

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Afdelingen for Kommunesamarbejde
Journal nr.: 08/17804
Dato: 16. juni 2010
Udarbejdet af: Alice Skaarup Jepsen
E-mail: Alice.Skaarup.Jepsen@regionsyddanmark.dk
Telefon: 76631443



Notat

Følgenotat til den fælles regionale Fødeplan

Region Syddanmarks implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen samt et skøn over de økonomiske konsekvenser.

Baggrund

Fødeplanen er udarbejdet med baggrund i Sundhedsstyrelsens (SST) anbefalinger for Svangreomsorg, som udkom i 2009. Anbefalingerne er en revision af tidligere retningslinjer for området fra 1998. Desuden skal fødeplanen tilrettelægges i overensstemmelse med specialeudmeldingerne. Fødeplanen afløser de tidligere amters fødeplaner og sikre en harmonisering på området.

1. Svangreomsorgen i Region Syddanmark

I efteråret 2009 påbegyndte en tværfaglig og tværsektoriel Styregruppe vedr. regional Fødeplan et arbejde med henblik på udfærdigelse af forslag til en harmoniseret og revideret plan. Fødeplanen beskriver endvidere nye tiltag for området samt kommer med en række fremadrettede anbefalinger.

Styregruppen har haft nedsat 8 temagrupper. Disse temagrupper har arbejdet med forskellige temaer jf. SSTs anbefalinger, f.eks. tilbud til særlig udsatte grupper, fødsels- og familieforbereelse med mere. Temagrupperne har været nedsat på tværs af sygehusenhederne og sammensætningen har været både tværfaglig og tværsektoriel.

Der foreligger nu forslag til et høringsudkast til *"Svangreomsorg i Region Syddanmark"*. (Vedlagt)

1.1 Sigtet med fødeplanen

Formålet med en fødeplan er, at den blandt andet skal beskrive:

- Tilbud til de gravide, fødende og barslende kvinder
- Samarbejdet mellem de forskellige fagpersoner og den enkelte kvinde/ familie
- Koordinering af tilbuddene tværfagligt og tvær sektorielt

Målgruppen for SSTs anbefalinger for Svangreomsorg og Region Syddanmarks fødeplan er:

- Sundhedsfaglige ledere
- Administratorer og beslutningstagere
- Sundhedspersonale i region og kommuner

Fødeplanen er derfor dels udviklet som et fælles grundlag, dels som et arbejdsredskab og opslagsværk til brug i det daglige arbejde for de fag professionelle.

Intentionerne bag den regionale fødeplan er, at den skal medvirke til at:

- Tilbuddene til de gravide og fødende i Region Syddanmark harmoniseres, så de får et ensartet tilbud i relation til deres behov
- Opgavefordelingen og samarbejdet mellem de forskellige instanser er klarlagt

- Forbedrer fødselshjælpens resultater og sikre en optimal udnyttelse kvalitativt og kvantitativt af den primære og sekundære sundhedstjeneste.

1.2 Fødeplanens indhold

Det hurtige overblik over Fødeplanens indhold og tilbud fås ved at læse afsnit 3 i planen "*Baggrund for og indholdet i Fødeplan for Region Syddanmark*". I afsnit 3 fremdrages forhold fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg som baggrunden for det regionale tilbud. Efterfølgende beskrives de forskellige tilbud i Region Syddanmark på baggrund heraf. Dette sker i en vekselvirkning afsnittet igennem. Afsnittet danner baggrund for, hvorledes de forskellige tilbud udmøntes i regionen.

Anbefalinger for Svangreomsorg støtter den udvikling, der allerede er i gang inden for svangreområdet. Dette afspejler sig i en grundig beskrivelse af de særlige indsatsområder som for eksempel misbrug, alkohol og rusmidler, tobak, overvægt og særlige belastede og udsatte gravide. Hertil kommer, at der er lagt endnu større vægt på gravide med psykiske lidelser og gravide med sociale problemstillinger end tidligere. De psykologiske aspekter i forbindelse med graviditet, fødsel og forældredannelse og den første tid sammen med et spædbarn har ligeledes fået større bevågenhed end tidligere.

Der lægges med fødeplanen ikke op til en grundlæggende ændring af svangreområdet i Region Syddanmark. Der er tale om en styrkelse af indsatsen på forskellige områder for at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og med udgangspunkt i kvindernes/ familiernes ønsker og behov. På andre områder er der sket en harmonisering af tilbuddene i regionalt regi, således at kvinderne og familierne sikres de samme tilbud, uanset hvor i regionen de er bosiddende. Endvidere er tilbuddene beskrevet og søgt tydeliggjort, således at, de udover at være kendt i eget regi, også er kendte af tværfaglige og tværsektorielle samarbejdspartnere.

2. Ændringer i og harmonisering af tilbuddene i forhold til i dag

I nedenstående afsnit er fremhævet væsentlige ændringer og harmoniseringer på området. Et overordnet skøn over de økonomiske konsekvenser er samlet i afsnit 3.

