



INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

Folketingets Sundhedsudvalg

Dato: 20-10-2023
Enhed: Sygehuspolitik
Sagsbeh.: LLJE
Koordineret med: MED
Sagsnr.: 2023 - 1504
Dok. nr.: 15230

Hermed sendes besvarelse af spørgsmål nr. 590 (Alm. del), som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 4. august 2023. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Per Larsen (KF).

Spørgsmål nr. 590:

”Vil ministeren redegøre for procedurerne på fødeafdelinger i tilfælde af mangel på personale, og hvad det betyder for de fødende kvinders sikkerhed?”

Der henvises til artiklen ”Skarp kritik efter Jyllands-Postens afsløring fra fødeafdeling: »Det er virkelig kritisabelt«” fra Jyllands-Posten den 25. juli 2023.

Svar:

Til brug for besvarelsen er der indhentet bidrag fra Danske Regioner, som oplyser følgende:

”Danske Regioner vil indledningsvist bemærke, at der i alle regioner dagligt arbejdes for, at det er trygt og sikkert at føde i Danmark. Der fødes omkring 60.000 børn i Danmark om året, og langt de fleste fødsler ender med en sund og rask baby og mor. I nedenstående afsnit fremgår de enkelte regioners procedurer ved travlhed på fødegangene. Nogle regioner har beskrevet procedurer på hver enkelt fødeafdeling, mens andre regioner har beskrevet procedurer der er gældende for samtlige fødeafdelinger i regionen.

I nedenstående gennemgang fremgår det også, at der er forskel på regionernes rekrutteringssituation på området. Nogle regioner oplever store udfordringer med at rekruttere personale til fødeafdelingerne, mens andre regioner ikke oplever lignende udfordringer. Ligeledes skal det påpeges, at der – grundet demografiske forskelle – er stor forskel på antallet af årlige fødsler i de fem regioner.

Region Hovedstaden

For at håndtere perioder med travlhed arbejdes der med en række forskellige tiltag på Region Hovedstadens fødeafdelinger:

Daaglige kapacitetskonferencer og mulighed for omvisiteringer af fødsler

Der er i ferieperioder et forøget fokus på, hvordan fødestederne kan hjælpe hinanden, når det bliver nødvendigt. Dette håndteres blandt andet ved, at der i særligt udfordrende perioder afholdes regionale kapacitetskonferencer hver morgen for at vurdere, om der er behov for omvisiteringer. Behovet for disse kapacitetskonferencer vurderes løbende.

Det er regionens ambition i videst muligt omfang at undgå at omvisitere kvinder, men da antal af fødsler, fødslernes længde og kompleksitet er varierende, kan der opstå situationer, hvor det er nødvendigt af hensyn til patientsikkerheden og for at sikre, at der er både personale og fødestuer tilgængelig. Så vidt muligt sker en eventuel omvisitering allerede i graviditeten, men der kan være faglige eller

kapacitetsmæssige årsager til, at kvinder i begyndende fødsel må omvisiteres, hvilket særligt kan være tilfældet i sommerferieperioden. I alle tilfælde vurderer den afgivende afdeling, om det er fagligt forsvarligt at omvisitere kvinden. En omvisitering har naturligvis også betydning for det fødested, der skal modtage den fødende. Det vurderes på kapacitetskonferencen om det modtagende fødested har ressourcerne til at hjælpe. Der har været stor villighed til at hjælpe på tværs af fødesteder og kapacitetskonferencerne har fungeret efter hensigten.

Lokalt prioriteringsværktøj

Nogle af hospitalerne har desuden indført et internt redskab, der skal medvirke til at skabe systematik og ensartethed ift., hvilke opgaver, der skal nedprioriteres i travle perioder med henblik på at skabe ro og transparens i opgaveløsningerne. Redskabet er indført for at sikre et godt arbejdsmiljø og mindske arbejdsbelastningen, således at kerneydelsen og patientsikkerheden altid er i fokus. Opgørelsen sikrer en prioritering af opgaverne – bedømt ud fra en tretrins skala (rød, gul, grøn).

