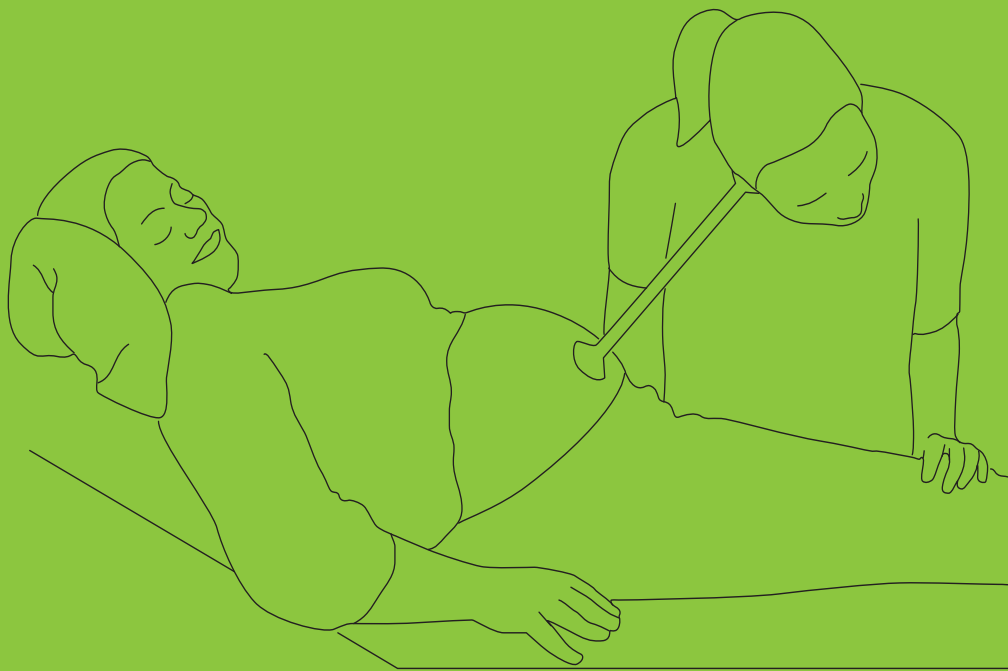


Evaluering af kendt jordemoderordning



Evaluering af kendt jordemoderordning

© CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MTV og Sundhedstjenesteforskning, Region Midtjylland, 2013

Emneord: kendt jordemoderordning, organisation, systematisk review, økonomi, graviditet, fødsel

Versionsdato: 14. november 2013

Rapporten er sat med: Midtsans

Korrektur: Solveig Nielsen

Forside: Pia Bakmand Skovsen efter tegning af Birgitte Lerche[©]

Design: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Udgivet af: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, november, 2013

ISBN: 978-87-92400-42-0 (PDF/elektronisk version)

Denne publikation citeres således:

Løvschall C, Burau V, Søgaard R, Holst AW, Lyngsø CE, Fogsgaard A, Nielsen KM, Ravnsbæk S, Iversen AB, Almdal P.

Evaluering af kendt jordemoderordning.

Aarhus: Region Midtjylland, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MTV og Sundhedstjenesteforskning, 2013.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

MTV og Sundhedstjenesteforskning

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf. 7841 4350

E-mail: mtv-stf@rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Denne rapport kan downloades fra www.ckf.rm.dk - søg under 'Udgivelser'.

Forord

Nærværende evaluering omhandler en anderledes måde at organisere svangreomsorgen på i Region Midtjylland. Ordningen betegnes "kendt jordemoderordning", og har over en årrække fundet vej ind i det danske sundhedsvæsen. Hensigten er, at én primær jordemoder yder omsorg for den gravide kvinde i det meste af svangerskabet, under fødslen og i en kortere periode efter fødslen. Herved forventes det, at kvinden oplever større kontinuitet og tryghed i forløbet med positive psykiske og kliniske effekter til følge.

Region Midtjylland er opdragsgiver til projektet, og Regionsrådet har foranlediget udarbejdelsen af denne evaluering. MTV og Sundhedstjenesteforskning, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har været projektudfører på evalueringen i samarbejde med Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland.

Der er i forbindelse med projektet etableret en projektgruppe, som er sammensat af videnskabelige medarbejdere og fagspecialister. Rapporten er således baseret på relevant faglig og forskningsmæssig viden. Projektgruppen har afholdt ti møder. Projektets følgegruppe har bestået af Region Midtjyllands fødeplanudvalg. Projektet er ved mundtligt oplæg præsenteret for fødeplanudvalget, som efterfølgende har haft lejlighed til at kommentere på et udkast til den endelige rapport.

Rapporten henvender sig primært til beslutningstagere i Region Midtjylland. Rapporten kan anvendes som inspiration nationalt. Derudover henvender rapporten sig til de faggrupper, som varetager og udfører omsorgen for gravide kvinder i regionen og nationalt. MTV og Sundhedstjenesteforskning vil gerne takke medlemmerne af projektgruppen for indsatsen i forbindelse med tilblivelse af rapporten. Ligeledes skal projektets følgegruppe have tak for bemærkninger til og kommentering af rapporten.

MTV og Sundhedstjenesteforskning
November 2013

Camilla Palmhøj Nielsen
Forskningsleder
CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Indholdsfortegnelse

FORORD	3
LÆGMANDSRESUMÉ	5
RESUMÉ	7
ORDLISTE	10
1 BAGGRUND	14
1.1 Historisk perspektiv på jordemoderfaget	15
1.2 Formål	17
1.3 Overordnet metode	17
1.4 Projektorganisation	18
2 SYSTEMATISK LITTERATURGENNEMGANG	20
2.1 Hovedkonklusioner	20
2.2 Indledning	20
2.3 Metode	20
2.4 Resultater	21
2.5 Kapitelsammenfatning	34
3 ORGANISATORISK ANALYSE	36
3.1 Hovedkonklusioner	36
3.2 Indledning	36
3.3 Metode	38
3.4 Analyse	40
3.5 Resultater og kapitelsammenfatning	49
4 ØKONOMI	51
4.1 Hovedkonklusioner	51
4.2 Indledning	51
4.3 De teoretiske forventninger	52
4.4 Litteraturgennemgang	55
4.5 Omkostningsanalyse	58
4.6 Diskussion og sammenfatning	62
5 SAMLEDE RESULTATER OG PERSPEKTIVERING	65
5.1 Resultater	65
5.2 Perspektivering	66
REFERENCER	69
BILAG	72

Lægmandsresumé

I Danmark tilbydes gravide kvinder svangreomsorg i forbindelse med graviditet, fødsel og efterfødsel. I Region Midtjylland er svangreomsorgen organiseret omkring berammede kontakter til blandt andet jordemødrene, som arbejder i et fast beredskab. På nogle fødeafsnit tilbydes den gravide svangreomsorg i det, der betegnes "kendt jordemoderordning". Her varetages omsorgen for den gravide i videst muligt omfang af samme eller få jordemødre, som i starten af forløbet bliver tilknyttet den gravide kvinde. Hensigten er, at den gravide kvinde oplever større grad af kontinuitet og tryghed i forløbet. I foreliggende rapport analyseres effekterne af kendt jordemoderordning ved sammenligning med det faste beredskab/gængs praksis.

'Kendthed' og det personlige tillidsforhold imellem den gravide og jordemoderen var tidligere en naturlig forudsætning i et graviditetsforløb, men den nære kontakt blev gennem reformer af fødselshjælpen og en stadig større centralisering af fødestederne sværere at opretholde. I 1982 var der i Danmark 72 fødesteder, som i 2013 er reduceret til 24. Dette har lettet organiseringen af arbejdet, men har også bevirket at kontakten mellem den gravide og én eller få jordemødre har været sværere at opretholde. Gennem kendt jordemoderordning har man ønsket at reetablere kendthed og kontinuitet i forløbet. Effekten af denne praksis er belyst via en gennemgang af relevant litteratur, en analyse af organisationen og via en økonomisk analyse.

På baggrund af ovennævnte analyser vurderes det sandsynligt, at antallet af rygmarvsbedøvelser (epiduralblokader) hos gravide reduceres ved at indgå i en kendt jordemoderordning i forhold til at indgå i sædvanlig praksis. Det ses desuden, at antallet af indlæggelser af nyfødte ikke varierer mellem de to grupper af gravide, og at gravide i en kendt jordemoderordning er mere tilfredse. Resultater vedrørende antal kejsersnit i de to grupper varierer, og det er ikke muligt at konkludere noget endeligt på det foreliggende grundlag. Der ses dog en tendens til færre kejsersnit hos gravide i en kendt jordemoderordning. På andre effektmål er tendensen mindre klar; dog falder størstedelen af resultaterne ud til fordel for kendt jordemoderordning. Det bør desuden bemærkes, at litteraturgennemgangen viser, at kendt jordemoderordning er en sikker ordning, således forstået at der ikke kan påvises nogen risiko ved at indgå i ordningen.

Den organisatoriske analyse viser, at et tiltag som kendt jordemoderordning næppe kan betragtes og vurderes særskilt, men skal ses i sammenhæng med andre større organisatoriske omstruktureringer. Det kan påvirke indkøringsprocessen, hvordan antallet af fødsler fordeler sig i de forskellige ordninger, og hvorledes kendt jordemoderordning finansieres. Det erfarer desuden, at ordninger med fokus på førstegangsfødende kvinder kan opleves mere belastende for jordemødrene end ordninger med en blanding af første- og flergangsfødende. Endelig vurderes det, at den nye organisering stiller større krav til ledelsen på fødestederne, blandt andet udfordringer i at indføre en ordning, der baseres på jordemødrenes frivillige deltagelse.

En gennemgang af den økonomiske litteratur peger på en mulig moderat omkostningsbesparelse ved kendt jordemoderordning. Det er imidlertid usikkert, om dette resultat kan overføres til danske forhold. En simpel model for de bemandingsmæssige omkostninger ved kendt jordemoderordning under danske forhold viser en gennemsnitlig ekstraomkost-

ning i størrelsesordenen 400 - 2.000 DKK per graviditetsforløb. Disse umiddelbart modstridende resultater kan blandt andet skyldes komplekse organisatoriske forholds indvirkning på resultatet - fx omfanget af akutkald. Det vurderes, at kendt jordemoderordning ikke medfører betydelige ekstraomkostninger, såfremt den organisatoriske fleksibilitet bevarer.

Resumé

Denne rapport omhandler evaluering af "kendt jordemoderordning". Kendt jordemoderordning er en måde at organisere svangreomsorgen på under graviditet, fødsel og efterfødsel. Hensigten med ordningen er, at omsorgen for den gravide i videst muligt omfang varetages af samme eller få jordemødre, som i starten af forløbet bliver tilknyttet den gravide kvinde.

Baggrund

Kontinuitet og tryghed er nogle af de begreber, der bedst karakteriserer hensigten med kendt jordemoderordning. Nationalt og internationalt har området bevågenhed, og resultater fra studier omhandlende kliniske, organisatoriske og økonomiske konsekvenser ved at indføre og drive en kendt jordemoderordning tyder på positive effekter af sådanne ordninger, men også visse udfordringer ved implementering af ordningerne. Kendthed og det personlige tillidsforhold mellem den gravide og jordemoderen var tidligere en naturlig forudsætning i et graviditetsforløb, men den nære kontakt blev gennem reformer af fødsels hjælpen og en stadig større centralisering af fødestederne sværere at opretholde. I 1982 var der i Danmark 72 fødesteder; dette er i 2013 reduceret til 24.

Genindførelse af kendthed og kontinuitet gennem kendt jordemoderordning ønskes således evalueret. Det bemærkes her, at en kompleks organisatorisk model som kendt jordemoderordning næppe kan opfattes eller beskrives som et entydigt begreb, men derimod skal forstås og forankres i en lokal kontekst.

Denne evaluering vil belyse organisatoriske, økonomiske samt mulige kliniske og psykiske konsekvenser ved indførelse og drift af forskellige modeller for organisering af kendt jordemoderordning i Region Midtjylland ved sammenligning med det faste beredskab.

Metode

Overordnet er rapportens analyser baseret på internationale, systematiske reviews, primære studier samt indsamling af primære data via interview og relevante databaser. Der er gennemført separat litteratursøgning og -vurdering for hvert af rapportens hovedkapitler. Litteratursøgningen er baseret på en i forvejen opstillet protokol samt specifikke søgestrategier for hvert enkelt kapitel. Der er gennemført interview med centrale faglige aktører med henblik på at vurdere implementeringsprocessen, og der er foretaget en omkostningsanalyse.

Hovedkonklusioner

Rapportens forfattere konkluderer:

- Der findes moderat evidens for, at antallet af epiduralblokader hos gravide reduceres ved at indgå i en kendt jordemoderordning, og for at antallet af neonatale indlæggelser ikke varierer mellem interventions- og kontrolgrupper. Ligeledes findes moderat evidens for øget tilfredshed blandt gravide i en kendt jordemoderordning.
- Vedrørende kejsersnit er resultaterne inkonsistente. Syv ud af ni studier er insignifikante, men i hovedparten af studierne ses færre kejsersnit hos gravide i en kendt jor-

demoderordning. Ingen studier påviser signifikant færre kejsersnit i kontrolgruppen. 'Lavrisikogravide' synes i højere grad at profitere af ordningen.

- Evidensen omkring andre effektforhold er mindre klar; dog falder størstedelen af resultaterne ud til fordel for kendt jordemoderordning. Det bør bemærkes, at litteraturgen- nemgangen viser, at kendt jordemoderordning er en sikker ordning, således forstået at der ikke kan påvises nogen risiko ved at indgå i ordningen.
- Selvom parallelle sundhedspolitiske og organisatoriske forandringer formelt er isole- rede tiltag, spiller de i praksis tæt sammen med implementering af kendt jordemoder- ordning. Eksempler herpå er indførelsen af efterfødselspakker og større organisatori- ske omstruktureringer.
- Implementeringsprocessen påvirkes af andelen af fødsler i en kendt jordemoderord- ning i forhold til sædvanlig praksis. Pilotprojekter med deres egen finansiering har nemmere ved at blive et positivt tilvalg, mens ordninger som finansieres af vagtlag fra det faste beredskab har sværere forudsætninger.
- Kendt jordemoderordnings målgruppe har indflydelse på, hvordan ordningen udfoldes i praksis. Ordninger med fokus alene på førstegangsfødende kvinder kan opleves mere belastende for jordemødrene end ordninger med en blanding af første- og flergangs- fødende.
- Kendt jordemoderordning drives af jordemødrenes delte ønske om såvel uafhængig- hed som faste rammer i arbejdet; det stiller store krav til jordemødrene og ledelsen at håndtere begge dele på en gang.
- Den eksisterende litteratur om de økonomiske konsekvenser af kendt jordemoder- ordning er primært af australsk oprindelse og viser, at der kan være en moderat om- kostningsbesparelse forbundet med kendt jordemoderordning. Det er imidlertid uvist, om dette resultat kan overføres til en dansk kontekst, da den undersøgte intervention i litteraturen adskiller sig fra den danske model, ligesom kulturelle og økonomiske for- hold i øvrigt varierer mellem Danmark og Australien. På effektsiden genfinder den øko- nomiske litteratur de resultater, der også bliver præsenteret i denne rapport's kapitel 2.
- Der er opstillet en simpel model for de bemandingsmæssige omkostninger ved kendt jordemoderordning i en dansk kontekst. Modellen demonstrerer en gennemsnitlig ekstraomkostning i størrelsesordenen 400 - 2.000 DKK per graviditetsforløb, hvilket umiddelbart er i modstrid med de australske resultater. Det bør dog bemærkes, at de komplekse organisatoriske forhold, som relateres til især omfanget af akutkald, hurtigt kan ændre en ekstraomkostning på nogle få tusinde kroner til en omkostningsbespa- relse. Om end de bemandingsmæssige omkostninger ikke dækker det fulde sundheds- sektorperspektiv, så anses de dog for de væsentligste, og det må derfor konkluderes, at kendt jordemoderordning ikke medfører betydelige ekstraomkostninger, såfremt den organisatoriske fleksibilitet bevares.
- Der findes ingen studier, der har analyseret syntesen mellem omkostninger og effek- ter, dvs. hvor meget man får for pengene ved at investere i kendt jordemoderordning versus andre tiltag i sundhedsvæsenet. Når ekstraomkostningen imidlertid er moderat, så simplificeres scenariet, så man kan lade beslutningstagningen guides af effektsiden.