2.1 Antal konsultationssteder

Det foreslås, at der foretages sammenlægninger af **steder til afholdelse af jordemoderkonsultation**. Baggrunden herfor er ønsker om at øge både kvaliteten og tilbuddene i konsultationerne ved bl.a. mulighed for flere typer af tema- konsultationer, herunder gruppe konsultationer, der særlig retter sig mod udsatte gravide.

Flere af de tidligere konsultationer er meget små og dermed økonomisk u hensigtsmæssige. De er geografisk placeret i relation til den gamle kommunestruktur og til en struktur med flere fødesteder i regionen. Med kommunalreformen og større centralisering af fødslerne er der behov for at revurdere den geografiske spredning og antal konsultationssteder.

Formålet med sammenlægningen er at få en mere effektiv udnyttelse af jordemoderens tid, og at der med større konsultationer kan tilbydes et mere varieret tilbud i de forskellige konsultationer til de gravide og deres partnere.

Endvidere giver sammenlægningen langt bedre muligheder for udbygning af it i konsultationerne. Der er taget udgangspunkt i, at der opretholdes mindst en konsultation i hver kommune (undtagen Fanø) for at fremme samarbejdet, især i forhold til sundhedsplejerskerne. I enkelte kommuner er der opretholdt to konsultationer enten af størrelsesmæssige eller geografiske grunde. En reduktion i

antallet af konsultationssteder har ingen betydning for antallet af jordemoderbesøg for den enkelte gravide, ligesom det tværfaglige samarbejde med sundhedsplejen, kommune og almen praksis vil foregå som beskrevet i Fødeplanen.

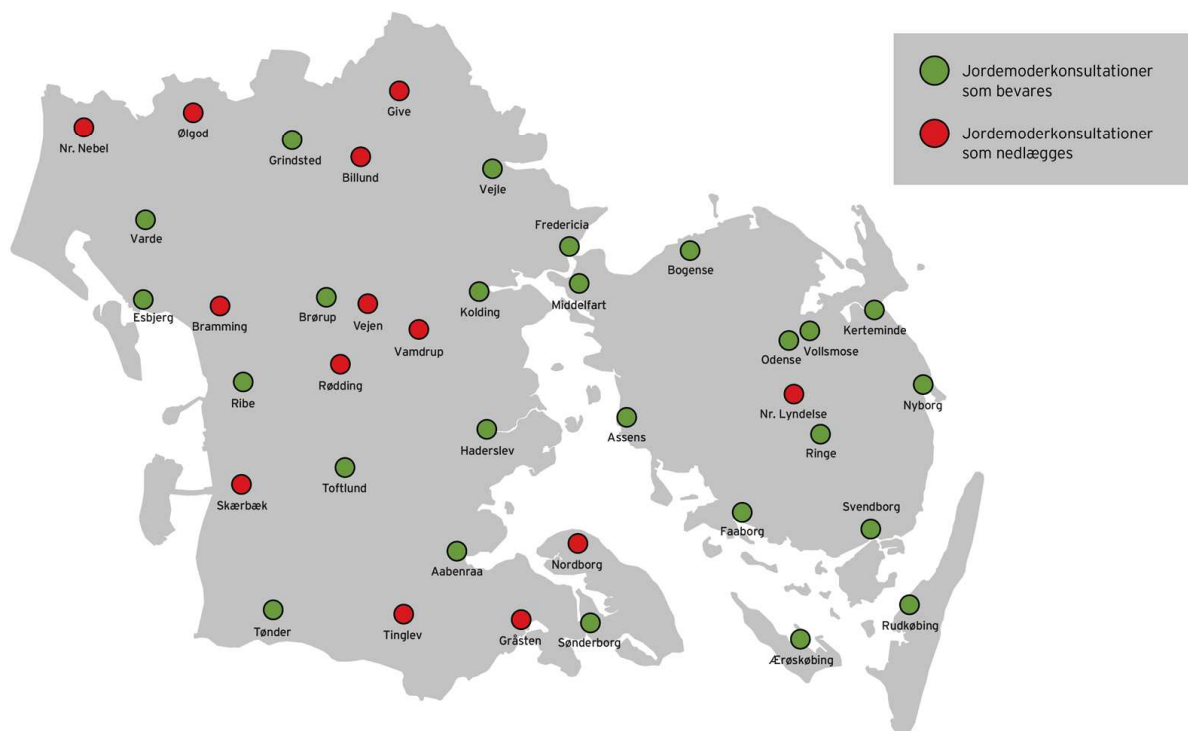
Følgende jordemoder konsultationer bevares:

SVS	SHS	SLB	OUH
Esbjerg	Tønder	Vejle	Odense/ Vollsmose
Varde	Toftlund	Kolding	Bogense
Grindsted	Sønderborg	Fredericia	Middelfart
Brørup	Aabenraa		Svendborg
Ribe	Haderslev		Kerteminde
			Nyborg
			Fåborg
			Ringe
			Assens
			Rudkøbing
			Ærøskøbing

Følgende jordemoderkonsultationer nedlægges:

SVS	SHS	SLB	OUH *
Billund	Nordborg	Give	Nr.Lyndelse
Ølgod	Skærbæk	Vamdrup	
Nr. Nebel	Tinglev		
Bramming	Gråsten		
Vejen			
Rødding			
* I det tidligere Fyns Amt er der foretaget en reduktion af antallet af konsultationssteder svarende til den nye kommunestruktur, bortset fra Nr. Lyndelse.			