Prioritetsværktøjet giver et fælles billede af opgaver som ikke kan udskydes, fx gravide som skal videre i deres igangsættelsesforløb samt spontant fødende, som har brug for at komme videre i deres fødsel. Når afdelingen befinder sig på trin 3 (rød), prioriteres der, og således er der opgaver, som personalet ikke udfører. Det kan fx være at tømme kasser med medicin eller tømme fødestuer/rede stuer op.

Frivilligt ekstraarbejde og vikarer

Konkret var situationen i sommerferieperioden ikke ens på regionens fødesteder og der blev derfor benyttet forskellige greb – således har både frivilligt ekstraarbejde og vikarer været i brug på flere af regionens fødesteder for at bidrage til at sikre stabil drift.

Ansættelse af flere jordemødre

Efter sommerferien er der startet en del nye jordemødre på fødeafdelingerne, ligesom der starter flere den kommende tid.

Dette sker efter at der i en lang periode har været arbejdet intenst med at skabe attraktive arbejdspladser på regionens fødegange – et arbejde der stadig pågår. Der er igangsat en lang række lokale aktiviteter for at styrke arbejdsmiljø, tilknytning og trivsel på regions fødeafdelinger. Fx kan nævnes grundig introduktion og onboarding af nyansatte, etablering af mindre teams, opnormering af afdelingsjordemødre, indflydelse på vagtplanlægning, etablering af kombinationsstillinger, fælles lønmodel på tværs af fødeafdelingerne og arbejdet med en mere retfærdig fordeling af vagter.

Region Sjælland

I Region Sjælland findes to fødeafdelinger; Holbæk Sygehus og Sjællands Universitetshospital. I nedenstående gennemgås sikkerhedsprocedurer på de to hospitaler, som afsluttes med et afsnit om hvordan travlhed på fødeafdelingerne håndteres i hele regionen.

Holbæk Sygehus

Tilstrækkeligt personale er afgørende for at sikre en tryk og god fødsel, da det er jordemødre og fødselslæger der løbende understøtter, overvåger, vejleder og behandler den fødende, og de mange opgaver der ligeledes er på et fødeafsnit, som f.eks. fødselsigangsættelser og akutte henvendelser under graviditeten. Derfor arbejder Holbæk sygehus dagligt for at sikre tilstrækkelig arbejdskraft. Indsatser ved længerevarende personalemangel;

- nationalt ved at foretage analyse og kortlægning af normering på fødeområdet (fra aftalen "En god start på Livet" (2022), i regi af SST)
- lokalt ved at sikre rekruttering til ledige stillinger, alternativt rekruttering af hjælpepersonale (social og sundhedsassistenter)
- lokalt ved at have løbende fokus på trivsel og fastholdelse (opmærksomhed på sygefravær samt det faglige-, psykiske- og fysiske arbejdsmiljø)
- lokalt og regionalt ved at udarbejde og bruge motivationsmodeller til at øge incitamentet til at tage ekstra vagter
- regionalt ved at lave model for omvisitation af graviditets- og fødselsforløb fra et fødested til andre fødesteder i regionen (Reg. Sj indsats i 2022/2023)
- regionalt ved at lave en indsats for fastholdelse og rekruttering via fokus på arbejdsvilkår og løn.

Sjællands Universitetshospital

Ved personalemangel, fx ved akut opstået sygdom, vurderer fødeafdelingen, hvorvidt der er balance mellem de opgaver der skal løses og personale til stede. Hvis det vurderes, at der er behov for at få en vagt dækket – benyttes en af følgende muligheder:

- Omlægning af tjeneste
- Tilkald af timelønnet personale
- Inddragelse af arbejdsfri dag (for deltidsansatte)
- Inddragelse af afspadsering
- Pålæg af mer-/overarbejde

Ved længerevarende personalemangel omlægges vagtplanen, således at vagterne dækkes af mer- eller overarbejde. Fødeafdelingen afholder interne kapacitetskonferencer, hvor formålet er at skabe overblik over den aktuelle belægning og opgaveportefølje samt evt. kapacitetsproblemer. Ved akut opstået travlhed har afdelingen en procedure om afholdelse af "time-out", hvor der gøres status på alle afsnit på afdelingen. I Region Sjælland er der et godt samarbejde mellem fødeafdelingerne, og det kan være nødvendigt at flytte patienter til andre afdelinger.