Perspektivering

Rapportens konklusioner giver anledning til en del overvejelser ved indførelse og drift af kendt jordemoderordning og udstiller samtidig noget af den kompleksitet, der præger om- rådet. Dette har direkte indvirkning på evalueringen af ordningen, som har mange ind-

faldsvinkler, forskelligartede patientgrupper at vurdere på, uensartede interventioner og talrige effektmål at tage hensyn til. Den mest hensigtsmæssige organisering af kendt jordemoderordning savner fortsat at blive belyst. I tidligere studier diskuteres, hvorvidt særligt udsatte grupper i højere grad kan profitere af ordningen, ikke mindst på grund af øget morbiditet blandt gravide fra ringere socioøkonomiske vilkår.

Studiernes eksterne validitet kan som omtalt være begrænset af både interventionernes kontekstafhængighed (primært australske og engelske studier), og af om de gravide er repræsentative for gravide danske kvinder. Ligeledes kan studienes interne validitet være påvirket af manglende blinding i studierne, som er besværliggjort af, at disse typer af intervention kan være svære at blinde (skjule) for involverede parter (gravide og fagprofessionelle).

En svaghed, der typisk også påpeges ved kendt jordemoderordning, er, at jordemødre selv vælger, hvorvidt de ønsker at indgå i kendt jordemoderordning eller ikke, hvilket naturligvis er mere attraktivt for nogle jordemødre end andre. Imidlertid anses netop dette også som værende en af forudsætningerne for ordningens 'bæredygtighed'. For at ordningen kan implementeres, vil ledelsen som oftest være afhængig af, at der er jordemødre blandt fødestedets ansatte, der ønsker at skifte til kendt jordemoderordning. Arbejdspladsens arbejdstidsaftaler og personalemæssige forhold vil typisk besværliggøre en sådan flytning, hvis det ikke sker på frivillig basis. Denne implementeringsudfordring kan potentielt vanskeliggøre iværksættelsen af kendt jordemoderordning i en afdeling.

Endelig bør det nævnes, at der kan forekomme flere grader af kendthed, hvilket nødvendiggør en grundig beskrivelse af fortolkningen af kendthed og målingen af samme i fremtidige undersøgelser.

I de foreliggende studier omhandlende kliniske effektforhold savnes mere detaljerede beskrivelser af givne interventioner og organisatoriske forudsætninger. Dette ønskes udbygget i fremtidige studier. Dermed ville det i højere grad være muligt at vurdere og eftergøre givne indsatser samt tilnærme sig en forståelse af, hvilke omstændigheder/faktorer der bevirker eventuelle gavnlige effekter af ordningen: Fx hvor mange jordemødre i et team, der optimerer effekten? - og hvor stort caseload der er mest effektivt/omkostningseffektivt i en kendt jordemoderordning. Der ønskes desuden yderligere studier af, hvilke undergrupper af gravide (fx hvilke risikogrupper eller første-/flergangsfødende) der har størst gavn af at indgå i en kendt jordemoderordning. Det vil være relevant at undersøge, hvorledes kendt jordemoderordning påvirker fremtidige fødsler for den gravide og ikke kun det aktuelle graviditetsforløb. Dertil savnes studier, der undersøger både første- og flergangsfødendes psykosociale forhold, amning, sygefravær, indlæggelsestider samt antal genindlæggelser (mor/barn) ved at indgå i en kendt jordemoderordning. Andre mulige kort- og langsigtede effekter af ordningen ønskes ligeledes identificeret. Endelig ønskes det vurderet, hvordan organisation og ledelse bedst håndterer indførelse og drift af en kendt jordemoderordning på et fødested, hvad angår fx rekruttering af jordemødre til ordningen, løbende supervision, og herunder hvordan der bedst samarbejdes med det faste beredskab.

Ordliste

Antenatal:	Før fødsel (vedr. barnet).
Bias:	En fejl eller skævhed der kan medføre, at resultaterne af en videnskabelig undersøgelse afviger systematisk fra sandheden.
Blinding:	I kontrollerede studier er det den proces, der forhindrer den blinde part i at opnå kendskab til, hvilken gruppe en forsøgsdeltager tilhører.
Caseload:	Antal patienter/gravide der behandles i en given periode.
Efterfødselspakke:	Besøg på fødestedet eller i hjemmet, hvor der tages hæmblodprøve, høreundersøgelse, vægtskontrol og almen vurdering af barnet, evt. gulsotscreening. Mor får ammevejledning, efterset evt. bristning og ved behov samtale om fødslen.
Elektiv:	Planlagt - modsat akut opstået situation.
Evidens, evidensniveau:	<p>En systematik til kritisk vurdering af videnskabelig litteratur baseret på kvaliteten og antallet af videnskabelige undersøgelser. I denne rapport skelnes mellem fire evidensniveauer.</p> <p><i>Utilstrækkelig evidens:</i> Der foreligger kun studie(r) af lav kvalitet eller studier med inkonsistente resultater.</p> <p><i>Begrænset evidens:</i> Der foreligger mindst ét studie af moderat eller høj kvalitet, som underbygger resultatet.</p> <p><i>Moderat evidens:</i> Der foreligger flere studier, som samstemmende underbygger resultatet, heraf mindst ét studie af høj kvalitet.</p> <p><i>Stærk evidens:</i> Der foreligger mange relevante studier af høj kvalitet, som samstemmende underbygger resultatet.</p> <p>Modificeret efter "Evidensgradering" fra Statens beredning for medicinsk utvärdering [1].</p>
Fødselsforberedelse:	Fire gange to timers undervisning for de kommende forældre varetaget af jordemødre på hold bestående af ti par.
Gemelli:	Tvillinger.
Gestationsalder:	Svangerskabets aktuelle varighed regnet fra sidste menstruations første dag.

Hawthorne-effekten:	Forsøgspersoner ændrer adfærd som reaktion på den kendsgerning, at de ved, de bliver undersøgt, og ikke som en reaktion på en bestemt intervention.
Intervention:	Behandling eller andet tiltag som har til hensigt at ændre patientens tilstand. Interventionen kan fx være en kirurgisk indsats.
Interventionsgruppe:	Den gruppe af patienter som i et interventionsstudie modtager en aktiv behandling eller anden indsats, som har til hensigt at ændre patientens tilstand.
Klinisk relevant effekt:	Beskriver det udfald af interventionen, hvor behandlere og/eller patienter vurderer, at der er sket en betydningsfuld ændring af patientens tilstand (outcome) - til forskel fra den statistisk signifikante effekt. Hvis den klinisk relevante effekt ikke er undersøgt videnskabeligt, kan man som tommelfingerregel antage, at der kræves gennemsnitlig mindst 30 % forskel mellem grupperne, målt på smerte, funktionsnedsættelse og livskvalitet, for at en påvist effekt kan tillægges klinisk relevans [2].
Kohorteundersøgelse:	En defineret gruppe individer med et fælles udgangspunkt (fx født indenfor et givet tidsrum), som man følger gennem en afgrænset årrække, typisk med hensyn til sygdomsudvikling.
Konfidensinterval (95 %):	Et interval af værdier som beregnes ud fra en stikprøve. Dette interval formodes med 95 % sandsynlighed at indeholde populationens sande middelværdi.
Kvalitet af et studie:	<p>Kvaliteten vurderes på baggrund af udvalgte kriterier (fx blinding, randomisering, bortfald). I denne rapport skelnes mellem tre grader jævnfør Sundhedsstyrelsens vurdering af litteratur [3]:</p> <p><i>Høj kvalitet (++):</i> Alle eller de fleste kvalitetskriterier er opfyldt. Det er meget usandsynligt, at kriterier, der ikke er opfyldt, vil ændre undersøgelsens konklusioner.</p> <p><i>Moderat kvalitet (+):</i> Nogle kriterier er opfyldt. De kriterier, der ikke er opfyldt eller grundigt beskrevet, ville sjældent ændre studiets konklusioner.</p> <p><i>Lav kvalitet (-):</i> Få eller ingen kriterier er opfyldt. Undersøgelsens konklusioner kan meget vel ændres.</p>

Obstetriker:	Fødselslæge.
Oddsratio:	Beskriver odds for et udfald i behandlingsgruppen divideret med odds i kontrolgruppen. Odds beregnes som sandsynligheden for et udfald i forhold til ikke-udfald.
Omkostningseffektivitet:	Den teknisk set bedste udnyttelse af givne ressourcer målt ved forholdet mellem effekt og omkostninger.
Omkostningseffektivitetsanalyse:	En samfundsøkonomisk analyseform, hvor alternati- vers effekter måles i fysiske enheder, fx antal reddede liv eller antal korrekt diagnosticerede tilfælde. Forholdet mellem om- kostninger og effekter beregnes og kan bruges ved sammen- ligninger mellem alternativer.
Postnatal:	Efter fødsel (vedr. barnet).
Post partum:	Efterfødselsperiode (vedr. kvinden) som begynder en time ef- ter at moderkagen er født og varer i cirka seks uger.
Primær litteratur:	Primær litteratur er artikler om originale videnskabelige under- søgelser såsom randomiserede kliniske forsøg eller kohorte- undersøgelser.
P-værdi:	Angiver sandsynligheden for at opnå en forskel mellem de to behandlinger alene ved tilfældighedernes spil.
Randomisering:	Tilfældig fordeling af studiedeltagere mellem kontrolgruppen og de interventioner der sammenlignes i et randomiseret kon- trolleret studie. Formålet med randomisering er at minimere bias/confounding.
RCT:	Randomized controlled trial, dvs. et randomiseret kontrolleret studie.
Relativ risiko:	Risikoen for et udfald i behandlingsgruppen divideret med risi- koen i kontrolgruppen.
Selektionsbias:	Systematisk fejl eller skævhed i forbindelse med udvælgelse af inklusionsgruppe.
Signifikans:	Anvendes her i sammenhæng med videnskabelige resultater, som siges at være signifikante, hvis statistiske test indikerer, at det er usandsynligt, at resultatet er opstået alene ved et til- fælde.

Sædvanlig praksis: Det forløb som den gravide kvinde typisk indgår i under graviditet, fødsel og efterfødsel i en lokal kontekst. Der er stor variation i disse forløb, og sædvanlig praksis kan således variere lokalt, kommunalt og regionalt.

Validitet: Gyldighed, rigtighed.

1 Baggrund

Den organisatoriske model "kendt Jordemoderordning" (KJ) har i flere regioner igennem en årrække været anvendt og afprøvet som et tilbud til udvalgte grupper af gravide kvinder med henblik på at sikre blandt andet kontinuitet og tryghed under graviditet, fødsel og efterfødsel. Nogle af de nøglebegreber, der tidligere er nævnt i tilknytning til ordninger med "kendt jordemoder", er "navngiven jordemoder", "kontinuitet i plejen ved kendt person" og "selvstændig og fleksibel arbejdstid", som er afhængig af, at jordemoderen formår at organisere sin arbejdsdag omkring de gravide kvinders behov [4]. Der foreligger nogen dokumentation/beskrivelse af forskellige indsatser/modeller i regionerne. Erfaringer fra Projekt Moderne Distriktsjordemoder fra Region Nordjylland [5], som især omhandler arbejdstider og tilfredshed, viser blandt andet, at både gravide og involveret personale er meget tilfredse med ordningen, hvilket bakkes op af en rapport fra Sundhedsstyrelsen fra 2009, hvori det beskrives, at kontakt til den samme jordemoder gennem hele graviditeten giver større brugertilfredshed [6]. Samme rapport beskriver:

"Den gravide bør have tildelt en kontaktjordemoder, der sammen med den praktiserende læge sikrer kontinuitet og sammenhæng."

og

"Der er erfaring for, at brugertilfredsheden stiger betragteligt, når jordemoderindsatsen organiseres i mindre teams, hvor den gravide følges af den samme jordemoder eller en lille gruppe af jordemødre."

Også internationalt har området bevågenhed, og der foreligger studier, som beskæftiger sig med forskellige modeller til organisering af indsatsen. Resultater fra disse studier tyder på, at tilfredsheden blandt brugerne øges, hvilket resultaterne fra en dansk ikke-kontrolleret tværsnitsundersøgelse - Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) fra 2012 [7] - også tyder på. Effekten på andre parametre er mere usikker [8-10]. Et nyligt publiceret australsk studie tyder dog på en reduktion i antal kejsersnit blandt kvinder, randomiseret til kendt jordemoderordning, sammenlignet med sædvanlig praksis. Effekterne eller konsekvenserne ved iværksættelse af kendt jordemoderordning påvirker potentielt i mange henseender. Der er således rapporteret om mulige effekter i forhold til den fødende (indgreb, drop osv.), kontaktmønster til sundhedsvæsen, fødselens længde, udskrivelsestidspunkt, tryghed og tilfredshed, behov for bedøvelse, antal kejsersnit, assisteret fødsel, amning, barnets sundhed, organisatoriske/personalemæssige konsekvenser (herunder mulige barrierer hos involveret personale, forhold vedrørende accept og respekt mellem jordemødre indenfor og udenfor ordningen samt personalevilkår fx ændrede arbejdsvilkår) og omkostninger ved ordningen.

Der lægges hermed op til at beskrive og definere ordningen nærmere samt undersøge mulige kliniske, psykiske effekter på baggrund af litteraturen, herunder eventuelle danske studier. Hvilke organisatoriske konsekvenser medfører en given udbredelse/organisering af ordningen, og hvilke økonomiske konsekvenser vil ordningen medføre? Kendt jordemoderordning kan næppe opfattes eller beskrives som et entydigt begreb, men skal derimod bygges ind i en lokal kontekst - en lokal organisatorisk forankring. Dette markerer et skisma, da entydighed her er brugbar men ikke integrerbar. Rapportens forfattere forholder sig løbende til de overordnede modeller for kendt jordemoderordning (se fx tabel 2). I de øvrige kapitler beskrives ordningen yderligere.

1.1 Historisk perspektiv på jordemoderfaget

Jordemødre blev fra gammel tid kaldt nærkoner, og jordemoderfaget blev langt op i tiden ikke anset som et selvstændigt erhverv, men mere et borgerligt ombud. Jordemoderskolen opstod i 1787 og de næste 100 år oplærtes primært enker og enlige mødre til hvervet som jordemødre. I 1895 fik jordemoderuddannelsen et teoretisk løft og en forlængelse fra ni måneder til et år [11].