Nedenfor er jordemoderkonsultationernes geografiske placering vist.



Antal **kontakter i basistilbuddet hos den praktiserende læge og jordemoderen** er uændrede i Anbefalingerne for Svangreomsorg fra 2009 i forhold til Retningslinjerne for Svangreomsorg fra 1998.

Hvorfor der i Region Syddanmark ikke er foretaget ændringer på området.

2.2 Ambulante fødsler

Region Syddanmark overgår som hovedregel til **ambulante fødsler**, såvel for første- som flergangsfødende med et normalt forløb. Den gennemsnitlige indlæggelsestid for normale fødende er i forvejen lav, og en ambulante fødsel er en kombination af trygheden ved at føde på en specialafdeling og ved at være i hjemlige omgivelser i barselsperioden. Dette suppleres med et udbygget tilbud i barselsperioden i form af barselsklinikker, hvor man kan henvende sig døgnet rundt efter behov. I dag foregår ca. en tredjedel af fødslerne ambulante – med ændringen vil det være cirka halvdelen af alle fødsler. Formålet med at indføre ambulante fødsler er dels at styrke egenomsorgen for de helt ukomplicerede forløb, dels at frigøre ressourcer til at give en bedre omsorg til de komplicerede forløb og til at gøre en særlig indsats for de mere udsatte grupper af gravide.

En ambulante fødsel indebærer, at såfremt mor og barn har det godt, udskrives de inden for 24 timer efter fødslen til barselhvile i eget hjem, dog ikke om natten. Kvinden og familien forberedes på ambulante fødsel i graviditeten, dels i forbindelse med helbredsundersøgelserne hos jordmoderen og den praktiserende læge, dels i form af styrket fødsels- og forældreforberedelse. Indsatsen i graviditeten skal medvirke til at styrke moderen/ familiens handlekompetence. Efter fødslen og udskrivelsen understøttes kvinden og familien af ambulante tilbud i barselsklinikker, som oprettes/udbygges ved alle fødesteder (se afsnit 2.10).

Kvinder og nyfødte børn med **behov for indlæggelse**, herunder medicinske, sociale og/ eller psykologiske forhold, skal på baggrund af en faglig vurdering tilbydes indlæggelse. Flere ambulante fødsler giver mulighed for et bedre tilbud til de indlagte barselpatienter og deres familier. Ved behov for indlæggelse i barselsperioden bør der være mulighed for, at mor og barn kan være sammen under hele indlæggelsen. Mor og barn bør så vidt muligt ikke adskilles, med mindre der er medicinsk indikation herfor. Ligeledes bør der være mulighed for, at faderen/ partneren kan være med under hele forløbet. Indførelsen af ambulante fødsler til de ukomplicerede forløb vil gøre dette muligt.

2.3 Retningslinjer for visitation

Der er udarbejdet fælles regionale **retningslinjer for visitation** af gravide og fødende i Region Syddanmark (vedlagt som bilag). Retningslinjerne er harmoniserede og udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens specialevejledninger og Anbefalinger for Svangreomsorg. Retningslinjerne for visitation af gravide og fødende beskriver endvidere opgavefordelingen mellem de fagprofessionelle.

I visitationsretningslinjerne er der lagt op til en stramning i forhold til visitering til obstetrisk specialafdeling **med** neonatalafdeling. Det betyder, at der vil være et fald i antal fødsler på fødestederne **uden** neonatalafdeling ved Haderslev og Svendborg Sygehus, men primært OUH Svendborg Sygehus. Der er allerede en restriktiv visitation i Haderslev.

Det vurderes, at den ændrede visitation vil flytte ca. 200 komplicerede fødsler fra Svendborg til OUH - svarende til 14% af Svendborg Sygehus' nuværende fødselstal. Hvis fødselstallet i Svendborg skal være uændret (ca. 1400 fødsler/årligt) er der behov for at øge optageområdet svarende til reduktionen i fødselstallet.