På fødegangen (inkl. Læger og SOSU) foreligger der en fast procedure for indkaldelse af medarbejdere i forbindelse med fravær eller øget aktivitet. Proceduren involverer også, hvornår nærmeste leder skal involveres. I øvrigt indgår vicechefjordemoderen/mellemlederne som kapacitet, hvis der ekstra ordinært skulle blive behov for yderligere. Fødegangen har en vakant stilling og flere vakante stillinger på lægesiden grundet afgang til pension.

Der arbejdes aktuelt med at matche personaleressourcer, rum og gravide/fødende/barslende/familier med syge nyfødte i et stort akutområde, som involverer flere fagligheder og 5 afsnit gennem hele døgnet.

Sjællands Universitetshospital har udarbejdet beredskabsskema/triageringsskema, således at der på forhånd er taget stilling til kliniske prioriteringer samt peget på muligheder for at øge kapacitet gennem rum/personale i spidsbelastninger. På tværs af neonatalafsnit, mor-barnafsnit, fødeafsnit, fødemodtagelse og graviditetsafsnit er der arbejdet med relationel koordinering siden 2015. I praksis betyder det fælles overblik og problemløsning på kapacitetskonference, der foregår mindst 3 gange i døgnet. Ofte ved spidsbelastning.

På hospitalet er der en daglig konference med deltagelse af jordemødre og læger, hvor der tages stilling til igangsættelser og evt. udsættelse. Dette gøres på baggrund af en faglig vurdering. Hospitalet har også et prioriterings/overbliksværktøj til ugens planlagte- og subakutte igangsættelser. Igangsættelserne kan i særlig grad udfordre afsnittene, når spontane fødsler og øvrige akutte kontakter foregår parallelt.

Prioriteringsværktøjet bruges primært af obstetrisk bagvagt sammen med en leder, som i fællesskab tager ansvar for de kliniske beslutninger, skabelse af bedst mulige forløb for familierne samt ordentligt arbejdsmiljø for personalet. Det væsentlige er at skabe fælles overblik, viden og løsninger samt rum for at klinisk personale har både beslutningskompetence og tryghed ved at handle 24-7.

Region Sjællands håndtering af personalemangel på fødeafdelingerne:

Normeringen på regionens fødeafdelinger skal være så høj, at risikoen for spidsbelastninger, reduceres. Siden sommeren 2022 været afholdt regionale kapacitetskonferencer på fødeområdet alle hverdage. Desuden er der et tæt samarbejde med Region Hovedstaden om at flytte patienter ved spidsbelastninger. I tilfælde af, at der opstår situationer, hvor der meldes flere fødende end normering tilsiger, vil de fire fødeafdelinger på den daglige kapacitetskonference fordele /omvisitere fødsler, så kapacitet og antal fødsler hænger sammen. Fødsler igangsættes efter gældende faglige retningslinjer og disse efterleves.

Region Syddanmark

Regionens fødeafdelinger har retningslinjer for spidsbelastningsperioder og for personalemangel. Det er ledelsens ansvar at sørge for nok personale til at opretholde en høj patientsikkerhed. Der forsøges med omlægning af vagter, kommende vagthold kaldes ind før deres mødetid eller tilkald af vikarer. Kan det ikke lade sig gøre, foretages der akut tilkald af personale, når dette vurderes nødvendigt for at sikre tilstrækkelig bemanding. Udfordringer løses altid i tæt samarbejde med personalet på fødeafdelingerne.

Dernæst vurderes det, om visse opgaver kan udskydes til senere uden at det påvirker patientsikkerheden, fx hjemmebesøg el. dele af efterfødselstilbud. Ligeledes vurderes omvisitering til anden fødeafdeling ud fra et patientsikkerhedsperspektiv. Al ikke akut-aktivitet nedprioriteres i force majeure tilfælde af personalemangel.

Igangsættelser drøftes i tværfagligt forum ud fra både læge- og jordemoderfaglige begrundelser for indikation og tidspunkt. Når læger vurderer, at en igrangsættelse ikke på forsvarlig vis kan udsættes, så sørger de for at finde personale til at tage sig af vedkommende. Kvinder i aktiv fødsel har altid personale hos sig og sendes ikke til et andet sygehus.