I 1945 blev jordemødrene en del af den nye og moderne svangreprofylakse. Med svangreprofylaksen blev jordemødrene tildelt en aktiv rolle i kampen mod mødre-/spædbarnsdødelighed. Fra 1950'erne flyttede fødslerne i stigende grad ind på sygehusene. I 1974 blev en større reform af fødselshjælpen gennemført (kaldet "Centerordningen"), hvilket betød, at jordemødre gik fra at være privatpraktiserende til at være ansat i nye amtslige jordemodercentre i den primære sektor. Fra jordemodercenteret skulle jordemødrene varetage omsorgen for de gravide indenfor et geografisk område, såvel graviditetskonsultationerne som fødslerne (i hjemmet, på klinikker eller sygehuse). Jordemødre trådte nu ind i en lønarbejderkultur med fordele som fællesskab, fast løn, struktureret arbejdstid og ferie. I starten var der stor mangel på jordemødre, og centrene var små. Det betød, at kvinderne oftest havde set jordemoderen før, men efterhånden som centrene blev større, forsvandt kendtheden, og jordemødrenes arbejdstid ændrede sig i stigende grad fra døgnvagter til ottetimersvagter [12].

Dette brud med kendtheden var utilsigtet i forhold til betænkningen omkring fødselshjælpens tilrettelæggelse i Centerordningen, hvor der stod:

"Der bestod ofte et personligt tillidsforhold mellem jordemoderen og den svangre, som i høj grad bidrog til at skabe et tryghedsforhold hos den fødende, hvilket heller ikke må undervurderes som et terapeutisk moment, og som yderligere imødekommer behovet for socialbistand"[12].

Kendtheden i forhold til jordemoderen bliver ved med at være et fokusområde fra politisk side. Fx står der i Sundhedsstyrelsens Retningslinjer fra 1998, at flere forhold vil være afgørende for den fødendes oplevelse af tryghed i relation til selve fødslen

"[...] specielt at hun kender og er tryk ved jordemoderen, og at denne er kontinuerligt til stede ved fødslen, så vidt det kan gennemføres"[13].

Igen i 2009 nævnes i Anbefalinger for Svangreomsorgen:

"Det bør tilstræbes, at det er den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden under graviditeten. Det bør endvidere tilstræbes, at der er en jordemoder kontinuerligt til stede under den aktive fase af fødslen, og helst en jordemoder kvinden kender i forvejen"[6].

Stort set ingen fødesteder har levet fuldt ud op til denne anbefaling trods Sundhedsstyrelsens anbefalinger i en årrække. Tværtimod er fødestederne blevet større i kraft af centralisering af fødslerne. Dette har mindsket sandsynligheden for, at jordemoder og fødende har mødt hinanden før fødslen. I 1982 var der i Danmark 72 fødesteder, dette er i 2013 reduceret til 24. Der er altså kun en tredjedel fødesteder tilbage, og den udvikling fortsætter sandsynligvis med indførelsen af supersygehuse i flere regioner. Det største fødested i Danmark er Hvidovre med ca. 7.000 fødsler årligt.

I 2006 bliver der i Jordemoderforeningen taget en kongresbeslutning om, at man fra foreningens side vil arbejde målrettet hen imod, at alle fødeafdelinger vil tilbyde kendt jordemoder til større eller mindre grupper af gravide. Indtil da havde kendt jordemoderordning kun været afprøvet på forsøgsbasis på fem fødesteder. Jordemoderforeningen slog på, at kendt jordemoderordning skulle tilbydes både af hensyn til kvinderne/familierne og af hensyn til jordemødrene. Det sidste ud fra en betragtning om, at mange jordemødre i kendt jordemoderordning oplever øget arbejdsglæde og har en langt større indflydelse på eget arbejdsliv¹.

I 2013 er der 16 fødesteder i Danmark, som tilbyder kendt jordemoderordning. I tabel 1 vises oversigt over kendt jordemoderordning i Region Midtjylland.

Tabel 1. Ordninger i Region Midtjylland per 1/10 2013

Fødested	Konsultationssted	Antal ordninger	Hvilke gravide	Opstart
Holstebro	Lemvig/Struer	1	førstegangsfødende*	1/10 2011
	Holstebro	2	førstegangsfødende*	1/10 2011
	Ringkøbing	1	Førstegangsfødende	1/10 2011
Herning	Tarm	1	førstegangsfødende*	1/9 2012
	Ikast	1	førstegangsfødende*	1/9 2012
	Brande	1	førstegangsfødende*	1/9 2012
	Herning	3	førstegangsfødende*	1/9 2012
	Herning	1	"sårbare" gravide (unge, socialt belastede)**	1/9 2012
	Herning	1	gemelli + kvinder med svær fødselsangst	1/10 2011
Hospitalsenheden Vest (Herning) i alt		12 ordninger		
Viborg	Silkeborg	4	Alle gravide (ekskl. gemelli og gravide, der ikke ønsker KJ)	9/9 2013
	Skive	1	En tredjedel af Skives gravide, ligeledes fordelt mellem første og flerstegangsfødende	9/9 2013
	Bjerringbro	1	Alle gravide	9/9 2013
	Møldrup	1	Alle gravide	8/10 2013
Hospitalsenhed Midt (Viborg) i alt		7 ordninger		
Horsens	Skanderborg	3	Geografisk bestemt, dvs. bosiddende i Skanderborg kommune	1/9 2013
	Odder	1		1/9 2013
	Horsens	2		1/9 2013
Hospitalsenheden Horsens i alt		6 ordninger		

¹ <http://www.jordemoderforeningen.dk/>

Aarhus Universitetshospital	Skejby	4	Første- og flergangsfødende indenfor geografisk område (Aarhus Kommune), Fortrinsret for ambulante og hjemmefødende.	1/1 2013
Randers		0		

* Hvis der er plads i ordningen (dvs. <120 førstegangsfødende), 'fyldes op' med flergangsfødende.

** hvis der er plads i ordningen, 'fyldes op' med andre gravide.

1.2 Formål

Projektet har til hensigt at undersøge forudsætninger for samt konsekvenser af indførelse og drift af kendt jordemoderordning i Region Midtjylland. Det er hensigten, at projektet skal afdække mulige kliniske og psykiske effekter af ordningen, fx antal operative indgreb (blandt andet kejsersnit), tryghed, tilfredshed, komplikationer og amning samt belyse organisatoriske og økonomiske konsekvenser ved forskellige modeller for organisering af kendt jordemoderordning i Region Midtjylland. Disse forhold søges vurderet i forhold til subgrupper, fx gravide med angst, førstegangsfødende eller socialt udsatte gravide.

Hensigten med ordningen er at kunne tilbyde gravide kvinder samme jordemoder eller få ud af et team af jordemødre igennem hele graviditetsforløbet, fødsel og efterfødsel med det primære formål at sikre kontinuitet og tryghed i forløbet. Det antages, at den kendte jordemoder i højere grad sikrer ensartet behandling, patientinformation osv. i sammenligning med sædvanlig behandling. Blandt andet størrelsen af teams og intern organisering varierer i de forskellige ordninger og undersøgelser. Således kan kendt jordemoderordning og kendthed ikke defineres entydigt, men må betegnes som en indlejring af ovenstående organisatoriske og behandlingsmæssige elementer i en lokal kontekst. Dette og andre forhold ved kendt jordemoderordning beskrives og forsøges vurderet i forhold til en eventuel indvirkning på effekter samt konsekvenser af ordningen.

1.3 Overordnet metode

Rapportens analyser baseres på nationale og internationale systematiske reviews og nyere primære studier, som ikke er vurderet i forbindelse med en systematisk opsamling. Derudover gennemføres primær dataindsamling via interview. Der er gennemført separat litteratursøgning og -vurdering for hvert af rapportens hovedkapitler. Litteratursøgningen er baseret på en i forvejen opstillet protokol, som findes i bilag 1. Protokollen følges systematisk og tilpasses de enkelte datakilder/databaser. Søgningen er opdelt i tre del søgninger: 1) søgning relateret til effektforhold og tilfredshed, 2) søgning vedrørende organisatoriske forhold og 3) søgning relateret til økonomiske effektforhold. Der er søgt i følgende databaser: PubMed, Embase, Cinahl, PsycInfo, Cochrane Library, International Bibliography of the Social Sciences, JSTOR, Social Service Abstracts, Sociological Abstracts og EconLit. Søgningen er sprogligt afgrænset til engelsk, dansk, norsk og svensk.

Begrebet "kendt jordemoderordning" er ikke et entydigt begreb, og der søges gennem rapporten at afklare og definere begrebet for at afdække centrale og mulige elementer i den organisatoriske model. Denne afklaring har stor betydning for rapportens analyser samt for fortolkning af litteraturen – hvordan udmøntes kendthed, kontinuitet og sammenhæng i ordningen?, hvilke andre forhold er specielle ved ordningen? og hvordan er ordninger opbygget? Herunder ønskes også beskrevet eventuelle karakteristika hos gravide, der inklu-

deres i ordningen. Mulige konsekvenser af kendt jordemoderordning belyses gennem beskrivelse af effektforhold – kliniske som patientoplevede samt organisatoriske og økonomiske konsekvenser. Kendt jordemoderordning vurderes overfor sædvanlig jordemoderpraksis. Projektgruppen diskuterede tidligt i forløbet muligheden for kvantitativ dataindsamling på de regionale fødesteder i forhold til at undersøge tilfredshed/tryghed ved ordningen blandt de gravide. Projektgruppen har vurderet, at det ikke er muligt i denne kontekst at etablere en brugbar kontrolgruppe ved indsamling af data fra målgruppen. Uden en valid kontrolgruppe vil et eventuelt kvantitativt datagrundlag svækkes betydeligt. Isolering af effekterne ved kendt jordemoderordning vanskeliggøres desuden af mange samtidige organisatoriske initiativer, som fx et tiltag som fødsels- og forældreforberedelse. Projektgruppen vurderer, at det kvantitative datagrundlag i tilstrækkelig grad kan etableres via udenlandske studier og til dels resultater fra LUP-undersøgelsen. Resultater bringes i afsnit 2.

1.4 Projektorganisation

1.4.1 Projektgruppe

Projektet gennemføres i et samarbejde mellem projektgruppens medlemmer og projektledelsen, der har til ansvar at sikre, at projektet forløber planmæssigt.

Følgende aktører indgår i projektgruppen:

- Camilla Palmhøj Nielsen, forskningsleder, MTV og Sundhedstjenesteforskning, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- Claus Løvschall, projektleder, MTV og Sundhedstjenesteforskning, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- Ann Fogsgaard, chefjordemoder, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest
- Charlotte Egholm Lyngsø, afdelingsjordemoder, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest
- Karen Marie Nielsen, chefjordemoder, Kvindeafdeling Y, Hospitalsenhed Midt
- Sanne Ravnsbæk, afdelingsjordemoder, Gynækologisk og Obstetrisk Afdeling Y, Skejby
- Viola Bureau, seniorforsker, MTV og Sundhedstjenesteforskning, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- Anne Bach Iversen, fuldmægtig, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
- Pernille Almdal, leder af Sundhedsplejen og projektleder for Familie med Hjerte, Holstebro Kommune
- Rikke Søgaard, sundhedsøkonom, MTV og Sundhedstjenesteforskning, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- Annette Willemoes Holst, forskningsassistent, MTV og Sundhedstjenesteforskning, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- Charlotte Overgaard, adjunkt, ph.d., Aalborg Universitet, har medvirket i udarbejdelse af kapitel 3 – organisatorisk analyse.

Tak til Stina Lou, ph.d.-studerende, MTV og Sundhedstjenesteforskning, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, for medvirken til kvalitetsvurdering af studier.

Litteratursøgning: Psykiatrisk Forskningsbibliotek, Region Midtjylland.

1.4.2 Følgegruppe

Region Midtjyllands fødeplanudvalg udgør følgegruppen. Ved et mundtligt oplæg er projektet præsenteret for gruppen, som efterfølgende har haft mulighed for at kommentere på et udkast til den endelige rapportering.

2 Systematisk litteraturgennemgang

2.1 Hovedkonklusioner

- Der findes moderat evidens for, at antallet af epiduralblokader hos gravide reduceres ved at indgå i en kendt jordemoderordning.
- Med hensyn til kejsersnit er der utilstrækkelig evidens for effekten af kendt jordemoderordning (effektforhold er uafklarede). Resultaterne antyder en tendens mod færre kejsersnit hos gravide, der indgår i en kendt jordemoderordning. 'Lavrisikogravide' synes i højere grad at profitere af ordningen.
- Der findes moderat evidens for, at der ikke kan påvises forskel mellem undersøgelsesgrupper på antal neonatale indlæggelser.
- Der findes begrænset evidens for flere spontane vaginale fødsler og færre igangsætninger blandt gravide i en kendt jordemoderordning. Resultatet bør følges op af yderligere undersøgelser.
- Evidensen omkring andre effektforhold er uklar, dog peger resultaterne mod positiv effekt af kendt jordemoderordning.
- Der findes moderat evidens for øget tilfredshed blandt gravide i en kendt jordemoderordning.

2.2 Indledning

Dette kapitel beskæftiger sig med effekten af at være tilknyttet kendt jordemoderordning. Effekterne omhandler blandt andet forhold som antal operative indgreb, medicinske interventioner, tilfredshed og komplikationer. Der vurderes udelukkende i forhold til de gravide og ikke jordemødrene selv. Den organisatoriske konstruktion "kendt jordemoderordning" sammenlignes med sædvanlig praksis.

2.3 Metode

Kapitlet baseres på en systematisk litteratursøgning og -gennemgang. Opbygningen af kendt jordemoderordning ligger indenfor nogle organisatoriske rammer, hvor relevante kriterier som opbygning af teamet, antal jordemødre i teamet og kontakthold er beskrevet. Det betyder samtidig, at der ikke foreligger nøjagtig afgrænsning af ordningen, hvorfor der søges bredt indenfor området (bilag 1).

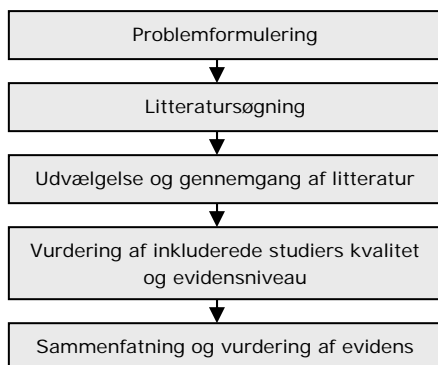
Hensigten med søgningen var at indfange referencer, der beskæftiger sig med disse relevante effektforhold i centrale databaser. De primære overordnede søgetermer er "gravide" og "kendt jordemoderordning".

Det blev vurderet, at mængden af litteraturen var begrænset, og der er derfor ikke lagt nogen tidsmæssig 'bagkant' på søgningen. I litteraturgennemgangen er kvaliteten og aktualiteten af fremkomne studier vurderet (bilag 2).

Studiernes kvalitet er kritisk vurderet på baggrund af tjeklister baseret på "Method of Evaluating Research and Guideline Evidence" (MERGE), som er et system udviklet af New South Wales Department of Health i Sydney i 1996 – oversat og bearbejdet af Sundhedsstyrelsen. Ved kritisk vurdering og opsummering har mindst to personer fra projektgruppen uafhængigt af hinanden vurderet de inkluderede studier. Herefter blev vurderingerne sammenlignet med henblik på eventuelle uoverensstemmelser. Eventuelle uoverensstem-

melser blev løst ved konsensus blandt projektgruppemedlemmerne. Den metodologiske kvalitet af de enkelte studier er opdelt i tre niveauer: høj, moderat og lav kvalitet. Evidensgraden er herefter bedømt på baggrund af kvaliteten af de inkluderede studier, studiedesign, antallet af studier og graden af konsistens mellem studierne konklusioner og resultater (figur 1). Generalisering af evidensen til danske forhold er ligeledes bedømt.