Det naturlige optageområde for Svendborg Sygehus (ud fra en præmis om at borgere anvender nærmeste akutsygehus) er 100.000 – 110.000 indbyggere. I sygehusplanlægning beregnes der

imidlertid et minimum befolkningsgrundlag på 200.000 til et akutsygehus. Dette er forudsætninger i Sundhedsstyrelsens akutrapport og i Ekspertudvalgets kriterier for tildeling af midler til sygehusbyggeri. Realisering af et befolkningsunderlag på 200.000 indbyggere vil medføre en væsentlig udvidelse af optageområdet til Svendborg Sygehus for de obligatoriske områder for et akutsygehus. Det drejer sig om medicin, kirurgi og ortopædkirurgi. Da uvisiterede 112-patienter altid køres til nærmeste sygehus, vil optageområdet endda skulle udvides herudover for at kompensere for at nogle 112-patienter køres til Odense. Da 112-kørsler udgør ca. 25% af de samlede akutte indlæggelser vurderes det reelle optageområdet at skulle udvides til ca. 232.000. Det vil være naturligt, at optageområdet på fødeområdet følger samme deling, derved er der også taget højde for, at der skal kompenseres for de skærpede visitationskrav. Sikring af et tilstrækkeligt befolkningsunderlag er også væsentligt af hensyn til udnyttelse af beredskabet på Svendborg Sygehus.

I nedenstående skema fremgår det, at Svendborg Sygehus skal have tilføjet et optageområde svarende til 52.000 personer, eksempelvis fra den sydlige del af Odense Kommune for at komme op på det ønskede befolkningsgrundlag på 200.000 indbyggere excl. 112-kørsler. Alternativt skal optageområdet udvides til at omfatte hele Assens og Kerteminde Kommune, hvilket rent geografisk vil give store udfordringer.

EKSEMPEL på beregning af muligt befolkningsgrundlag til OUH Svendborg Sygehus optageområde

	Befolkningstal
Faaborg-Midtfyns Kommune excl. 112-kørsler	44.422
Langeland Kommune	13.563
Nyborg Kommune excl. 112-kørsler	24.420
Svendborg Kommune	59.185
Ærø Kommune	6.698
Samlet befolkningsgrundlag excl. Odense	148.288
Eksempelvis hvis befolkningsgrundlaget skal komme fra Odense Kommune	
5260 Odense S excl. 112-kørsler	12.999
5220 Odense SØ excl. 112-kørsler	13.359
5250 Odense SV excl. 112-kørsler	17.058
5230 Odense M excl. 112-kørsler (ca. 53%)	8.296
Odense Kommune i alt	51.712
Samlet	200.000

¹ Kilde: Danmarks Statistik, baseret på 2009-tal

² Kilde: Danmarks Statistik, baseret på 2008-tal

Som følge af den ændrede sygehusstruktur i Region Syddanmark ændres optageområdet for fødende bosat i Middelfart Kommune fra OUH til Sygehus Lillebælt, Kolding. I 2009 var fødselstallet i Middelfart Kommune 361 fødsler, fordelt mellem fødestedet OUH og Kolding. En ændring af optageområdet antages på sigt at flytte ca. 200 fødsler fra OUH til Sygehus Lillebælt, Kolding i takt med udbygningen af fødestedet i Kolding.

2.4 Screening for udvalgte infektioner

Screening for HIV og syfilis indføres i forbindelse med første graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge. **Forebyggelse af rhesusimmunisering** ændres, således at gravide, som er rhesusnegative vil fremover via en blodprøve få tilbud om undersøgelse af barnets rhesustype i graviditetsuge 25. Hvis barnet er rhesuspositivt, tilbydes moderen en indsprøjtning med anti-D immunglobulinprofylakse i graviditetsuge 29. (Gives på fødestedet).

2.5 Tilbud i jordemoderkonsultationerne

Udover det almindelige tilbud i **jordemoderkonsultationerne** (individuel konsultation, gruppekonsultation og åben konsultation) er der **specialkonsultationer** for forskellige grupper af gravide med behov for en særlig indsats. Det drejer sig om følgende tilbud:

- Gravide med særlige behov (er nærmere beskrevet i fødeplanen)
- Overvægtige gravide med BMI ≥ 27
- Gravide, der venter mere end et barn – flerfoldsgraviditeter

For at kunne etablere disse tematiserede tilbud vil det kræve større konsultationssteder med flere gravide og større fysiske rammer i visse områder af regionen, hvorfor det foreslås at nedlægge en række mindre konsultationssteder.

Der er tilrettelagt forskellige tilbud indenfor den **fødsels- og forældreforberedende undervisning**, herunder også til særlige grupper med specielle problemstillinger, det drejer sig blandt andet om ovenstående grupper.

Det har været vigtigt ikke at stigmatisere gravide med særlige behov og graviditetsforløbene yderligere. I den fødsels- og forældreforberedende undervisning kan forskellige grupper af gravide profitere af hinandens oplevelser og erfaringer og dermed være netværksdannende for kvinderne/familierne.

Fødsels- og forældreforberedelsen er også tilrettelagt med henblik på at forberede kvinden og familien på tidlig udskrivelse efter fødslen og den første tid sammen med et spædbarn i hjemmet.