Region Midtjylland

I nedenstående afsnit gives der tilbagemeldingerne fra Region Midtjyllands fem fødesteder; Regionshospitalet Viborg, Regionshospitalet Gødstrup, Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers og Aarhus Universitetshospital.

Besvarelsene er ikke helt ens, men der er tale om relativt operationelle beskrivelser af de aktuelle procedurer. Som det fremgår, har alle fødesteder på forhånd beskrevet procedurer for håndteringen af situationer, hvor der opstår ubalance mellem bemanding og opgaver, f.eks. spidsbelastningssituationer med ekstraordinært mange opgaver på fødegangen og ved mangel på personale som følge af sygdom eller lignende.

Disse procedurer medvirker til at sikre, at de fødende kvinders sikkerhed er høj, og at fødslerne til stadighed – og således også i ekstraordinære situationer med høj aktivitet - kan varetages sikkert og i overensstemmelse med gældende faglige standarder på området. Som det også fremgår af hospitalernes tilbagemeldinger, oplever fødestederne i Region Midtjylland samlet set ikke rekrutterings-/vakanseproblemer.

Regionshospitalet Viborg

Hospitalets procedurer i forbindelse med personalemangel og travlhed:

Normale forhold: Er til stede, når antallet af jordemoderopgaver stemmer overens med de ressourcer, der er til stede i afsnittet

Spidsbelastning: Når det tilgængelige jordemoderberedskab samt den tilgængelige bufferkapacitet er fuldt udnyttet og der fortsat er fødende på vej i afsnittet

Bufferkapacitet: Flexjordemoder (inden for defineret tidsrum), døgnvagter, hoteljordemødre, konsultationsjordemødre, uddannelsesansvarlige jordemødre, jordemødre, der er til stede for at løse administrative opgaver, vicechefjordemødre, chefjordemoder.

Akut kald af Jordemødre/SOSA: Sker i situationer med spidsbelastning.

Jordemødre/SOSA forsøges kaldt ind før vaktens start eller på stregdage/fridage.

Endvidere spørges personale om at blive efter vagten, KJO jordemødre kan kaldes akut en gang pr. md.

Forebyggende tiltag, når "det trækker op":

- Der laves en liste med de jordemødre og SOSA'ere, der kan ringes til ved akut behov for ekstra hjælp. Listen placeres ved Klinisk Logistik Tavle, der er udarbejdet specielt skema til formålet (ligger i kassen med jordemødrenes vagtskema).
- Supervisor er koordinator, som har hovedtelefonen. Supervisor går sidst på fødestue med det formål at bevare overblik og fordele opgaverne hensigtsmæssigt.

Når der opstår tvivl om, hvorvidt der er "hænder nok"

- Der laves en "Fælles-Time-Out", hvor alt personale, optimalt set, deltager: Jordemodersupervisor, SOSA, jordemødre fra fødeafsnit og AGK, obstetriske for- og bagvagt. Alle byder ind med "hvad de kan" og jordemodersupervisor er koordinator, så alle ved hvem, de skal gå til, når de atter har ledige hænder.
- Der gives besked til patienthotellet, at der kan blive brug for, at komme hurtigt af med patienter
- Der tages stilling til hvilke stuer, der er tilgængelige og det overvejes at flytte rundt af hensyn til rengøring/klargøring
- Der koordineres med andre fødesteder i Region Midtjylland, det overvejes at overflytte til andre fødesteder.

Fælles-Time-Out afholdes ved klinisk logistik tavle og indeholder:

- Hvilke patienter har vi i afsnittet og hvem har vi på vej?
- Er der patienter der kan udsættes? Overvej fx pp-med indikation/ambulante besøg m.m.
- Overvej om det er muligt for én jordemoder at passe to fødende – eller to jordemødre er fælles om at passe tre fødende (under hensyntagen til, hvor langt de fødende er i forløbet)
- Overvej om SOSA kan være støtteperson på stuen i forløbet
- Overvej om SOSA kan tage over hurtigt efter fødslen
- Overvej om det er nødvendigt at udsætte suturering eller om det kan overlades til anden jordemoder/læge
- Overvej om der er patienter, der kan overflyttes til patienthotellet (børneundersøgelse kan evt. udsættes – husk da at give besked om dette)
- Overvej at lave børneundersøgelse/veje/måle lige efter fødslen, så der hurtigt kan overflyttes/hjemsendes, evt. ved SOSA