Figur 1. Oversigt over systematisk litteraturgennemgang



Blandt studier inkluderet til gennemlæsning er hovedparten ekskluderet på baggrund af at studiet ikke er kontrolleret, er af dårlig kvalitet, at interventionen ikke er relevant eller at studiet udelukkende anvender kvalitativ metode. De gravides psykosociale omstændigheder og tilfredshed med kendt jordemoderordning søges vurderet via kvantitative studier.

2.4 Resultater

I nedenstående kapitel vurderes kvaliteten, og kliniske effektforhold uddrages af inkluderede studier. Effekten beskrives i forhold til 14 udvalgte effektmål (se tabel 4 og 5). I tabel 2 fremstilles kort interventionstyper, og i tabel 3 skitseres risikogrupper.

Tabel 2. Beskrivelse af interventioner

Intervention	Beskrivelse
Sædvanlig praksis	Beskriver det foreliggende almindelige tilbud i studiet.
Caseload-model (+ partnership caseload)	I disse modeller tildeles jordemoderen et bestemt antal gravide, som hun har ansvaret for. Arbejdet organiseres omkring én jordemoder med 1-3 'backup-jordemødre', eller ved at to jordemødre går sammen om et fælles caseload.
Teammodel	I teammodellen indgår oftest 4-8 jordemødre i et team, som har ansvaret for en gruppe gravide. Kontinuitet er også her central, og der fokuseres på, at den gravide møder kendte jordemødre i forløbet.

Tabel 3. Risikogrupper

Risikogruppe	Beskrivelse
Alle gravide	Her inkluderes gravide kvinder i alle risikogrupper.
Lavrisiko gruppe	Overordnet kendetegnet ved kvinder uden eksisterende medicinske, gynækologiske, arvelige, obstetriske lidelser eller andre forhold (blandt andet psykiske), som kan være forbundet med potentielle problemer under/efter fødsel.
Moderat/højrisikogruppe	Denne gruppe dækker således kvinder med fx tidligere obstetriske komplikationer såsom kejsersnit, svære bristninger, svær blødning efter fødsel eller medicinske lidelser fx hjerte-kar-sygdomme og diabetes mellitus samt psykiske forhold.

Det er ofte svært præcist at vurdere, hvordan en given indsats – kendt jordemoderordning eller sædvanlig praksis – er iværksat. De mere unuancerede beskrivelser, der refereres i dette kapitels inkluderede studier, kan være medvirkende til at forringe overførværdien af studierne resultater. På baggrund af studierne ses det, at mellem 80 og 95 % af kvinderne i interventionsgrupperne møder en kendt jordemoder i graviditetsforløbet/ved fødsel, hvorimod dette kun gør sig gældende hos 0,3 - 14 % i kontrolgrupperne. Tal fra fødestederne i Herning, Skejby og Aalborg (udtræk ved projektgruppen og [5]) viser et gennemsnit for fødende, der føder med kendt jordemoder, på 78 % i Herning, 83 % i Skejby i 2013 og 95 % i Aalborg i 2006. Opgørelserne er sandsynligvis ikke retvisende for den reelle dækning i ordningen, da den fødende kan være blevet passet af sin kendte jordemoder i hele vagten (fx 12 timer hen over natten) uden fødsel. Dette registreres *ikke* som fødsel med kendt jordemoder. Det er ligeledes sandsynligt, at denne situation opstår hyppigere ved ordninger med førstegangsfødende, ligesom det også er sandsynligt, at man hyppigere oplever, at jordemoderen er optaget af en anden fødsel, eftersom fødslerne i denne patientgruppe er længere. Der forekommer således flere grader af kendthed. Før indførelse af kendt jordemoderordning, eller på afdelinger ikke tilknyttet ordningen, fødte henholdsvis 3 % og 1,7 % på fødestederne i Herning og Skejby med deres konsultationsjordemoder (2012-tal). Der tages forbehold for ovenstående opgørelser, der blandt andet er indsamlet via fødeprotokoller.

2.4.1 Kliniske effektforhold

Jævnfør bilag 3 er 17 studier inkluderet, fire engelske, 12 australske og ét Cochrane-review. Der er ikke inkluderet eller fundet danske studier ved søgningen. I 12 studier analyseres på kliniske effektmål, og i fem studier beskrives tilfredshed hos gravide. Der er inkluderet fem RCT'er, fire kohortestudier, to systematiske reviews og et registerstudie (se tabel 4).

I studierne inkluderes alle typer gravide. Hvad angår "kendt jordemoder"-intervention skelnes primært imellem caseload-modeller og teammodeller jævnfør tabel 2.

Table 4. Oversigt over effektforhold ved intervention med kendt jordemoderordning (KJ) sammenlignet med sædvanlig praksis

1. Studie / land / år 2. Design (kvalitet) 3. Målgruppe	Intervention / sammenligning Antal (n)	Effekt mål: Primære (P) [#] Sekundære (S)	Resultater		
			Fordel KJ	Ingen påvist forskel	Fordel sædvanlig praksis
1. The North Staffordshire Changing Child-birth Research Team [14] England, 2000 2. RCT (+) 3. Alle gravide	Caseload, ansatte i primærsektor (2-3 jordemødre i små teams) / sædvanlig praksis n=1.505	P: Spontan vaginal fødsel* S: Vestimulation, epidural [§] S: Sugekop/tang, kejsersnit, neonatal død, neonatal indlæggelse, igangsætning, episiotomi, bristning S: Varighed af fødsel	X	X X	X
1. Tracy et al. [15] Australien, 2013 2. RCT (+) 3. Alle gravide	Caseload (en til en med tre backup-jordemødre) / sædvanlig praksis n=1.748	P: Kejsersnit, sugekop / tang, epidural, Apgar, neonatal indlæggelse P: Bedøvelse S: Igangsætning, spontan vaginal fødsel, amning S: Episiotomi, bristning, neonatal død S: Vestimulation	X X	X X	X
4. McLachlan et al. [16] Australien, 2012 5. RCT (++) 6. Lavrisikogruppe	Caseload (en til en med backup) / sædvanlig praksis n=2.314	P: Kejsersnit S: Spontan vaginal fødsel, epidural, episiotomi, neonatal indlæggelse S: Sugekop/tang, bristning, Apgar, neonatal død	X X	X	
1. Beckmann et al. [17] Australien, 2011 2. Historisk kohortestudie (+) 3. Alle gravide ekskl. Elektivt (planlagt) kejsersnit	Team, ansatte i primærsektor (4 jordemødre i teams) / sædvanlig praksis n=1.545 (15.425)	P: Spontan vaginal fødsel S: Bedøvelse, epidural S: Kejsersnit, bristning, sugekop, igangsætning	X	X X	
1. Benjamin et al. [18] England, 2001 2. Prospektivt kohortestudie (+)	Caseload, ansatte i primærsektor (to jordemødre i hvert team) / sædvanlig praksis n=611	P: Epidural S: Spontan vaginal fødsel, igangsætning, bristning S: Kejsersnit, vestimulation, episiotomi, neonatal død, neonatal indlæggelse, Apgar	X X	X	
1. Biró et al. [19] Australien, 2000 2. RCT (++) 3. Alle gravide. Inklusionsgruppen er dog i større risiko for obstetriske komplikationer end baggrundsbefolkningen	Team (syv jordemødre i teamet) / sædvanlig praksis n=1.000	P: Epidural, episiotomi, igangsætning P: Bedøvelse, spontan vaginal fødsel, kejsersnit, neonatal indlæggelse, Apgar P: Bristning	X	X	X
1. Bai et al. [20] Australien, 2008 2. Historisk kohortestudie (+) 3. Lavrisikogruppe	Hospitalsbaseret caseload-model (antal jordemødre i teamet ikke angivet) / sædvanlig praksis n=1.646 (69.321)	- Kejsersnit - Neonatal død - Episiotomi, bristning, neonatal indlæggelse	X	X	X

Evaluering af kendt jordemoderordning

1. Studie / land / år 2. Design (kvalitet) 3. Målgruppe	Intervention / sammenligning Antal (n)	Effekt mål: Primære (P) [#] Sekundære (S)	Resultater		
			Fordel KJ	Ingen påvist forskel	Fordel sædvanlig praksis
1. Johnson et al. [21] 2. Australien, 2005 3. Registerstudie (+) Lavrisikogruppe	Caseload (to jordemødre i hvert team) / sædvanlig praksis n=1.952	- Igangsætning, spontan vaginal fødsel - Vestimulation, epidural, kejsersnit, tang, episiotomi, Apgar, neonatal indlæggelse - Bedøvelse, bristning	X	X	X
1. Turnbull et al. [22] 2. Australien, 2008 3. Historisk kohortestudie (+) Gravide i alle risikogrupper	Team (seks jordemødre i hvert team) / sædvanlig praksis n=618 (4.166)	- Igangsætning, spontan / assisteret fødsel, epidural, episiotomi / bristning - episiotomi/bristning, neonatal indlæggelse	X	X	
1. Waldenström et al. [23] 2. Australien, 2001 3. RCT (+) Lavrisikogruppe	Team (otte jordemødre i hvert team) / sædvanlig praksis n=935	S** : Vestimulation, igangsætning, bedøvelse, epidural, tang / sugekop, kejsersnit, varighed af fødsel, episiotomi, bristning, neonatal indlæggelse, Apgar, neonatal død		X	
1. Hartz et al. [4] 2. Australien, 2012 3. Systematisk review (+)	KJ (caseload/team) / sædvanlig praksis		X	X	
1. Hatem et al. [24] og Sandall et al. [25] 2. Cochrane-review, 2009 og 2013 3. Systematisk review (++)	KJ (caseload/team) / sædvanlig praksis		X	X	

[#] Mange forskelligartede effekt mål og sekundære effekt mål er typisk mindre veldefinerede, og behandles ofte mere flygtigt end primære effekt mål, hvorved risikoen for tilfældigt signifikante fund øges [26].

* 'Kendt jordemoder' ved fødsel er ikke medtaget som primært effekt mål, da grupperne her ikke er sammenlignelige (der randomiseres på dette "effekt mål").

[§] Nedbringelse af antal epiduralblokeer antages i udgangspunktet som værende fordelagtig for den gravide, hvilket også er fremstillingen i de inkluderede studier. Det bør nævnes, at epiduralblokeer kan være et relevant indgreb under fødsel og således ikke kan opgives som mulig intervention.

** Primære effekt mål i studiet var tilfredshed. Disse resultater er rapportert i tabel 10 (Waldenström et al., 2000).

I tabel 5 fremstilles resultaterne for hvert enkelt effektmål.

Tabel 5. Opsummerede effektforhold på anvendte effektmål i inkluderede studier (systematiske reviews undtaget)

Effektmål	Antal studier	Beskrivelse af effektmål og måleskalaer	Resultater (antal studier der påviser signifikant forskel)		
			Fordel KJ	Ingen påvist forskel	Fordel sædvanlig praksis
Epiduralblokada	9	Lokalbedøvelse af underlivet via kate-ter i nederste del af rygsøjlen	6	3	
Kejsersnit	9	Elektiv eller akut foretaget kirurgisk indgreb til forløsning af barn	2	7	
Neonatal indlæggelse	9	Indlæggelse af det nyfødte barn	1	7	1
Sugekop/tang	6	Sugekop og tang kan benyttes til at assistere vaginal fødsel		6	
Spontan vaginal fødsel	8	Fødsel hvor der ikke anvendes suge- kop, tang, kejsersnit og lign.	5	3	
Vestimulerende midler	5	Benyttes til at fremkalde veer og sæt- te fødslen i gang	1	3	1
Neonatal død	6	Levendefødte børn der dør indenfor 28 dage efter fødsel		6	
Igangsætning	8	Medicinsk igangsættelse af fødsel	5	3	
Episiotomi	10*	Forstørrelse af ydre fødselsåbning ved klip af mellemkødet	3	6	1
Bristning	11*	Større eller mindre bristning af mel- lem kødet under fødsel	3	6	2
Bedøvelse	5	Forskellige former for bedøvelse/ smertestillende midler	2	2	1
Apgar score	6	Det nyfødte barn vurderes på fem kri- terier til vurdering af almentilstand og tildeles en score mellem 0 og 10		6	
Varighed af fødsel	2	Vurdering af varighed af fødsel base- res på tilfældigt inddelte intervaller i 2- 3 grupper		1	1
Amning	1	Amning ved udskrivelse, efter seks uger og seks mdr.	1		

* Turnbull et al. [22] opdeler i risikogrupper, hvor der påvises effekt i lav-/moderat risikogruppe og ingen effekt i højrisikogruppe.

Nedenfor beskrives tre fremtrædende markører for klinisk intervention i forbindelse med fødsel og efterforløb – "epiduralblokada", "kejsersnit" og "neonatal indlæggelse". Desuden samles op på udvalgte variable – særligt "spontan vaginal fødsel", "vestimulerende midler" og "igangsætning".

Kejsersnit

I ni studier benyttes effektmålet 'kejsersnit' – fem RCT-studier og fire kohortestudier. I tre studier angives 'kejsersnit' som primært effektmål [15;16;19] og i tre studier angives ikke, hvorvidt effektmål er primære/sekundære [20-22]. Jævnfør tabel 6 tyder resultaterne på en gavnlige effekt i forhold til antal kejsersnit. Syv ud af otte studier påviser relevant positiv effekt ved intervention, heraf dog kun to signifikante [16;20]. Biró et al. finder relativ risiko

(se ordliste) på 1,36 for kejsersnit i interventionsgruppen (teammodel) ved sammenligning med kontrolgruppen [19] og altså en 36 % forøget risiko for kejsersnit i interventionsgruppen (kendt jordemoderordning). Dette resultat balanceres dog af flere operative vaginale indgreb i kontrolgruppen. Samtidig findes flere elektive (planlagte) kejsersnit i kontrolgruppen, og den samlede relative risiko (RR) for alle kejsersnit kan beregnes til 1,07. Ved sammenligning med baggrundsbefolkningen inkluderer studiet som det eneste udelukkende kvinder med let forhøjet risiko for obstetriske komplikationer. Turnbull et al. fandt derimod reduceret risiko for akut kejsersnit i en højrisikogruppe, dog beregnet på et begrænset materiale [22]. Studiet er belastet af selektionsbias (se ordliste – begrænset sammenlignelighed mellem interventions- og kontrolgruppe) og vurderes til lav kvalitet. McLachlan et al. forklarer deres signifikante resultat (RR: 0,76) med blandt andet en generel forekomst af flere kejsersnit i lavrisikogrupper, hvormed det i højere grad er muligt at reducere antallet af kejsersnit [16]. McLachlan et al. inkluderer alene gravide i lavrisikogruppe. McLachlan et al. bemærker desuden, at den vanskelige (manglende) blinding af jordemødrene samt det faktum, at jordemødrene selv vælger, hvilken gruppe de ønsker at indgå i, kan have påvirket resultatet. Dette inducerer en form for selektionsbias på behandlerens side. McLachlan konkluderer således, at caseload-modellen sandsynligvis kan reducere antallet af kejsersnit hos kvinder i en lavrisikogruppe. I studiet fandtes ingen effektforskelle første- og flergangsfødende imellem. McLachlan-studiet er det studie, som særligt er bygget op omkring caseload-modellen, hvor North Staffordshire-studiet i et caseload-design danner teams på to til tre jordemødre [14]. Waldenström et al. nævner, at effekten her muligvis udvandes af, at en del af de gravide i kontrolgruppen indgik i behandlingsforløb, der var organiseret omkring kontinuitet i forløbet (i forhold til jordemoderen) [23]. Tracy et al. fandt i et netop publiceret RCT-studie ingen forskel i antal kejsersnit mellem gravide, der indgik i henholdsvis caseload-ordning og sædvanlig praksis – oddsratio (OR) = 0,88 [15]. Gravide, der forlods havde planlagt kejsersnit, blev ekskluderet af studiet. Gravide i caseload-ordningen modtog pleje efter fødsel i op til seks uger. Studiet inkluderede gravide i alle risikogrupper. Studiets forfattere konstaterer imidlertid en markant reduktion i antal kejsersnit i begge grupper og antager dette som et resultat af en eventuel Hawthorne-effekt (se ordliste).