2.6 Risikovurdering og fosterdiagnostik

Den basale information vedrørende **risikovurdering og fosterdiagnostik** gives hos den praktiserende læge. Ved behov for udvidet information henvises den gravide til individuel information hos speciallæge på fødestedet.

Opgaven er allerede indregnet i honorarer til almen praksis, hvorfor der ikke skal bevilliges yderligere midler til almen praksis.

2.7 Tilbud i svangreambulatorier og familieambulatorier

I **svangreambulatorierne** medinddrages den obstetriske speciallæge i tilbuddene til de gravide, som på grund af medicinske, obstetriske, sociale og/ eller psykiske risikofaktorer har behov for yderligere indsats udover basistilbuddet hos den praktiserende læge og jordemoderen. Der er herudover **særlige teams** i svangreambulatoriet. Det drejer sig blandt andet om:

- Fødselsaftale team – (team til støtte af kvinder/par med negative forventninger og/eller tidligere traumatiske fødselsforløb med henblik på klare aftaler omkring fødslen som alternativ til kejsersnit uden medicinsk indikation– se endvidere afsnit 2.9)

- Amme team
- Akupunktur team
- Diabetes team

Som noget nyt etableres der **Familieambulatorier** i Region Syddanmark. Sundhedsstyrelsen har udgivet en særskilt vejledning vedrørende Familieambulatorier. Indsatsen retter sig mod gravide misbrugere og deres børn op til 7 års alderen. Indsatsen over for de gravide intensiveres i forhold til i dag og indsatsen i forhold til barnet er ny. Herudover varetager Familieambulatoriet indsatsen over for gravide med alvorlige psykiske lidelser, gravide udviklingshæmmede og/ eller gravide med svære psykosociale problemstillinger. På OUH etableres det et Familiecenter, som har regionsfunktion og en vejledende rolle i relation til Familieambulatorierne på de øvrige fødesteder i regionen.

2.8 Hjemmefødsler

Der har været nedsat en temagruppe, som har beskrevet tre modeller for **betjening af hjemmefødsler**. Modellerne præsenteres nærmere i særskilt notat (bilag 4):

- Model 1 - Hjemmefødsler inden for det eksisterende beredskab på hvert enkelt sygehus
- Model 2 - Regionalt organiseret hjemmefødselstilbud/ordning
- Model 3 - Privat organiseret hjemmefødselstilbud/ordning

Styregruppen anbefaler model 2 med et regionalt organiseret hjemmefødselstilbud. Det sikrer kvinden og hendes familie den ønskede hjemmefødsel og den kendthed, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Den erfaring og læring, der er i forbindelse med hjemmefødsler, bringes ind i organisationen og giver mulighed for viden deling og udvikling også i forhold til sygehusfødslerne. De jordemødre, som betjener hjemmefødslerne vil opnå god faglig erfaring og ekspertise. Modellen sikrer et harmoniseret og dækkende hjemmefødselstilbud i hele region - uanset bopæl.

Udgangspunktet i modellen er kendt jordemoderordning, hvor 1 jordemoderteam (å 4 jordemødre) for hvert enkelt fødested varetager et antal fødsler inklusiv de hjemmefødsler, der hører til sygehusets optageområde. Denne model giver mulighed for forskellige modeller inden for det enkelte fødested alt efter fødestedets størrelse og antallet af hjemmefødsler i området.

Jordemødrene har rådighedsforpligtelsen i forhold til de hjemmefødsler, samt øvrige fødsler på fødestedet, som geografisk og organisatorisk hører til ordningen/ teamet. Jordemødrene varetager alle forpligtelserne i forbindelse med konsultationer, hjemmebesøg i graviditeten og efter fødslen, fødsels- og forældreforberedelse og bistand i hjemmet i forbindelse med fødslen. Ved omvisitering til fødsel på sygehus – både i graviditeten og under fødslen – bistår jordemoderen kvinden ved fødslen. Tilknytningen til fødestedet sikrer både den faglige og den organisatoriske kvalitet i ordningen. Hjemmefødslerne vil således være underlagt den faglige og organisatoriske ledelse, som gælder for øvrige sygehusydelse i regionen.

Med ca. 12.000 fødsler i regionen vil der være et skønnet potentiale for ca. 240 hjemmefødsler i hele regionen svarende til 2 % af alle fødsler i regionen. I dag føder ca. 1 % hjemme.

Som det fremgår af nedenstående tabel, er der stor variation i fordelingen af hjemmefødsler.

Antal hjemmefødsler i Region Syddanmark

Sygehus	2006	2007	2008	2009	Gennemsnit
OOUH - Odense Universitetshospital	58	52	52	40	51
SHS - Sygehus Sønderjylland	27	26	27	24	26
SVS - Sydvestjysk Sygehus	37	18	29	27	28
SLB - Sygehus Lillebælt	11	13	11	17	13
I alt	133	109	119	108	117

Kilde:

Ledende Jordemødre i Region Syddanmark og Sundhedsstyrelsen

Erfaringerne fra forskellige måder at organisere hjemmefødslerne på viser, at antallet af hjemmefødsler varierer afhængig af organiseringen og tilbuddet, samt tilbuddets kendthed.