- Overvej om sectiopatienter til smertebehandling post partum kan overflyttes til opvågningen
- Overvej overflytning til andre fødesteder

Ting, der kan ned- eller omprioriteres ved travlhed:

- Hud mod hud kontakt: Der kan laves børneundersøgelse/
- Vægt/længde umiddelbart post partum med det formål at frigøre jordemoderhænder
- Mad efter fødsel: Der tilbydes ikke varm mad/ristet brød i spidsbelastningssituationer, men brød, yoghurt mm. som ikke skal tilberedes
- Tænk kreativt – hvordan løser vi denne situation i fællesskab?

Regionshospitalet Gødstrup

Kvindesygdomme og Fødsler, RHG, har gennem flere år arbejdet med at skabe en organisering, så afdelingen kan håndtere spidsbelastninger pga. travlhed. Med finanslovsmidler 2022/2023 har afdelingen derudover øget bemanningen med et ekstra vagtlag samt yderligere 2 flexjordemødre. Hermed har afdelingen kunnet sikre, at der altid er en jordemoder til en fødende, og at igangsættelser varetages uden udsættelser. Dog vil igangsættelser på relative indikationer, hvor mor og barnets helbred ikke er truet (eks. molimina, bækkensmerter mv.) altid indgå i en samlet obstetrisk vurdering af rette tidspunkt for igangsættelse, og kan derfor rykkes nogle dage.

Afdelingens "bufferkapacitet" består af personaleressourcer, som kan frigøres fra øvrige afsnit og funktioner i afdelingen ved travlhed:

- "Flyver" er den jordemoder, som i hver enkelt vagt er allokeret til at arbejde på barselgangen, men som kan dække fødegang afhængigt af, hvor behovet er størst.
- Flexjordemødre er 4 jordemødre ansat i lokalaftale "flexjordemoderordning". Altid minimum 1 af dem i vagt. Kan kaldes dagligt inden kl. 15.20 til hele døgnet ved travlhed/sygdom. Kan kaldes maks. 12 timer ad gangen.
- Alle jordemødre i kendt jordemoderordning kan ifølge KJO aftalen kaldes akut x 1 pr. måned, dvs. mulighed for 15 akutte kald pr. måned.
- Jordemødre i akutklinikken eller mobiljordemødre kan bistå på fødegangen ved behov.
- Altid 2 speciallæger i vagt døgnet rundt til at håndtere samme tids hændelser.

Afdelingen har alle jordemoderstillinger besat. Ved spidsbelastning Hvis der opstår spidsbelastning i det enkelte afsnit, sikrer hhv. jordemodersupervisor og koordinerende på Svangrebarsel, at der holdes "time-out" på afsnittet mhp. iværksættelse af mulige tiltag. Ved spidsbelastning, som ikke umiddelbart kan løses i de enkelte afsnit, sammenkaldes til "fælles time-out". Kvindesygdomme og Fødsler har en eDok-retningslinje, der beskriver alle procedurer ved travlhed, herunder spidsbelastning på fødeafsnittene.

Overordnet er det vurderingen, at der ved den nuværende organisering i Kvindesygdomme og Fødsler, RHG, ikke opstår situationer med personalemangel, der går ud over de fødende kvinders sikkerhed. Naturligvis kan serviceniveauet og den patientoplevede kvalitet opleves lavere ved spidsbelastningssituationer (eks. lidt længere ventetid, hurtigere hjemsendelse, tidligere overflytning til barselsafsnittet),

men disse tiltag iværksættes netop for at opretholde sikkerheden for den fødende kvinde og barnet.

Regionshospitalet Horsens

På Fødeafsnittet på RH Horsens er der aktuelt ikke personalemangel i form af vakante stillinger (på tværs af faggrupper). Der arbejdes løbende på at fastholde et godt arbejdsmiljø med fleksibilitet og mulighed for faglig udvikling for personalet, så fødestedet bliver ved med at være en attraktiv arbejdsplads for alle faggrupper. Dette arbejde har i "Kvindesygdomme og Fødsler" på Regionshospitalet Horsens siden 2019 været rammesat med et strategisk fokus om at stræbe mod at blive en bevidst udviklende organisation.