Det bemærkes derudover, at effekten i forhold til akutte kejsersnit i flere studier udlignes af forekomsten af elektive kejsersnit [14;16;19;23].

I fire studier vurderes kvaliteten lav, hvilket begrænser anvendelsen af studiernes resultater [18;20-22]. Studierne resultater peger dog i samme retning som hovedparten af studierne (høj grad af konsistens).

Samlet kan der ikke påvises nogen forskel i antal kejsersnit ved at indgå i kendt jordemoderordning i forhold til sædvanlig praksis. De inkluderede systematiske reviews når frem til samme konklusion [4;24;25]. Trods manglende signifikans peger de samlede resultater dog på, at en ordning med kendt jordemoder muligvis kan reducere antallet af akutte kejsersnit, særligt blandt gravide i en lavrisikogruppe. Resultatet synes at være betinget af interventionsmodellen og målgruppen. Antallet af vaginale operative indgreb og elektive kejsersnit bør ligeledes inddrages i en samlet vurdering. Studierne (interventionerne) er temmelig heterogene, blandt andet hvad angår antal jordemødre i teams, interventionsformer

og varighed samt kontinuitet. Dette er en naturlig følge af blandt andet kontinuitetsbegrebets kompleksitet, hvilket diskuteres i organisationsafsnittet.

Tabel 6. Effektforhold vedrørende effektmålet "kejsersnit"

Effektmål	Studie	Fordel KJ	Ingen påvist forskel	Fordel sædvanlig praksis	Effekt KJ/sædvanlig praksis
Kejsersnit	The North Staffordshire Changing Child-birth Research Team RCT (+). Alle gravide. n=1.505.		X		RR: 0,78 (akutte) RR: 1,02 (alle)
	Tracy et al. RCT (+). Alle gravide. n=1.748		X (P)		OR: 0,88 (akutte) (CI: 0,70 - 1,10) (p=0,26) OR: 1,05 (alle)
	McLachlan et al. RCT (++). Lavrisikogruppe. n=2.314.	X (P)			RR: 0,76 (akutte) (CI: 0,64 - 0,90) (p=0,002) RR: 0,78 (alle [#])
	Beckmann et al. Kohortestudie (+). Alle gravide. n=1545.		X		OR: 0,89 (akutte) * (CI: 0,74-1,06) (p=0,193)
	Benjamin et al. Kohortestudie (+). Alle gravide. n=611.		X		OR: 0,75 (CI: 0,49-1,15) (p=0,186)
	Biró et al. RCT (++). Alle gravide Inklusionsgruppen er dog i større risiko for obstetriske komplikationer end baggrundsbe-folkningen. n=1.000.			X (P)	RR: 1,36 (akutte) RR: 1,07 (alle)
	Bai et al. Kohortestudie (+). Lavrisikogruppe. n=1.646.	X			OR: 0,84 (akutte) OR: 0,58 (CI: 0,46 - 0,73) (alle) (p<0,001)
	Turnbull et al. Historisk kohortestudie (+). Opdelt i risikogrupper. n=618 (4.166)			X	OR: 0,77 (akutte) OR: 0,46 (alle)
	Waldenström et al. RCT (+). Lavrisikogruppe. n=935			X	OR: 0,82 (akutte) (CI: 0,52-1,29) RR: 1,00 (alle)

(P) angiver at effektmålet er det primære effektmål. I McLachlan-studiet er kejsersnit eneste primære effektmål, mens det i Biró-studiet er ét ud af ti primære effektmål.

[#] Både elektive og akutte kejsersnit.

* Elektive kejsersnit er ekskluderet fra studiet.

CI = konfidensinterval (se ordliste).

p = p-værdi (se ordliste).

Epiduralblokada

I fem RCT-studier, tre kohortestudier og et registerstudie undersøges effektforhold af kendt jordemoderordning vedrørende epiduralblokada, og her findes samlet klinisk relevant positiv effekt af kendt jordemoderordning. Resultatet genfindes i de systematiske re-

views af Hartz et al., Hatem et al. og Sandall et al. [4;24;25]. I tre studier findes ikke signifikant forskel mellem grupperne [15;21;23], men resultaterne er i to af tre studier konsistente med den resterende evidens [21;23]. Oddsratier og relativ risiko (se ordliste) varierer fra 0,34 til 1,06 og markerer væsentlige forskelle mellem interventionsgrupperne og kontrolgrupperne. Effekten findes i alle opstillede risikogrupper og blandt første- og flergangsfødende [16], dog primært blandt flergangsfødende i et lavkvalitetsstudie af Johnson et al. [21]. McLachlan et al. forklarer den lavere andel af epiduralblokader med jordemødrenes opfattelse af, hvad et normalt fødselsforløb indbefatter [16], en vurdering der deles af Biró et al. [19], samt at gravide føler sig mere trygge i en kendt jordemoderordning (og dermed ikke har behov for epiduralblokade). Beckmann fandt at anvendelse af epiduralblokade var negativ prædiktor for spontan vaginal fødsel, sandsynligvis grundet kliniske omstændigheder (større risiko for komplikationer) mere end selve epiduralblokaden [17]. Tracy et al. finder ingen forskel mellem grupperne, hvilket muligvis kan forklares ved at knap 18 % af de gravide i standardbehandling ikke modtog den behandling, hvortil de var allokeret, og heraf krydsede 7,4 % over til caseload-behandling, hvorimod det modsatte kun gjorde sig gældende hos 2 % af patienterne i standardbehandling [15]. Førnævnte Hawthorne-effekt har muligvis også spillet ind her. I tre studier er epiduralblokade valgt som primært effekt mål [15;18;19]. Benjamin et al. begrundet dette valg med, at en epiduralblokade er en markant medicinsk intervention i et graviditetsforløb [18]. Studiet er imidlertid belastet af metodiske problemer, blandt andet var der ikke mulighed for epiduralblokade ved fx hjemmefødsel, hvorfor effektforhold i forhold til epiduralblokade er fejlbehæftede, hvilket begrænser anvendelsen af resultaterne.

Waldenström et al. diskuterer antallet af jordemødre (syv) i teamet som en årsag til udeblivende effekt af interventionen, samt at teams også varetog behandling af kvinder udenfor teams [23].

Tabel 7. Effektforhold vedrørende effektmålet "epiduralblokade"

Effektmål	Studie	Fordel KJ	Ingen påvist forskel	Fordel sædvanlig praksis	Effekt KJ/sædvanlig praksis
Epiduralblokade	The North Staffordshire Changing Childbirth Research Team RCT (+) Alle gravide n=1.505	X			RR: 0,69 (p=0,01)
	Tracy et al. RCT (+) Alle gravide n=1.748		X (P)		OR: 1,06 (CI: 0,87-1,29) (p=0,54)
	McLachlan et al. RCT (++) Lavrisikogruppe n=2.314	X			RR: 0,88 (CI: 0,79 - 0,996) (p=0,04)
	Beckmann et al. Kohortestudie (+) Alle gravide n=1.545	X			OR: 0,34 (CI: 0,30 - 0,37) (p<0,001)
	Benjamin et al. Kohortestudie (÷) Alle gravide n=611.	X (P)			OR: 0,56 (CI: 0,39 - 0,81) (p=0,002)
	Biró et al. RCT (++) Alle gravide. Inklusionsgruppen er dog i større risiko for obstetriske komplikationer end baggrundsbeholdningen n=1.000.	X (P)			OR: 0,65 (CI: 0,47 - 0,90)
	Johnson et al. Registerstudie (÷) Lavrisikogruppe n=1.952		X		OR: 0,91
	Turnbull et al. Historisk kohortestudie (÷) Opdelt i risikogruppe n=618 (4.166)	X			RR: 0,52 (p<0,001)
	Waldenström et al. RCT (+). Lavrisikogruppe n=935.		X		OR: 0,93 (CI: 0,7 - 1,24)

(P) angiver at effektmålet er det primære effektmål.

CI = konfidensinterval (se ordliste).

p = p-værdi (se ordliste).

Neonatal indlæggelse

"Neonatal indlæggelse" er udvalgt som en væsentlig klinisk markør i forhold til eventuelle risici forbundet med at indgå i alternative ordninger. Overordnet betragtet findes ingen signifikant forskel mellem kendt jordemoderordning og sædvanlig praksis. Hartz et al. når frem til samme konklusion [4]. Effektstørrelsen i studierne er begrænset, og resultaterne er inkonsistente. Bai et al. finder en signifikant forskel til fordel for sædvanlig praksis, som studiets forfattere ikke umiddelbart kan forklare [20]. Det diskuteres dog, hvorvidt ønsket om en naturlig vaginal fødsel i interventionsgruppen kan have forårsaget det ringere neo-

natale outcome. Modsat konstaterer McLachlan et al. at færre børn i interventionsgruppen indlægges, hvilket ikke diskuteres yderligere i studiet [16].

Tabel 8. Effektforhold vedrørende effektmålet "Neonatal indlæggelse"

Effektmål	Studie	Fordel KJ	Ingen påvist forskel	Fordel sædvanlig praksis	Effekt KJ/sædvanlig praksis	
Neonatal indlæggelse	The North Staffordshire Changing Childbirth Research Team RCT (+). Alle gravide n=1.505		X		RD: 1,2 % (p=0,34)	
	Tracy et al. RCT (+). Alle gravide n=1.748		X (P)		OR: 0,87 (CI: 0,65 - 1,17) (p=0,36)	
	McLachlan et al. RCT (++). Lavrisikogruppe n=2.314	X			RR: 0,63 (CI: 0,44 - 0,90) (p=0,01)	
	Beckmann et al. Kohortestudie (+). Alle gravide n=1.545		X		OR: 1,02 (CI: 0,47 - 2,48) (p=0,97)	
	Biró et al. RCT (++). Alle gravide. Inklusionsgruppen er dog i større risiko for obstetriske komplikationer end baggrundsbefolkningen n=1.000		X		OR: 0,97 (CI: 0,69 - 1,37)	
	Bai et al. Kohortestudie (+). Lavrisikogruppe n=1.646				X	OR: 1,4 (CI: 1,18 - 1,67)
	Johnson et al. Registerstudie (+). Lavrisikogruppe n=1.952			X		OR: 1,18 (CI: 0,79 - 1,76)
	Turnbull et al. Historisk kohortestudie (+). Opdelt i risikogrupper n=618 (4.166)			X		RD: -4,7 %
	Waldenström et al. RCT (+). Lavrisikogruppe n=935			X		OR: 1,4 (CI: 0,87 - 2,26)

RD: risikodifference – den absolutte forskel i risiko mellem to grupper.

(P) angiver at effektmålet er det primære effektmål.

CI = konfidensinterval (se ordliste).

p = p-værdi (se ordliste).

Hvad angår sikkerhed ved de forskellige ordninger, peger ovenstående resultater på (tabel 4 og 8), at der ikke er øget risiko ved kendt jordemoderordning i forhold til alternative ordninger/sædvanlig praksis. Relevante effektmål som neonatal indlæggelse og død samt Apgar score er således både statistisk og klinisk insignifikante.

Nedenfor beskrives kort yderligere to markører som primært falder ud til fordel for kendt jordemoderordning. Resterende effektmål er samlet set insignifikante og peger hverken i retning af kendt jordemoderordning eller sædvanlig praksis.

Ikke overraskende gennemfører flere kvinder i kendt jordemoderordning gennemsnitligt flere spontane vaginale fødsler. I studierne af Benjamin et al., Johnson et al. og Turnbull et al. er der dog problemer med sammenlignelighed af grupperne [18;21;22], og Turnbull et al. bemærker, at forskellen mellem grupperne primært skyldes den større andel af elektive kejsersnit i kontrolgruppen [22]. I studiet af McLachlan et al. forklares forskellen med den større andel af akutte kejsersnit i kontrolgruppen [16]. Resultatet fra systematiske reviews er inkonklusiv, dog tenderende mod kendt jordemoderordning, men de kliniske effekter er spinkle [4;24;25].

Igangsætning ('induction') må med omvendt fortegn forventeligt korrelere med spontan vaginal fødsel [15;18;19;21;22]. Fraset studiet af Waldenström et al., som ikke finder nogen effektforskel på dette parameter [23], peger alle studier i retning af færre igangsatte fødsler under kendt jordemoderordning.

Tabel 9. Effektforhold vedrørende effektmålene "spontan vaginal fødsel" og "igangsætning"

Studie	Effekt KJ/sædvanlig praksis	
	Spontan vaginal fødsel*	Igangsætning
The North Staffordshire Changing Childbirth Research Team	RR: 0,95	RR: 0,96
Tracy et al.	OR: 1,33 (sig.)	OR: 0,79 (sig.)
McLachlan et al.	RR: 1,13 (sig.)	
Beckmann et al.	RR: 1,02	OR: 0,91
Benjamin et al.	OR: 1,45 (sig.)	OR: 0,66 (sig.)
Biró et al.	OR: 1,14	OR: 0,66 (sig.)
Bai et al.		
Johnson et al.	OR: 1,29 (sig.)	OR: 0,70 (sig.)
Turnbull et al.	OR: 2,32 (sig.)	OR: 0,54 (sig.)
Waldenström et al.		OR: 1,03

* RR og OR >1 er udtryk for flere spontane fødsler i KJ.
sig. = signifikant forskel.

Amning som effektmål er kun medtaget i studiet af Tracy et al., som finder, at signifikant flere kvinder ammer ved udskrivelse, efter seks uger og efter seks måneder [15]. Det er kun i mindre grad muligt at overføre disse resultater til danske forhold, da interventionen med seks ugers opfølgende kontakt/pleje ikke er sammenlignelig med danske forhold. Opfølgning vedrørende amning varetages i Danmark af den kommunale sundhedspleje.

Tilfredshed

Tilfredshed med kendt jordemoderordning beskrives primært via fem inkluderede studier.