Begrundelser for fravalg af de to øvrige modeller

Model 1 med hjemmefødslerne betjent af de enkelte fødesteders almindelige beredskab anbefales ikke af styregruppen, da det i mange tilfælde giver betjeningen af hjemmefødsler dårlige vilkår, og bl.a. ikke sikrer kvinden den kendthed til jordemoderen, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Det er en tilfældig jordemoder fra sygehusenes vagtberedskab, som kommer ud til fødslen og det er tilfældigt hvilket kendskab til og interesse jordemoderen har til hjemmefødsler. Fagligt er jordemoderen kvalificeret til at varetage hjemmefødslen, men organisatorisk og erfaringsmæssigt har denne model store mangler. Variationen i hjemmefødselstallet i regionen afspejler dette, og det vurderes, at der skal gøres en mere målrettet indsats omkring hjemmefødslerne for dels at harmonisere tilbuddet i regionen, dels for reelt at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Model 3 anbefales ikke af styregruppen, fordi en model med privat jordemoderbetjening af hjemmefødslerne både organisatorisk og fagligt er en mere usikker model. Der skal udarbejdes aftale som sikrer geografisk dækning i hele regionen, samt udarbejdes aftale om faglige kvalitetskrav og tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Der er på nuværende tidspunkt ikke kendskab til nogen konkrete udbydere på området der kan løfte opgaven for hele regionen. Såfremt en udbyder ikke kan garantere fuld dækning i hele regionen vil dette medføre parallel hjemmefødselstilbud i offentligt regi, idet regionen har en lovmæssig forpligtelse til at yde fødselshjælp ved hjemmefødsler.

Der vil være afledte administrative opgaver for regionen ved denne model.

2.9 Forebyggelse af kejsersnit på moders ønske

Et stigende antal kvinder vælger kejsersnit uden medicinsk indikation, det vil sige **kejsersnit på moders ønske**. En af de væsentligste begrundelser for ønske om kejsersnit er en tidligere dårlig fødselsoplevelse eller en kompliceret fødsel. Ifølge Sundhedsstyrelsen anslår nyere forskning endvidere, at 6-10 % af alle gravide oplevet svær fødselsangst.

For at forebygge kejsersnit uden medicinsk årsag ydes der en øget indsats på forskellige områder. I forhold til såvel første- som flergangsfødende er der sat fokus på omsorg under fødslen i form af øget tilstedeværelse af jordemoderen, gode muligheder for smertelindring og en jordemodersamtale efter fødslen til bearbejdning af fødselsoplevelsen, kaldet efterfødselssamtale.

Endvidere oprettes det særlige "fødselsaftale team" bestående af jordemoder og obstetriker for at yde særlig støtte til de par, som har haft et traumatisk forløb eller meget negative forventninger til fødslen. For disse fødende er jordemoderens tilstedeværelse under hele den aktive del af fødslen særlig vigtig.

International forskning viser ved flere randomiserede undersøgelser, at kontinuerlig tilstedeværelse af "caregiver"/jordemoder har positiv betydning for fødselsoplevelsen. Dårlige fødselsoplevelser er associeret til forhold som akutte obstetriske problemer, sociale faktorer, negative forventninger til fødslen samt smerte og følelsen af tab af kontrol.

2.10 Indsatsen overfor mor/barn i barselsperioden

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger er den rutinemæssige **lægeundersøgelse af raske nyfødte** inden for den første uge afskaffet. Fremover undersøges barnet efter fødslen af jordemoderen. Ligeledes er undersøgelsen af barnet hos den praktiserende læge en uge efter fødslen efter fødslen afskaffet.

Baggrunden for ændringen er, at en systematisk litteratursøgning ikke har frembragt grundlag for fremover at anbefale rutinemæssig lægeundersøgelse af tilsyneladende raske nyfødte. Tværtimod har flere studier vist, at specifik instruktion af undersøgeren er vigtigere for undersøgelses kvalitet end undersøgerens uddannelsesmæssige baggrund.

Der oprettes **barselklinikker** i forbindelse med fødestederne, hvor familien kan henvende sig efter udskrivelsen og få råd og vejledning. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg varetager fødestedets personale det sundhedsfaglige tilbud til forældre med henblik på at understøtte det nyfødte barns og moderens trivsel i de første dage efter fødslen, og indtil sundhedsplejersken har været på sit første besøg. Sundhedsplejersken tilbyder besøg i hjemmet senest 7 dage efter hjemkomsten i henhold til *Anbefalingerne for de forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*. Ved ambulante fødsel/tidlig udskrivelse anbefales besøget at finde sted på 3.-5. dagen.