Derfor er den følgende besvarelse ikke med baggrund i vedvarende personalemangel, som vakante stillinger og rekrutteringsudfordringer. Der kan dog opstå en form for personalemangel ved eksempelvis sygdom blandt det personale, der er planlagt i beredskabet. Hvis dette falder sammen med en høj aktivitet vil der være travlhed og i perioder flere opgaver, end der er personale til på det pågældende tidspunkt. Derfor har vi flere grundlæggende strukturer, der tager højde for dette:

- Flere gange ugentligt tjekkes beredskabet i forhold til sygdom og lignende og der vagtdækkes akut og/eller laves aftaler for dækning. Denne struktur varetages af fødeafsnittets ledelse og vagtplanlægger på Fødeafsnittet i tæt samarbejde med de kliniske jordemodersupervisorer (døgnfunktion).
- Fødeafsnittet har i mange år optimeret beredskabet med henblik på at øge fleksibiliteten så meget som muligt – netop for at beredskabet kan tilpasses den svingende aktivitet. En form for "harmonikaberedskab". At vi ved behov kan udvide – uden at kalde personale ind akut. Eksempler på dette er: Fleks-jordemoderordning, rådighedsvagter, kendt jordemoder med akutkaldsaftale osv. Der er faste daglige tværfaglige konferencer (dag/aften/nat), hvor kapacitet og aktivitet afstemmes.
- Time Outs: I de situationer, hvor der er høj aktivitet, vil der løbende blive afholdt tværfaglige time outs med deltagelse af relevante tværfaglige samarbejdspartnere med tilknytning til fødeafsnittet.
- I Region Midtjylland er der et tæt regionalt samarbejde på flere niveauer. Dette gør sig også gældende ved potentielle udfordringer omkring høj aktivitet, hvor fødestederne koordinerer og hjælper hinanden på tværs.

Med baggrund i det ovenfor beskrevne vurderer vi, at der på Regionshospitalet Horsens er en god patientsikkerhed ved høj aktivitet/peaks. De daglige konferencer og timeouts, hvor der både drøftes kapacitet, aktivitet og hvor der foretages faglige vurdering af patienter (indlagte gravide og barslende, fødende, ambulante kontroller og igangsættelser) sikrer, at det team, der udgør beredskabet den pågældende dag kontinuerligt er orienterede om aktiviteten og derfor kan agere i forhold til behov for prioritering på baggrund af en form for triagering af patienterne.

Prioritering foregår desuden løbende hele døgnnet for at sikre, at der ved ændringer i patienternes tilstand (som eksempelvis tilkomne risikofaktorer) kan ændres i den faglige prioritering og ved behov tilpasse beredskabet.

Særligt i forhold til igangsættelser: Som beskrevet i det foregående punkt, indgår igangsættelser i aktiviteten på fødeafsnittet – og derfor også i de strukturerede konferencer og time outs. Derudover er der en særskilt daglig igangsættelseskonference for at sikre, at gravide med tvingende indikation for at fødslen sættes i gang også sættes i gang. Ved situationer med høj aktivitet – eksempelvis mange fødende – træder de ovenstående retningslinjer i kraft.

Regionshospitalet Randers

På Kvindesygdomme og fødsler, Regionshospitalet Randers tilrettes fremmødet, så der sikres størst mulig fleksibilitet og tilpasning til belastningen på fødeafsnittet for at undgå personalemangel. Det betyder, at vi kan imødekomme spidsbelastninger til en vis grad inden for vores planlagte beredskab. Skulle vi komme i en situation, hvor vi ikke kan imødekomme patienternes behov inden for vores beredskab, har vi en række handlemuligheder:

- Omlægning/pausering af planlagt ambulante aktiviteter, eksempelvis igangsættelser eller rutinekontroller
- Videregivelse af opgaver til andre faggrupper, eksempelvis efterfødselspakker til sygeplejersker eller SOSA
- Overarbejde ved forlængelse af vagter
- Tilkald af personale hjemmefra
- Hjælp fra administrativt fagpersonale.

Derudover er der et velfungerende regionalt samarbejde, hvor der kan rettes kontakt de andre fødesteder for at afklare, om de har kapacitet til at modtage akutte patienter/fødende. Idet der er mange handlemuligheder for at imødekomme og undgå personalemangel opleves det ikke, at dette udgør en trussel for patientsikkerheden. Al omlægning og udskydning af aktivitet sker ud fra en tværfaglig vurdering med en klinisk prioritering af hvilke patienter, der kan afvente videre behandling uden øget risiko.