Tabel 10. Oversigt over effektmålet "tilfredshed" ved intervention med kendt jordemoderordning sammenlignet med sædvanlig praksis

1. Studie/land/år 2. Design (kvalitet)	Intervention / sammenligning	Effektmål	Resultater		
			Fordel KJ	Ingen påvist forskel	Fordel sædvanlig praksis
1. Biró et al. [27], Australien, 2003 2. RCT (++)	Team (syv jordemødre i teamet) / sædvanlig praksis	Tilfredshed (gravide)	X		
1. Farquhar et al. [8], England, 2000 2. Spørgeskemaundersøgelse (+)	Team (op til otte jordemødre i teamet) / sædvanlig praksis	Tilfredshed (gravide)		X	(X)*
1. Hart et al. [28], England, 1999 2. Spørgeskemaundersøgelse (+)	Team (seks jordemødre i teamet) / sædvanlig praksis	Tilfredshed (gravide)	X	X	
1. Johnson et al. [29], Australien, 2003 2. Spørgeskemaundersøgelse (+)	Caseload (to jordemødre i hvert team) / sædvanlig praksis	Tilfredshed (gravide)	X		
1. Waldenström et al. [10], Australien, 2000 2. RCT (+)	Team (otte jordemødre i hvert team) / sædvanlig praksis	Tilfredshed (gravide)	X	(X)	

* Resultatet er baseret på en gruppe af gravide, som ikke kan sammenlignes med interventionsgruppen. Den logistiske regressionsanalyse er ikke beskrevet i detaljer og kan dermed ikke bidrage til konklusionen.

Farquhar et al. finder, som det eneste studie, en forskel mellem grupperne til fordel for sædvanlig praksis [8]. Sammenligningsgrundlaget til interventionsgruppen er imidlertid en gruppe gravide, som blandt andet har højere uddannelse end interventionsgruppen, og som på andre parametre ikke er sammenlignelige. Farquhar et al. konstaterer selv, at demografiske forskelle mellem undersøgelsesgrupperne kan have haft betydning for undersøgelsens udfald. Farquhar-studiet, som vurderes af lav kvalitet, finder derudover ingen forskelle mellem grupperne. Hart et al. finder, at gravide er signifikant mere tilfredse i den postnatale fase, men ikke i de andre faser af forløbet [28]. Det er dog vanskeligt at finde præcise oplysninger om de anvendte spørgeskemaer samt analyse og resultater, og studiet vurderes af lav kvalitet. Studierne af Biró et al. og Johnson et al. falder signifikant ud til fordel for kendt jordemoderordning [27;29], hvilket overordnet set også gør sig gældende for studiet af Waldenström et al. [10] Tilfredsheden med kendt jordemoderordning og evnen til at skabe kontinuitet i ordningen understøttes af et australsk og et norsk kvalitativt studie, og særligt kontinuitet i plejen og let adgang til jordemoder fremhæves som faktorer, der har betydning for den gravides tilfredshed og tryghed [30;31].

2.4.2 Vurdering af studiers kvalitet og overføringsværdi

21,2 % af alle fødsler i 2012 i Danmark² blev gennemført ved kejsersnit – en forøgelse på knap 40 % over en 15-årig periode. Australske og engelske opgørelser rapporterer om cirka 30 % fødsler ved kejsersnit med lignende tilvækst. En større andel kejsersnit medfører et mere påvirkeligt effektmål (her i Australien og England), mens tilvæksten i effektmålet i både Danmark, England og Australien muliggør en reduktion i brugen af kejsersnit. Ved

² <http://www.ssi.dk/>

knap 23 % af fødslerne i 2012 blev der givet epiduralblokade. Brugen af epiduralblokade er ligeledes steget markant over en årrække, hvilket danner afsæt for mulige reduktioner her. Omfang og tilvækst i disse centrale effektmål er nogenlunde sammenlignelige mellem landene og muliggør tilsvarende eventuelle reduktioner i en dansk kontekst.

Flere studier har problemer med selektionsbias [21;22]. Skævheden i fordelingen af gravide og påfølgende forskelle i patientkarakteristika kan føre til en uensartet repræsentation af de gravide, der indgår i undersøgelsen. Forskelle i effekt kan være båret af større motivation og modtagelighed blandt kvinder, der aktivt vælger kendt jordemoderordning. Desuden er det muligt, at sundhedspersonalet i kohortestudierne uforvarende fordeler de gravide skævt til de forskellige interventioner [4].

I litteraturanalysen er der primært anvendt engelske og australske studier og artikler, hvor kendt jordemoderordning, caseload- eller teamordninger er sammenlignet med traditionel jordemoderorganisering. Der er dog visse problematikker ved anvendelsen af disse studier, da overføringsværdien er nedsat på grund af en anderledes organisering af svangreomsorgen. I Danmark har Sundhedsstyrelsen fastsat antal konsultationer hos henholdsvis praksislæge og jordemoder. Desuden tilbydes to ultralydsskanninger. Obstetriker involveres kun på indikation.

I England er den traditionelle organisering, at de gravide kan vælge at konsultere praksislæge og obstetriker under graviditeten eller gå til kontroller hos kommunalt ansatte jordemødre, som arbejder lokalt og oftest har konsultation i et nærliggende lægehus. De kommunalt ansatte jordemødre varetager omsorgen for de gravide og barselskvinderne de første ti dage efter fødslen, og kun selve fødslen i tilfælde af at det er en planlagt hjemmefødsel. Cirka tre procent føder hjemme i England. Resten føder henholdsvis på obstetriske afdelinger eller på jordemoderledede fødeklinikker, som enten er tilknyttet et sygehus eller er 'free-standing'. Kendt jordemoderordning i England blev opstartet i forbindelse med indførelsen af "Changing Childbirth" i 1990'erne, hvor én af ti parametre var, at mindst 75 % skulle kende deres fødselshjælper på forhånd [14]. Ordningerne er fortsat eksisterende i England, dog ikke væsentligt udbredt.

De to engelske studier i litteraturanalysen [14;18] bygger på knap 20 år gammelt datamateriale i forhold til kliniske effektmål som fødselsmåde, igangsætning og anvendelse af smertestillende. Udviklingen indenfor netop disse parametre har været betydelig og derfor essentiel for sammenligningsværdien. Til gengæld er de australske undersøgelser stort set alle af nyere dato, og de kan dermed i højere grad nemmere anvendes til sammenligning af kliniske effektmål.

I Australien har de gravide ligeledes mulighed for at vælge svangreomsorg, varetaget af enten jordemødre, praksislæger med speciale i obstetrik eller obstetriker. Fødslerne kan ligeså foregå henholdsvis i hjemmet, på fødeklinikker eller obstetriske afdelinger.

I flere kvantitative studier fra Australien [20;23] er designet bygget op omkring en sammenligning mellem henholdsvis jordemoder- og lægeledet graviditet og fødselsforløb, hvilket gør sammenligningsværdien ringere i forhold til vurdering af kendt jordemoderordning i Danmark. Størst sammenligningsværdi har McLachlan's randomiserede undersøgelse fra

2012 [16], hvor metoden specifikt er at undersøge effekten af kendt jordemoderordning med én kendt jordemoder med backup. Dog bygger denne undersøgelse kun på 'lavrisikogravide', hvilket der ikke differentieres mellem i danske kendt jordemoderordning. Ni ud af 12 studier omkring kliniske effektmål er australske.

2.5 Kapitelsammenfatning

I dette kapitel er redegjort for den systematiske litteratursøgning og -gennemgang af kvantitative studier vedrørende effekten hos gravide af at indgå i kendt jordemoderordning i forbindelse med graviditet, fødsel og efterfødsel. Der er inkluderet 17 kvantitative studier af både lav, moderat og høj kvalitet. Overføringsværdien af studierne resultater til danske forhold er vurderet, og de væsentligste forbehold relaterer sig til organiseringen af barselsforløb, særligt i en engelsk kontekst, hvor praktiserende læge i primærsektor i højere grad end i Danmark er omdrejningspunktet for barselsforløbet. Den nye intervention – kendt jordemoderordning – er dermed formentlig længere væk fra sædvanlig praksis i England, end vi vil kunne observere i Danmark. Det skal samtidig bemærkes, at interventionerne er uensartede, hvilket blandt andet afspejler nødvendigheden af at tilpasse et organisatorisk koncept ind i en klinisk dagligdag. Organisationskapitlet beskriver denne problemstilling nærmere. I studier omhandlende kliniske effektmål er interventionen i fire studier baseret på en teammodel (jf. tabel 2) og i otte studier baseret på en caseload-model. I fire ud af fem studier, der vurderer på tilfredshed, er interventionen baseret på en teammodel. Den danske model for kendt jordemoderordning baseres på en caseload-model. Det er ikke umiddelbart på baggrund af litteraturen muligt at udlede nogen sammenhæng mellem interventionstype og resultater.

Samlet vurderes det, at studierne resultater med rimelighed kan overføres til danske forhold, ikke mindst fordi hovedparten udgår fra Australien, hvor svangreomsorgen i modsætning til England er mere lig danske forhold. Ovenstående vedrører udelukkende organiseringen af svangreomsorgen. Endelig skal det nævnes, at der i flere studier savnes mere uddybende beskrivelser af interventioner og alternativer. Andre forhold, som vedrører patientgruppe, aktører og andet, forventes ikke i større omfang at påvirke overføringsværdien.

Der findes moderat evidens for, at antallet af epiduralblokader reduceres i en kendt jordemoderordning, og at antal neonatale indlæggelser ikke påvirkes til fordel for hverken kendt jordemoderordning eller sædvanlig praksis. Vedrørende kejsersnit er evidensen mere uklar, dog antyder resultatet en retning mod færre kejsersnit i kendt jordemoderordning – særligt 'lavrisikogravide' synes at profitere af ordningen. Der ses desuden et større antal spontane vaginale fødsler i gruppen af gravide i en kendt jordemoderordning, om end evidensen ikke er klar på området.

Evidensen omkring andre effektmål er mindre klar, dog peger resultaterne mod positiv effekt af kendt jordemoderordning, hvilket ligeledes fremgår af de systematiske reviews af Hartz et al., Sandall et al. og Hatem et al. [4;24;25]. Kun få studier beskæftiger sig med forskelle første- og flergangsfødende imellem, og der er ikke fundet relevante forskelle mellem disse grupper. Det formodes, at indsatsen i særdeleshed overfor førstegangsfødende er betydningsfuld, da gruppen har andre og flere behov end flergangsfødende, samt at en god førstefødselsoplevelse kan indvirke positivt på senere fødsler.

Hvad angår tilfredshed blandt gravide, viser de inkluderede studier, at denne påvirkes i positiv retning (moderat evidens). Der er ikke fundet danske studier i et kontrolleret design, der beskæftiger sig med tilfredshed indenfor denne patientgruppe. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er en tilbagevendende tilfredshedsundersøgelse, som i 2012 [7] undersøgte kvinders oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Det er muligt at sammenligne fødesteders resultater internt i regionerne og mellem regioner samt med landsgennemsnittet. Et iøjnefaldende resultat fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2012 er de høje tilfredshedsscorer fra Hospitalsenheden Vest (Holstebro), som i 2011 indførte kendt jordemoderordning som tilbud til hovedparten af de gravide. Det skal bemærkes, at undersøgelsen ikke inkluderer en egentlig kontrolgruppe, og at resultatet kan være påvirket af andre faktorer end kendt jordemoderordning. Dog taler resultatet for, at ordningen har haft betydning for resultatet af tilfredshedsundersøgelsen, hvilket understøttes af forannævnte resultat fra litteraturgennemgangen.

3 Organisatorisk analyse

3.1 Hovedkonklusioner

- Selvom parallelle sundhedspolitiske og organisatoriske forandringer formelt er isolerede tiltag, spiller de i praksis tæt sammen med implementering af kendt jordemoderordning. Eksempler herpå er indførelsen af efterfødselspakker og større organisatoriske omstruktureringer.
- Implementeringsprocessen påvirkes af andelen af fødsler i kendt jordemoderordning i forhold til sædvanlig praksis. Pilotprojekter med deres egen finansiering har nemmere ved at blive et positivt tilvalg, mens ordninger som finansieres af vagtlag fra det faste beredskab har sværere forudsætninger.
- Kendt jordemoderordnings målgruppe har indflydelse på, hvordan ordningen udfoldes i praksis. Ordninger, som udelukkende fokuserer på førstegangsfødende, opleves mere belastende for jordemødrene end ordninger med en blanding af første- og flergangsfødende.
- Kendt jordemoderordning drives af jordemødrenes delte ønske om både uafhængighed og faste rammer i arbejdet; det stiller store krav til jordemødrene og ledelsen at håndtere begge dele på en gang.

3.2 Indledning

En kendt jordemoderordnings organisering er velbeskrevet i litteraturen, mens der ikke findes så meget viden omkring selve implementeringsprocessen [32]. Samtidig er det vigtigt at have godt kendskab til den specifikke organisatoriske proces og kontekst, som er med til at støtte de organisatoriske ændringer, som indførelsen af kendt jordemoderordning medfører. Fx finder et studie i en region i Australien [33], at organisatoriske strukturer er centrale for at implementere ordninger og kan både fremme og besværliggøre processen. Det gælder især selve teamene af jordemødre, og studiet fremhæver betydningen af ledelsesmæssig støtte samt faglige udviklings- og teambuildingaktiviteter for at fremme relationerne i teamet. Derudover viser indførelsen af en ordning i et urbant område i Australien, at relationerne mellem jordemødrene og andre fagprofessioner er en vigtig del af implementeringsprocessen [34]. Disse relationer skal derfor også adresseres eksplicit, for at kendt jordemoderordning kan implementeres på en succesrig måde [35]. I en dansk kontekst har implementeringsprocessen også stor betydning, da det er her, jordemødrenes støtte omkring ordningen bygges op og plejes. Denne støtte er afgørende, da deltagelse i en kendt jordemoderordning skal være frivillig, i og med det repræsenterer en radikal ændring af arbejdsmarkedsaftaler. Det er også derfor, de uformelle processer blandt jordemødrene/i teams har betydelig indflydelse på, hvordan ordningerne organiseres.

Den foreliggende organisationsanalyse ser derfor nærmere på selve implementeringsprocessen.

Kendt jordemoderordning som organisatorisk forandring

Implementeringsprocesser kan være meget forskelligartede, og det afspejler blandt andet den specifikke organisatoriske forandring og dens kendetegn [36]. Kendt jordemoderordning kan karakteriseres som en kompleks intervention: den består af forskellige komponenter, som afhænger af hinanden, og dens implementering bliver i høj grad afhængig af

lokale kontekster [37]. Som det udfoldes nærmere nedenfor, betyder det for kendt jordemoderordning fx: at der er mange lokale variationer af ordningen; at ordningen i høj grad præges af relaterede sundhedspolitiske og organisatoriske tiltag; at ordningen også berører andre sundhedsprofessionelles arbejde; og at ordningen stiller høje krav til jordemødrene/ledelsen til at håndtere både autonomi og faste rammer.

For den grundlæggende organisering af kendt jordemoderordning er begrebet 'kontinuitet' (eller 'kendthed' i en dansk kontekst) helt centralt [38]. Den bagvedliggende idé er, at der skabes større sammenhæng mellem behandlingen før, under og efter fødslen, i og med at kvinder kun møder et begrænset antal jordemødre. Graden af kontinuitet kan dog variere, afhængigt af præcis hvor mange kendte jordemødre kvinderne møder. I den danske sammenhæng er den såkaldte 'caseload midwifery'-model især relevant, hvor kontinuiteten knyttes til den enkelte fagperson [32]. Her er der typisk en enkelt jordemoder, som har ansvaret for et bestemt antal kvinder, og som tager sig af såvel selve svangreomsorgen som relaterede planlægningsopgaver. Organiseringen har fokus på den enkelte kvinde snarere end en bestemt lokalitet, og jordemoderen bliver kvindens primære omsorgsperson [39]. I den internationale litteratur beskrives 'caseload midwifery' ofte som følgende [39;40]: de enkelte jordemødre har en caseload på omkring 40 kvinder om året; jordemødrene arbejder i mindre teams på to til tre for at dække hinanden ind; teamet byder på gensidig opbakning og faglig sparring; og jordemødre planlægger selv deres ferie.

