jordemoderpraksis, hvor de jordemoderfaglige tilbud er placeret i fysisk i Mødrehjælpens lokaler. Dette skaber gode rammer for tidlig opsporing med fokus på forebyggelse samt basis for brobygning mellem Aarhus Jordemoderpraksis, Mødrehjælpens rådgivnings- og støtteindsatser samt øvrige kommunale og regionale tilbud.

Der ses et potentiale i at være opmærksom på mulighederne for at øge samarbejdet, herunder etablere partnerskaber, med aktører i civilsamfundet, når dette er muligt. Dette kunne f.eks. være for at række ud til kommende forældre med sociale problemer, psykiske lidelser eller andre udfordringer.

Det anbefales, at gode erfaringer fra forskellige modeller for samarbejde med civilsamfundet udbredes samt, at der fortsat sikres plads til ildsjæle og dyrkelsen af relationer og samarbejdsveje, der overskrider organisatoriske grænser, domæner og vanlige fremgangsmåder i fælles

Udkast

bestræbelser på at opnå endnu bedre vilkår og resultater for børns og familiers trivsel, sundhed, læring og udvikling.

Udkast!

Referencer

Danske Regioner: Godt fra start (2018)

Kommissorium for Fødeplanudvalget for Region Midtjylland

Medlemmerne af Fødeplanudvalget for Region Midtjylland

Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger til organiseringen af fødeområdet *(ÅR og MÅNED)*

Sundhedsstyrelsen: Retningslinjer for svangreomsorgen *(ÅR og MÅNED)*.

Sundhedsstyrelsen: Specialevejledning for Gynækologi og Obstetrik (dec. 2018)

Sundhedsstyrelsen: Specialevejledning for Pædiatri (maj 2019)

Sundhedsstyrelsen: Vejledning om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge (2011)

Region Midtjyllands målbillede på sundhedsområdet

Sundheds- og hospitalsplan for Region Midtjylland (udkast)

Regionsrådets politiske sigtelinjer inden for hele regionens virksomhed (nov. 2018)

Sundhedsaftalen mellem de 19 kommuner i Midtjylland, PLO-M og Region Midtjylland (2019-2023)

Sundhedsloven

Udkast!