Aarhus Universitetshospital

Hospitalet har en procedure med timeout, som bruges på daglig basis til at sikre, at alle fagpersoner kan følge med i deres opgaver og har adgang til tilstrækkelig sparring.

Der er arbejdet på modeller, der kan skabe mulighed for "harmonikaeffekt" i beredskabet. Ved behov kan der udvides – uden at kalde personale ind akut. Det er modeller som fleksjordemoder, rådighedsvagter, kendt jordemoder med akutkaldsaftale osv.

På fødestedet findes et "igangsættelsesambulatorie" hvor fødende med forskellige indikationer for igangsættelse dagligt vurderes. Herfra sættes de på liste – og triageres efter alvorlighedsgrad og igangsættelsesmetode. Herefter indgår listen i fødeafdelingens samlede overblik over fødende i gang og på vej. En igangsættelse kan strække sig over flere dage (normalt ligger spændet mellem 1-5 dage) og vil typisk foregå med Augusta stimulation, ballonoplægning eller hindsprængning afhængigt af modenhed og anamnese. Det betyder derfor også, at igangsættelser ikke er en akut løsning – men et ønske om at kunne fremskynde/kontrollere fødselstidspunktet mere end ved at afvente spontant forløb.

Hvis en mor eller barn vurderes alvorlig truet, vil løsningen være kejsersnit frem for igangsættelse – altså har vi en tidsmargen, vi accepterer ved en igangsættelse. Alle igangsættelser overvåges dagligt mhp. netop modenhed og status på mor/barn. Dette kan ændres på det enkelte forløbs plads på listen. En fødeafdeling er en akut afdeling, og der kan opstå situationer hvor der triageres/prioriteres anderledes bl.a. i forhold til igangsættelserne for at tilgodese mere akutte situationer. De beslutninger træffes altid tværfagligt på en igangsættelseskonference og i samspil med den samlede kapacitet og forældrene.

Region Nordjylland

I Region Nordjyllands besvarelse, er der hentet bidrag fra regionens tre fødesteder Hjørring, Aalborg og Thisted.

Forebyggelse af personalemangel:

- Et godt arbejdsmiljø
Dette skabes ved at give flere/mange jordemødre mulighed for at arbejde med faglighed via udviklings-/kvalitets-/forskningsprojekter. En forudsætning er, at de rette kompetencer findes i afdelingen, herunder jordemødre med relevant kandidat eller masteruddannelse. Udviklingsprojekter løftes på administrative arbejdsdage, af jordemødre, som er ansat i kombinationsstilling af klinik og udvikling.
- Et bæredygtigt arbejdsliv
Dette skabes ved at sikre så stor spredning på nattevagter som overhovedet muligt. På landets fødegange er der typisk samme antal jordemødre til at varetage fødslerne i alle tre vagtlag (dagvagt, aftenvagt, nattevagt), da fødslerne falder jævnt over hele døgnet – også de igangsatte fødsler. Desuden er belastningen og arbejdsloadet oftest lige høj om natten som om dagen. Nattebelastningen er dermed høj, og en udslagsgiver for at flere jordemødre efter en årrække ikke længere holder til at arbejde som jordemoder på en fødegang.
Høj inddragelse ind i vagtplanlægning, herunder ugentlig norm (ansættelsesbrøk) er afgørende for, at den enkelte oplever at kunne holde til arbejdet på fødegangen. Som et opmærksomhedspunkt kan nævnes, at de fleste jordemødre på en fødegang arbejder på deltid, alene af den årsag at de ikke kan holde til fuldtid på den lange bane.
- Jordemødre i hele virksomhedsområdet
At der på Hospitalet er jordemødre ansat inden for hele virksomhedsområdet af graviditet, fødsel og barsel. Årsag 1: Igennem et helt arbejdsliv har den enkelte jordemoder mulighed for at skifte arbejde/funktion. I én periode kan det give 'et godt arbejdsliv' at arbejde på en fødegang, og på et senere tidspunkt kan det måske give 'et godt arbejdsliv' at arbejde på en fødemodtagelse, med en anden type flow og opgaver. Det bliver således ikke så sårbart for den enkelte, hvis der er flere områder inden for specialet kan i forskellige perioder kan arbejde med.
Årsag 2: Når der er spidsbelastningen inden for en del af specialet (eksempelvis fødegangen) kan man tilkalde jordemødre fra de andre afdelinger inden for fødselsområdet. Herved gør man sig organisatorisk mere robust, ved at have en vis form for intern fleksibilitet.