Der findes mange forskellige lokale modeller af kendt jordemoderordning. Variationerne skyldes en række mere specifikke interne organisatoriske forhold. Waldenström et al. [10] nævner følgende punkter:

1. Om ordningen dækker en bestemt fase (før/under/efter fødslen) eller alle faser
2. Om ordningen henvender sig til kvinder med lav eller høj risiko
3. Ordningens placering i sundhedsvæsenet
4. Antallet af kvinder som benytter ordningen på årsbasis
5. Organisering af on-call-tilbuddet (telefonisk kontakt).

Afhængig af den lokale model af kendt jordemoderordning og sundhedsvæsenets overordnede organisering berører kendt jordemoderordning også samarbejdet med andre sundhedsprofessionelle på forskellig vis. Derfor kan jordemødre i det faste beredskab, obstetrikere, sundhedsplejersker og de praktiserede læger have betydning for implementering af kendt jordemoderordning. Det understreges af studier, som undersøger andre sundhedsprofessionelles holdninger til kendt jordemoderordning [35;41-43]. De viser, at mens de praktiserende læger og sundhedsplejersker i princippet synes godt om ordningen, er de bekymrede over mangelfuld kommunikation og over kontinuitet i henholdsvis før- og efterfødselsomsorg.

Men der er en del udfordringer forbundet med at tilrettelægge jordemødrenes arbejde i kendt jordemoderordning. Den internationale litteratur nævner især stress [40;44]. For jordemødre kan det være krævende at være på kald i lange perioder og på skæve tidspunkter; det kan også gøre det svært at forene arbejdet med privatlivet. Udfordringerne er alvorlige og den internationale litteratur viser, at jordemødrenes manglende tilfredshed er den hyppigste grund til at en kendt jordemoderordning ikke forsættes [32]. Samtidig fandt et studie fra England [39], at især tre faktorer gjorde kendt jordemoderordning bæredygtig: faglig autonomi, social støtte og meningsfyldte forhold til kvinderne.

Analytisk ramme

Organisationsstudiet sætter fokus på implementeringsprocessen, dvs. hvordan en kendt jordemoderordning implementeres, hvilke udfordringer der opstår, og hvordan de håndteres. For at tage højde for ordningens organisatoriske kompleksitet inddrages den nyere internationale litteratur om organisatoriske forandringer i sundhedsvæsenet, som fremhæver betydningen af lokale kontekster [45-47]. Her skelnes der mellem aktører, processer og selve organisationen [47].

De sundhedsprofessionelle og deres ledelse er centrale aktører i implementering af organisatoriske forandringer i sundhedsvæsenet [48]: igennem deres praksis afprøver jordemødrene ordningen, tilpasser den og gør den i sidste ende til en rutine; her understøttes jordemødre på forskellig vis af ledelsen. Kendt jordemoderordning bygger på en høj grad af professionel autonomi, og derfor er det afgørende, at ordningen giver mening for jordemødrene [49].

Processen for organisatorisk forandring kan defineres som den sociale organisering af, hvordan en ny arbejdsform som kendt jordemoderordning bliver til praksis [50]. Det er ofte en iterativ proces, som omhandler, hvordan den organisatoriske forandring indføres og gøres til en rutine [51;52]. Derudover omfatter processen såvel formelle elementer, som fx ledelsesstøtte og skriftlig vejledning, som uformelle elementer, hvorved de sundhedsprofessionelle fortolker den organisatoriske forandring som del af deres praksis.

Den organisatoriske forandrings aktører og processer er indlejret i selve organisationen, nemlig det enkelte sygehus, hvor kendt jordemoderordning indføres, og ordningens omverden, fx regionens og statens sundhedspolitiske tiltag, eksempelvis sammenlægning af sygehuse og indførelsen af efterfødselspakker [46].

Undersøgelsesspørgsmål

Med udgangspunkt i den analytiske model fokuserer organisationsstudiet på tre overordnede dele og tilsvarende spørgsmål.

1. Den lokale model
Hvordan er den lokale model planlagt ved ordningens opstart?
2. Indførelsen
Hvordan bliver den lokale model indført?
3. Udfoldelsen
Hvordan udfoldes den lokale model i praksis?

3.3 Metode

Caseudvælgelse

Organisationsstudiet ser på erfaringerne indenfor det første år, da det ofte er her, de centrale beslutninger omkring den lokale model af kendt jordemoderordning og dens implementering bliver truffet [49]. Mere specifikt inddrages tre sygehuse (fødeafsnit), nemlig Skejby, Horsens og Herning, som alle i 2012/13 har indført kendt jordemoderordning; udvælgelsen foregik på basis af de ordninger som fandtes på dette tidspunkt. Også størrelsen af caseloads er næsten ens: i alle tre sygehuse skal hvert team tage sig af 140 gravide per

år, hvis det omfatter både første- og flergangsfødende, og mellem 120 og 125 gravide per år, hvis det kun er førstegangsfødende.

Samtidig er der interessante forskelle mellem sygehusenes lokale kontekst, og her var idéen at maksimere variationen for at give et indtryk af spændevidden af forskelle. For det første er der variation i de lokale ordningers skala. I Horsens er ordningen anlagt som et pilotprojekt, som kører i 16 måneder og som omfatter to teams. Der er afsat ekstra penge til ordningen, som bliver til et 'ekstra tilbud', der ikke berører vagtlag i det faste beredskab. I Herning er der oprettet syv teams i alt, og et vagtlag er taget ud af det faste beredskab. Det samme gælder Skejby, hvor der kun dannes fire teams.

For det tredje, har de lokale ordninger forskellige målgrupper, som kan have indflydelse på ordningernes interne organisering og de udfordringer, der opstår i implementeringsprocessen. Ordninger med geografisk fokus (Horsens/Skejby) på et bestemt område (henholdsvis Skanderborg og Aarhus) minder mest om den brede vifte, kvinder møder på en almindelig fødegang. Derimod kan ordninger med fokus på førstegangsfødende (Herning/Skejby) forventes at være mere tidskrævende, da kvinderne typisk har flere spørgsmål, og da fødslen ofte tager mere tid. Begge dele gælder i en endnu højere grad ordninger med fokus på risikogrupper (Herning), hvor der også skal holdes tæt kontakt til andre faggrupper. Tabel 11 nedenfor giver et overblik over, hvilke og hvor mange teams organisationsstudiet har set på i de tre sygehuse.

Tabel 11. Oversigt over caseudvælgelse

	Geografisk fokus	Førstegangsfødende	Risikogrupper
Horsens	2 teams i Skanderborg-området Opstart 09/2012		
Herning		2 teams Opstart 09/2012	1 team Opstart 09/2012
Skejby	2 teams med fokus på 50 % førstegangs- og 50 % flergangsfødende; generelt med fokus på hjemme- og ambulante fødsler Opstart 01/2013		

Dataindsamling

Organisationsanalysen baseres på interviews med de centrale interesserenter om deres erfaringer med implementeringen af kendt jordemoderordning. I hvert sygehus omfatter det et fokusgruppeinterview med hvert af de kendte teams, jordemødre i det faste beredskab, obstetrikere og sundhedsplejersker samt et enkeltinterview med chefjordemoderen og den faglige mellemlider, som har ansvaret for den daglige drift.

Interviewene blev gennemført 5-6 måneder efter ordningernes opstart for at indfange erfaringer både med selve indførelsen og den videre etablering af ordningerne. Interviewene var semistrukturerede og var baseret på en interviewguide (bilag 4), som afspejlede de tre overordnede undersøgelsesspørgsmål. Interviewene varede mellem 30 og 45 minutter, afhængig af antal deltagere. Interviewene blev transskriberet, og de blev analyseret ved hjælp af analyseprogrammet NVivo.

3.4 Analyse

Lokale modeller af kendt jordemoderordning

Den lokale model af kendt jordemoderordning defineres på to niveauer. På ledelsesniveau træffes der grundlæggende beslutninger om ordningens målgruppe og antallet af teams, mens størrelsen af caseload er en del af lokalaftalen. Derimod placeres den mere specifikke organisering i de enkelte teams og omfatter fx antallet af jordemødre i teams, hvordan vagter/konsultationer opdeles, og hvordan kendtheden sikres. Samtidig er der en del organisatoriske og strukturelle kontekstfaktorer, som har indflydelse på, hvordan den lokale model bliver sammensat.

Ledelsen på de tre sygehuse har valgt forskellige målgrupper for deres respektive ordninger med kendt jordemoder, og skalaen af ordningerne varierer også (se under 'caseudvælgelse' ovenfor). Rammerne for de lokale ordninger med kendt jordemoder reguleres yderligere igennem lokalaftalen mellem det enkelte sygehus og Jordemoderforeningen. Den omfatter især jordemødrenes arbejdsopgaver, løn, arbejdstid/hviletid/ferie og backup fra det faste beredskab. Lokalaftalerne i de tre sygehuse minder i høj grad om hinanden; Horsens og Skejby har lænet sig meget op af den allerede eksisterende aftale fra Hospitalsenheden Vest i Holstebro/Herning.

Indenfor rammen, som defineres af ledelsen og lokalaftalen, bestemmer de enkelte teams den mere specifikke organisering af den lokale model. Det afspejler blandt andet, at faglig autonomi og ejerskab er centrale komponenter af kendt jordemoderordning generelt. En vigtig første beslutning handler om, hvorvidt der arbejdes i teams à to eller tre. I interviewene nævner jordemødrene forskellige grunde til, hvorfor de vælger det ene type team frem for det andet. Fx spiller personlige hensyn og muligheden for at være på kald med større mellemrum en vigtig rolle for et 3'er-team i Horsens. En anden vigtig beslutning er, hvordan vagter, konsultationer og fødselsforberedelse fordeles blandt teamets medlemmer, og her gør forskellige forhold sig gældende. Teams med to jordemødre er typisk på vagt hver anden uge, og vagtskiftet falder sammen med en fælles konsultationsdag, som afsluttes med en fælles fødselsforberedelse. Mønstret for teams med tre jordemødre er i princippet det samme. Dog er jordemødrene kun på vagt hver tredje uge, mens konsultationer/fødselsforberedelsen (samt vagter i det faste beredskab) ligger i de andre to uger.

Når den lokale model af kendt jordemoderordning defineres på ledelses- og teamniveau, spiller også en række kontekstfaktorer ind, som afspejler strukturelle forandringer i det regionale sundhedsvæsen samt organisatoriske forandringer i det enkelte sygehus. Under det første punkt har især indførelsen af konceptbaseret fødselsforberedelse og efterfødselspakken haft betydning. Begge tiltag er nye og skulle implementeres sammen med kendt jordemoderordning. De skal tænkes ind, når teams tilrettelægger deres arbejde. Fx har de fleste teams valgt at have en dag om ugen, hvor der holdes både konsultationer og fødselsforberedelse, mens efterfødselspakken bliver en del af opkaldstiden. Det er også efterfødselspakken, som sætter fokus på samarbejdet med sundhedsplejerskerne. Under de andre mere specifikke organisatoriske forandringer har lukning af afdelinger haft stor indflydelse. Fx dels med lukning af fødeafdelingen i Silkeborg er Horsens kommet under pres i forhold til at tiltrække kvinder, især fra Skanderborg-området, som ellers ville vælge at føde i Skejby, og dels mere generelt at promovere fødselsstedet. Dette var en væsentlig grund for ledelsen til at indføre kendt jordemoderordning og at definere målgruppen på

basis af geografi. Derimod har ordningen i Herning en større skala og indebærer nedlæggelse af vagtlag i det faste beredskab. Ordningen kommer også i kølvandet på en større omstrukturering i den samlede Hospitalsenheden Vest som følge af en reduktion af antal fødsler i Holstebro.

Samlet set betyder kontekstfaktorerne for det første, at kendt jordemoderordning præsenteres som svar på mange forskelligartede ambitioner. Nogle ambitioner, som indsatsen for særlige grupper og for førstegangsfødende, er velkendt fra faglitteraturen [4]. Andre ambitioner, som geografi, er mere lokalspecifikke og relateret til organisatorisk strategiske overvejelser. Det stiller høje forventninger til kendt jordemoderordning som organisatorisk forandring, og udfordringen er at definere ordningens faglige kerne. For det andet skal kendt jordemoderordning implementeres samtidig med, at der foregår mange andre strukturelle og organisatoriske forandringer. Det stiller høje krav til både ledelse og teams.

Indførelsen af kendt jordemoderordning

Indførelsen af kendt jordemoderordning omfatter en række processer: den grundlæggende beslutning om at indføre ordningen fra ledelsens side, rekruttering af jordemødrene samt sammensætning af teams og forhandlingen af lokalaftalen, og til sidst de enkelte teams' planlægning af arbejdstilrettelæggelsen.

De formelle processer

Indførelsen af kendt jordemoderordning domineres af formelle processer, som styres af ledelsen. Ledelsens interesser i kendt jordemoderordning og dens indførelse er af både faglig og strategisk karakter. De faglige interesser formuleres typisk mere generelt, og der henvises til positive effekter for både kvinderne og jordemødrene. En mulig forklaring er, at kun chefjordemoderen i Herning har personlig erfaring med kendt jordemoderordning. Men selv i Herning spiller strategiske interesser ind, nemlig at der i kølvandet på reduktionen af fødsler i Holstebro skal skabes en fleksibel organisation, som kan rumme forskellige efterspørgselsniveauer. I Horsens har ledelsens strategiske interesser endnu større betydning. Det handler om at tiltrække fødsler fra Skanderborg-området, og initiativet kommer fra sygehusets øverste ledelse og ikke fra jordemødrenes faglige ledelse.

I disse formelle processer er ledelsen i høj grad afhængig af samarbejdet med jordemødrene. Ordningen repræsenterer en ændring i arbejdsforhold, og deltagelse skal derfor være frivillig. Her viser det sig, at ordningens skala er en vigtig kontekstfaktor. I Horsens indføres ordningen som pilotprojekt med sin egen finansiering, og det giver mulighed for at præsentere ordningen som et positivt og ikke mindst tidsbegrænset tilvalg. Villkårene er anderledes i Herning og Skejby, hvor ordningen er en regulær organisatorisk forandring, som skal dækkes af de eksisterende ressourcer.

"[...] Det var vigtigt for os, at det var nogen [jordemødre], der var interesserede i det. Fordi det er en speciel måde at arbejde på. Og som har stor indflydelse på ens familieliv og sådan noget." (afdelingsjordemoder, Skejby)

Her er fokus på de jordemødre, som i forvejen er interesserede.

Hvad er de specifikke interesser, som gør sig gældende for jordemødrene under indførelsen af ordningen? Jordemødrene identificerer klarhed om både processen og selve ordning-

gen som en central interesse. Jordemødre i Herning beskriver fx, at det var uklart for dem, hvor endelig deres interessetilkendegivelse for at være med i ordningen var; de følte at en principiel mulighed meget hurtigt blev til en fast beslutning. En jordemoder beskriver:

"Så fra at det [ordningen] havde været en tanke, vi ligesom følte som jordemødre, at vi havde del i, blev det lige pludselig bare besluttet. Og det kan jeg huske, at der var mange, der strittede lidt imod." (jordemoder, team C, Herning)

Betydningen af klarhed understreges yderligere ved erfaringer i Skejby. Her fortæller jordemødrene i teamene, at de på den ene side ikke kunne vente på at komme i gang, mens de på den anden side følte stor usikkerhed omkring arbejdsvilkårene.