3. Økonomi

I nedenstående gives en overordnet vurdering af de økonomiske konsekvenser på tidligere nævnte områder, med henblik på at anvisne finansiering af det kvalitetsløft og harmonisering som Fødeplanen vil medføre.

3.1 Antal af konsultationssteder

I forbindelse med **nedlæggelse og sammenlægning af konsultationssteder** vil der opstå en mindre besparelse i form af mindre husleje, mindre transport og andre driftsmæssige opgaver, svarende til ca. 0,6 mio. kr. De gravide skal fortsat betjenes og der skal fremover gives et mere varieret tilbud i de tilbageblevne konsultationer, som udvides tilsvarende. Midlerne skal anvendes dels til udvidelsen af de eksisterende konsultationer, dels medgå til forbedret fødselsforberedelse og etablering af nogle af de særlige konsultationstilbud.

3.2 Visitationen. Det antages, at den ændrede visitation vil flytte ca. 200 komplicerede fødsler fra Svendborg til OUH. Som følge af den ændrede sygehusstruktur i Region Syddanmark ændres optageområdet for fødende bosat i Middelfart Kommune fra OUH til Sygehus Lillebælt, Kolding, hvilket antages at flytte ca. 200 fødsler fra OUH til Kolding. Der vil være potentiale for flere normale fødsler i Svendborg. Samlet set vurderes ændringen af visitationen at være udgiftsneutral i relation til Fødeplanen.

3.4 Ambulante fødsler. Ved indførslen af ambulante fødsler for ukomplicerede fødende (både første- og fleregangsfødende) omlægges stationær behandling til ambulante behandling. Den besparelse der ligger heri anvendes til at skabe andre og bedre tilbud, samt en harmonisering af fødestedernes tilbud: Der etableres ambulante barselsklinikker ved alle fødesteder til opfølgning efter fødslen/tidlig udskrivelse, og der skabes bedre mulighed for at partner/nær pårørende kan være medindlagt ved komplicerede forløb. Den økonomiske gevinst ved indførsel af ambulante fødsler skønnes at være 5.86 mio. kr.

3.5 Hjemmefødsler.

Hvad angår økonomien til hjemmefødsler afhænger det af, hvilken model der vælges. I forbindelse med den kommende model, vil der under alle omstændigheder blive tale om en (mindre) merudgift til et bedre organiseret tilbud og et tilbud med bedre kvalitet i tilbuddet.

I model 1 og 2 er der tale om marginale meromkostninger – primært til transporttid og – udgifter samt tidsforbrug i hjemmet for jordemoderen i forhold til tilsvarende fødsler på sygehuset. I model 2 er der endvidere udgifter til et rådighedstillæg til en gruppe jordemødre, da modellen i form af ”kendt jordemoderordning” indeholder betjening af andre fødende på sygehuset foruden hjemmefødslerne.

Model 1 antages at beløbe sig til ca. kr. 0,56 mio.

Model 2 antages at beløbe sig til ca. kr. 1,36 mio.

I model 3 er det beregnet, hvad det vil koste hvis alle hjemmefødsler varetages af private jordemødre, hvilket giver en merudgift på i alt kr. 2,56 mio.

For at korrigere for at hele opgaven i denne model bortfalder fra sygehusene, er besparelsen ved færre hjemmefødsler og ved totalt set mindre antal fødsler på sygehusene beregnet ud fra de marginale udgifter til en normal fødsel (55 % af DRG-værdien). Da der **ikke** er DRG-værdi på hjemmefødsler er dette *udelukkende* en beregningsmodel i et forsøg på at gøre modellen sammenlignelig med de to øvrige modeller.

Model 3 antages at beløbe sig til i alt ca. kr. 1,16 mio.

En forudsætning for at model 2 og 3 kan sammenlignes er, at der med model 3 kan sikres en forsyningsforpligtigelse i forhold til at omfatte hele Region Syddanmark. Det anses ikke at være grundlag (antal forventede hjemmefødsler) for at kunne tilbyde såvel en privat hjemmefødselstilbud som et parallelt offentligt hjemmefødselstilbud, hvorfor der ikke er konsekvensberegnet på denne kombination.

For en samlet oversigt over de tre hjemmefødselsmodeller, se bilag 4.

Hjemmefødselsordningen forventes at ville kunne finansieres inden for den forventede besparelse ved at indføre ambulante fødsler for såvel første- som fleregangsfødende.

3.6 Specialkonsultationerne i jordemoderregi og teams i svangreambulatorierne er for en stor dels vedkommende ikke nye. Allerede i dag gives der særlige tilbud. Der er foretaget en harmonisering og en justering således, at tilbuddene også er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for særlige indsatsområder. Specialkonsultationer og teams er en anderledes måde at organisere og tilrettelægge tilbuddene på. Herved øges indsatsen i forhold til grupper med særlige behov, idet der blandt andet udvikles specielle kompetencer indenfor de forskellige områder.