Akutte håndteringsprocedurer ved personalemangel

- Afdelingsjordemoder/klinisk koordinerende jordemoder/vagthavende jordemoder har altid det samlede overblik. Der foretages prioriteringer ift. om der er opgaver, der kan vente, uden det har en konsekvens, der påvirker kvalitet eller patientsikkerhed. Nedprioriterede opgaver må vente. Akutte håndteres.
- Der tilkaldes, om muligt, flere jordemødre. Eksempelvis jordemødre der senere i løbet af døgnet skal møde i vagt (fx en aftenvagt, der kaldes ind allerede kl. 10:00). Eller der tilkaldes jordemødre, der i følge vagtplanen har en beskyttet fridag.
- Jordemødre bliver pålagt at blive, efter endt vagt. Eksempelvis har jordemoderen fri kl. 23:00. Hun pålægges at blive, indtil situationen på fødegangen ikke længere er patientkritisk, muligvis først hen på morgenstunden.
- Der tilkaldes jordemødre fra Kendt Jordemoder Ordning (KJO)/distriktsjordemoderordninger. En jordemoder fra en KJO står døgnet

rundt på tilkald til varetagelse af alle undersøgelser og behandlinger af de kvinder, som er indskrevet i ordningen. Foruden varetagelsen af tilkald samt fødsler for kvinderne i ordningen, kan en jordemoder fra KJO, således også blive brugt, i tilfælde af spidsbelastning på fødegangen, som organisatorisk kaldes det 'konventionelle system'.

- I samarbejde med afdelingens læger laves pp-med-konference (konference om døgnets igangsættelser). Disse prioriteres i Grøn, Gul og Rød. En Rød igangsættelse er ufravigelig, og skal igangsættes af patientsikkerhedsmæssige årsager. En Grøn igangsættelse vil forsvarligt kunne vente – og kommer herved på en venteliste.
- Ved travlhed prioriteres opgaverne. Dette medfører at afdelingsjordemoder / klinisk koordinerende jordemoder / vagthavende jordemoder hjælper med at prioritere hvilke opgaver der relateret til fødslen kan vente. Det kunne f.eks. være f.eks. igangsættelse eller syning af fødselsbristning umiddelbart efter fødslen.

I Thisted er Lokal-MED-udvalget i gang med at udarbejde en politik for spidsbelastningssituationer. Denne indeholder alle forhåndenværende muligheder som f.eks. indkald af personale der har fri, men også udsættelse af igangsættelser. Fødestederne varetager dagligt tværfaglige konferencer omkring igangsættelser. Her gennemgås alle igangsættelser, der allerede er i gang samt nye. Der er således gravide på en såkaldt igangsættelsesliste (venteliste), hvor de løbende triageres i rød, gul og grøn. Dette gøres for kontinuerligt at sikre patientsikkerheden. En rød igangsættelse skal sættes i gang med det samme, da der vil være en patientsikkerhedsrisiko forbundet med at afvente. Der omfordeles og findes hænder (ressourcer) ud fra ovenstående svar.

Den hyppigere travlhed på fødselsområdet (fødegang, konsultationer, ambulatorier, barselsafsnit), har med ovenstående tiltag, endnu ikke haft alvorlige konsekvenser for patientsikkerheden i Region Nordjylland.

Regionerne har i første del af denne besvarelse beskrevet deres procedurer på fødegangene ved personalemangel pga. fx sygdom samt ved høj aktivitet - eksempelvis mange fødende på samme tid. I deres beskrivelser fremgår også svar på, hvad der konkret arbejdes med i regionerne for at forhindre situationer, der er beskrevet i artiklen fra Jyllands-Posten.”

Jeg henholder mig til Danske Regioners oplysninger.

Med venlig hilsen

Sophie Løhde