3.7 Screening for udvalgte infektioner. Der er via *bloktilskuddet* afsat midler til nye undersøgelser og screeningstilbud ifølge Sundhedsstyrelsens Anbefalingerne for Svangreomsorg og reduceret i forhold til ophør af aktiviteter og tilbud. På Regionsrådsmødet den 1. marts 2010 er midlerne fordelt til sygehusene til screening for HIV og syfilis, rhesus-typing, rhesus profylakse og afskaffelse af første lægeundersøgelse efter barnets fødsel.

3.8 Familieambulatorier. Med henblik på etablering af indsats over for gravide med og børn af familier med rusmiddelproblemer er der via *satsmidlerne* søgt om midler til familieambulatorier og familiecenter i Region Syddanmark. Sundhedsstyrelsen har endnu ikke svaret på ansøgningen. Det forventes, at midlerne gives i 4 år via satspuljen for derefter at indgå permanent i bloktilskuddet.

3.9 Opsummering

Overordnet set, kan der med de mulige besparelser der er ved sammenlægning af jordemoderkonsultationer og indførelse af ambulante fødsler for alle normale forløb, anvendes midler til finansiering af Fødeplanens harmoniseringer af tilbud, som eksempelvis fødselsforberedelsen, og etablering af nye tilbud, så som etablering af teams på alle fødestederne i forhold til de særligt udsatte gravide.

Under forudsætning af at de anviste besparelser forbliver indenfor området, vurderes det samlet set, at de beskrevne aktiviteter og harmoniseringer kan rummes inden for de givne økonomiske rammer på de enkelte sygehusenheder.

4. Fremadrettede anbefalinger og opgaver

I det følgende beskrives nogle af de områder/ emner, der skal arbejdes videre med:

- Anbefalinger, der endnu ikke er udmøntede i nærværende fødeplan
- Nærmere forslag til en række tilbud (delvist eksisterende), der skal udbredes i hele regionen
- Nye aktiviteter, der vil medvirke til at kvalificere og styrke indsatsen overfor særlige grupper af gravide.

Med baggrund i Sundhedsstyrelsens anbefalinger oprettes der et permanent **Udvalg for Svangreomsorg (fødeplanudvalg)**. Udvalget, der består af fagfolk og ledelses repræsentanter fra både primær og sekundær sektor, skal blandt andet følge implementeringen af fødeplanen, koordinering på tværs af regionen og sektorer, forestå monitorering af fødeplanen, bidrage til løbende evaluering og kvalitetsudvikling, igangsætte de fremadrettede opgaver og aktiviteter samt ajourføre og udvikle svangreomsorgen i regionen.

Vedrørende **it understøttelse** af fødeplanen anbefales det, at der igangsættes et udviklingsprojekt vedrørende it-understøttelse af Fødeplanen. Der er herudover behov for nærmere kortlægning af it-området. Jordemødrene bør have adgang til PAS- og EPJ – systemer. Der bør etableres it-understøttelse af arbejdsgangene på fødesteder og i jordemoderkonsultationer.

Der vil blive udarbejdet fælles regional **informationsmateriale** (pjecer med videre) til kvinderne og familierne om tilbuddene i forbindelse med graviditet fødsel og barsel.

Der vil blive udarbejdet en fælles regional manual for hovedtemaerne og indholdet i den **fødsels- og forældreforberedende undervisning**. Der tages udgangspunkt i den nyeste forskning inden for området, herunder også inden for pædagogik og psykologi.

Der vil blive udarbejdet en fælles regional – tværfaglig og tværsektoriel – **ammepolitik**, der tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen og WHO's anbefalinger om amning.

Ved behov for indlæggelse i barselperioden bør der være mulighed for, at **familien kan forblive samlet**, således at faderen/ partneren kan være medindlagt under hele forløbet. Ved fremtidige renoveringer eller nybyggeri bør der derfor tages højde for, at familien (far/ partner, mor og barn) kan være medindlagte.

De positive erfaringer fra nuværende **sorggrupper, for forældre som har mistet et barn** før, under eller i tiden umiddelbart efter fødslen, på OUH, Odense Universitetshospital og Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus kan danne baggrund for en harmonisering af tilbuddet, så det gives i forbindelse med alle fødesteder med neonatalafdeling i regionen.

Tilbuddene om patologisk undersøgelse i forbindelse med **døde børn** varierer fra fødested til fødested. Det anbefales at tilbuddene ensrettes i regionen og at obduktionen udføres af en fosterpatolog. Obduktionsfundene har betydning for rådgivning af kvinden ved eventuelt senere ønske om graviditet.

Der er endnu begrænset viden om, hvordan forebyggelse og behandling af **overvægt** forbedres. Det er derfor vigtigt, at der forskes inden for området, ligesom det er vigtigt, at nye metoder afprøves, og at der hele tiden justeres i forhold til ny viden og forskning på området. Det anbefales endvidere, at der oprettes en database for gravide overvægtige, så gruppen kan følges.