"Fordi vi glædede os jo, men vi havde også lidt sommerfugle i maven over at skulle arbejde på denne her måde. Hvad betyder det for mit privatliv og for mit liv i det hele taget?" (jordemoder, team A Skejby)

Selve lokalaftalen blev faktisk først underskrevet nogle dage før teamene påbegyndte deres arbejde.

Der er også andre mere generelle interesser fra jordemødrenes side, som har indflydelse på, om de vil arbejde i kendt jordemoderordning, nemlig afvejningen mellem faglige og personlige hensyn. En af jordemødrene i ordningen i Herning beskriver det således:

"Og alle [jordemødre] syntes, at det var en rigtig god idé og kunne godt se, at det var en rigtig god idé for familien og for kvinderne. Men omvendt, så var der mange, der ikke kunne se sig selv arbejde på kald så mange dage. Og specielt dem med små børn kunne ikke se, hvordan det kunne hænge sammen i deres familier." (jordemoder, team A, Herning)

Jordemødrene fra det faste beredskab i Horsens giver udtryk for lignende overvejelser, og de vurderer, at arbejdet i ordningen kræver, at de enkelte jordemødre har store og stærke netværk, som de kan trække på, fx når deres eget barn er sygt.

De uformelle processer

Planlægningen af arbejdstilrettelæggelsen i de enkelte teams foregår mere uformelt, nemlig blandt jordemødrene selv. Den omfatter blandt andet at lave vagtskema samt booking-system til konsultationer, at flytte patienter til ordningen og at skrive pjecer om ordningen. Den følgende beskrivelse af den uformelle proces er meget typisk:

Jordemoder 1 "Ja det [at have frie hænder] syntes jeg faktisk vi havde. [...]

Jordemoder 2 "[...]Jamen et eller andet sted kunne vi strikke det [ordningen] sammen til at passe bedst muligt til os. Det var egentlig det oplæg, der var." (jordemødre, team B, Horsens)

En anden jordemoder fra det samme team tilføjer, at denne tilgang måske afspejler erkendelsen fra ledelsen, at de ikke havde noget fast 'blueprint', og at teamene derfor ligeså godt kunne lave deres egen model, som de vil føle ejerskab af. Denne frihed opfattes som værende positiv, hvilket følgende udsagn illustrerer:

"Det er så det positive ved, at det [ordningen] ikke har ligget fuldstændig fastnaglet." (jordemoder, team A, Skejby)

Men også i den uformelle planlægningsproces i teamene spiller det formelle ind: for det første skal arbejdstilrettelæggelsen foregå i de formelle rammer defineret af ledelsen/lokalaftalen; og for det andet støttes teamene på forskellige måder af ledelsen fx igennem

informationsmøder og løbende besvarelse af spørgsmål. I forhold til det sidste punkt oplever teamene generelt, at ledelsen er meget villige til at støtte dem.

Udover planlægningen af selve arbejdet, sørger jordemødrene i de nye teams også for introduktion af kendt jordemoderordning til eksterne samarbejdspartnere. Det omfatter især de praktiserende læger, som i nogle tilfælde også besøges. Jordemødrene vurderer, at de praktiserende læger kan have stor betydning for, hvilket fødested kvinderne vælger. Derimod er introduktionen til sundhedsplejerskerne mindre omfattende og består primært i fremsendelse af skriftligt materiale. Her er det sigende, at fx sundhedsplejerskerne i Herning oplever, at de til gengæld får en del oplysninger igennem debatten i regionen om ansvarsfordelingen for barselspakkerne. Efter næsten et halvt år med ordningen efter spørger sundhedsplejerskerne i Skejby således stadig flere oplysninger.

Teamene har dog meget forskellige vilkår for planlægningen af deres arbejde. I Horsens afsatte ledelsen en hel måned, hvor teamene mødtes - i begyndelsen også med de andre teams og med ledelsen. Dette fremhæves af jordemødrene gang på gang:

"Altså, under hele processen, så har jeg haft indtryk af, at ledelsen rigtig gerne ville det her [kendt jordemoderordning]. [...] Og den [ordningen] skulle gøres ordentligt, og det var også derfor, vi fik alle de her timer, som er meget usædvanligt for Horsens. Og at der har været en kolossal goodwill omkring kendt jordemoder [...]." (jordemoder, team B, Horsens)

I modsætning har teamene i Herning og Skejby kun et mindre antal timer til at arbejde med planlægningen. Planlægningsfasen præges også af, at andre strukturelle forandringer skal indføres på samme tid. Som en jordemoder fra et team i Herning konstaterer:

"Ja, det [planlægningen] var meget presset. [...] Der var også nogle nye [...] funktioner, vi skulle i gang med. Blandt andet vores fødselsforberedelse. Vi skulle [også] til at høre-screene [som del af efterfødselspakken], og alle de ting skulle vi også have noget introduktion til." (jordemoder, team C, Herning)

Selvom planlægningsprocessen opleves presset i Herning og Skejby, tager jordemødrene positivt imod muligheden for at definere deres egne vilkår. Derudover synes ingen af teamene, at de havde svært ved at blive enige. Her har det måske været meget vigtigt, at jordemødrene har haft relativ stor indflydelse på selve sammensætningen af teamene.

Samtidig drives den uformelle proces i teamene af stærke (og stærkt positive) faglige interesser fra jordemødrenes side. Jordemødrene er meget tiltrukket af ordningens større kendthed og forventer, at det vil resultere i et kvalitetsløft. Som en jordemoder i ordningen i Horsens udtrykker det:

"Jeg tror, at det var ens for os alle, at vi egentlig synes, at det [den større kendthed] [...] kommer kun kvinderne til gode, når de kommer ind og skal føde og føder med et kendt ansigt." (jordemoder, team B, Horsens)

Derudover lover ordningen også større faglig tilfredshed; arbejdsformen er mere helhedsorienteret og modsvarer den enkelte jordemoders faglige kerne, som det følgende citat illustrerer:

"Men jeg har hele tiden haft et stort hjerte for den normale fødsel. [...] Og med mødet med familierne. Og der var det her kendt jordemoderordning så en kæmpe chance for at arbejde på sådan en mere oprindelig måde som jordemoder." (jordemoder, team A, Skejby)

Forhåbningerne til kendt jordemoderordning afspejler ofte, at arbejdet i det faste beredskab i nogle tilfælde opleves negativt, hvor arbejdet er meget opdelt i forskellige aktiviteter, og hvor der kun er en lille chance for, at jordemoderen møder den samme kvinde mere end en gang. En jordemoder fra Horsens karakteriserer denne arbejdsmåde som 'fabriksagtig'.

Mellem autonomi og faste rammer

Sammenfattende viser det sig, at indførelsen af kendt jordemoderordning foregår i et tæt samspil mellem formelle processer fra ledelsessiden og mere uformelle processer blandt jordemødrene; i forhold til begge dele spiller også forskellige kontekstfaktorer ind. Det afspejler sig også i, at processen præges af to modsatrettede interesser, nemlig at fremme autonomi og at opretholde faste rammer. Det stiller store krav til både ledelsen og jordemødrene at forholde sig til begge interesser på en gang.

Ledelsen anser teamenes autonomi som meget vigtig og støtter den på forskellig vis. I forhold til sammensætning af teams har de enkelte jordemødre haft mulighed for at udtrykke både positive og negative præferencer. Ledelsen har også givet teamene ret frie hænder i forbindelse med planlægning af tilrettelæggelsen af deres arbejde, og har ikke blandet sig. Samtidig skal ledelsen sørge for, at ordningen passes ind i en lokalaftale, som bygger på helt andre præmisser. Chefjordemoderen i Herning formulerer udfordringen således:

"Og det [at forhandle lokalaftalen] var ikke nogen nem proces. [...] altså, det er så nemt at bruge det, vi kender. [...] Men det er jo en grundlæggende anderledes måde at tænke på. [...] Så er du på en ny ordning med de gamle briller. Og det vil sige, at du kiggede ind og regnede ud på centimeter, på kroner, på et kvarter [...] men du har ikke et sammenligningsgrundlag." (chefjordemoder, Herning)

Den konkrete udfordring er, at autonomien, som er bygget ind i ordningen, gør det svært at sætte den slags præcise tal på, som skal stå i en lokalaftale, ikke mindst da der også mangler systematisk viden om andre ordninger og deres konkrete praksis.

Autonomi er ligeledes en vigtig årsag til, at jordemødre vælger at arbejde i ordningen. Forventningen er, at den fleksible arbejdsform giver jordemoderen mulighed for at følge kvinderne hele vejen igennem graviditeten og til fødslen, hvilket resulterer i større faglig og personlig tilfredshed. Men sideløbende giver jordemødrene også udtryk for et behov for at vide, hvad de præcise rammer for deres arbejde er. Det gælder især fasen, hvor de skal beslutte sig for, om de vil arbejde i ordningen, og denne uklarhed opfattes som utryk. En jordemoder fra det faste beredskab i Horsens siger:

"Det [de orienterende møder] var sådan med lidt kort varsel, og der var i hvert tilfælde mange, som ikke kunne være med. [...] Men det [informationen jordemødrene fik] var sådan hele tiden lidt med forbehold, fordi det skulle jo tilpasses sådan, som vi ville tilrettelægge det. Så der var nogle ting, som man ikke rigtigt kunne få svar på." (jordemoder, fast beredskab, Horsens)

Derfor efterlyses der ikke kun god tid til at overveje beslutningen, men også større klarhed over, hvad ordningen konkret indebærer. Det er et eksempel på det, chefjordemoderen i Skejby kalder 'lønmotagermodellen', og hun fremhæver, at udfordringen med kendt jordemoderordning netop er, at den i en høj grad også omfatter elementer fra modellen at arbejde som selvstændig.

Udfoldelse af kendt jordemoderordning i praksis

Den lokale model bliver yderligere formet af den daglige praksis i kendt jordemoderordning, hvor de enkelte arbejdsgange specificeres og eventuelt justeres. Denne proces kan tænkes som en 'forhandling igennem praksis', som foregår uformelt i teamene samt mellem teamene og det faste beredskab, og mere formelt mellem teamene og ledelsen.

I modsætning hertil kommer obstetikerne meget mindre ind i billedet. En læge fra Skejby forklarer fx, at ordningen først og fremmest er en jordemoderfaglig forandring, og at det for samarbejdet med den enkelte obstetiker ikke betyder så meget, om jordemoderen er kendt eller ej. Obstetikerne er heller ikke altid orienteret om, hvorvidt en jordemoder på fødegangen er kendt eller ej. Samtidig føler obstetikere fra alle tre sygehuse, at kendt jordemoderordning påvirker afdelingen/fødegangen som helhed. Deres indtryk er, at ordningen typisk tiltrækker erfarne jordemødre, så der bliver flere unge jordemødre i det faste beredskab.

Sundhedsplejerskerne følger udfoldelsen af kendt jordemoderordning endnu mere fra sidelinjen. Mulige forklaringer er, at den direkte kontakt til jordemødrene i forvejen er meget begrænset, og en sundhedsplejerske fra Horsens føler, den er blevet endnu mindre som konsekvens af de organisatoriske forandringer i kølvandet på strukturreformen. Indførelsen af kendt jordemoderordning har heller ikke ændret på kontakten, selvom sundhedsplejerskerne tilknyttet alle tre sygehuse ønsker et tættere samarbejde. Samtidig har de enkelte sundhedsplejersker på interviewtidspunktet ikke mødt mange kvinder, som har født med en kendt jordemoder. Derfor bliver efterfødselspakken omdrejningspunkt for at diskutere samarbejdet med jordemødrene.

De uformelle processer

Indholdsmæssigt handler den mere uformelle udfoldelse af kendt jordemoderordning i høj grad om, hvordan kendtheden håndteres i praksis. Her er et første aspekt, hvordan teamet samarbejder internt og især sikrer dets interne kommunikation. Den bæres mest af den fælles tid ved vagtskifte, hvor der holdes fælles konsultationsdag/fødselsforberedelse, og hvor der er mulighed for at erfaringsudveksle. Som en jordemoder fra et 2'er-team i Herning forklarer:

"Og der har vi så sådan en bog, hvor vi har alle navnene [på kvinderne] i. Og så skriver vi, hvornår de har født og så giver det også et meget godt overblik. Og dem giver vi videre, hver gang vi har konsultation og den anden overtager kaldene. [...] Og i det vagtskifte vi har, der snakker vi altid lige løst om, hvad det er for nogle kvinder, vi har haft og hvem der skal følges op på, og hvem, der er afsluttede." (jordemoder, team A, Herning)

Ligeledes har et 3'er-team (også fra Herning) en aftale om, at hvis jordemoderen på vagt ikke er kaldt, deltager hun i fødselsforberedelse, således at hele teamet kan drøfte den foregående uge. I alle teams suppleres møderne i forbindelse med vagtskifte med daglig kommunikation igennem e-mail og telefon. Til gengæld kan det være en udfordring at arrangere separate teammøder i arbejdstiden, og det kræver grundig planlægning.

Kendthed skal også håndteres eksternt i forbindelse med samarbejdet med det faste beredskab. Udfoldelsen af samarbejdet præges af modsatrettede interesser: der efterlyses indirekte en klarere ramme, samtidig med at kendte jordemødre anerkender og sågar insi-

sterer på autonomi. I forhold til det første punkt opleves der usikkerhed, selvom reglerne i lokalaftalen er relativt detaljerede. Jordemødre i 'kendtordninger' nævner blandt andet, at de er usikre på, hvornår det faste beredskab kan kaldes ind for at hjælpe en kendt jordemoder eller for at tage over, så vedkommende kan gå hjem. En jordemoder i ordningen i Herning tilføjer, at frustrationer over samarbejdet med det faste beredskab ofte opstår i forbindelse med spidsbelastninger. At usikkerheden bør tages alvorligt understreges af, at en jordemoder i Skejby har taget en snak med tillidsrepræsentanten for at få større klarhed over hviletidsbestemmelserne. Der er ligeledes usikkerhed blandt jordemødre i det faste beredskab.

Samtidig medgiver en jordemoder fra ordningen i Horsens, at autonomi også kan være en nødvendighed, da det er svært at definere faste rammer: arbejdsbelastningen kan opleves meget forskelligt, afhængigt af, hvornår en vagt startede, og hvordan selve ugen på vagt har været. Autonomi kan også være fagligt motiveret, og jordemødrene i teamene føler et stort ansvar overfor kvinderne. Som afdelingsjordemoderen i Skejby udtrykker det:

"[...] For mange af dem [jordemødre i team] har det været en stor udfordring, det der med selv at skulle sige til og fra. [...] Fordi de [jordemødre i team] ville være der hele tiden, ikke også. Og opfylde det der med at de [kvinderne] reelt fik, at de fødte med en kendt jordemoder."

Jordemødrene føler, at de har lovet kvinderne at følge dem hele vejen igennem og at netop denne kendthed er med til at sikre et positivt outcome, både klinisk og for kvindernes oplevelse.

Faglige interesser

Ligesom faglige interesser har en stor betydning for, hvorfor jordemødrene arbejder i ordningen, er det også en vigtig drivkraft for, hvordan ordningen udfoldes i praksis. En jordemoder i en kendt ordning i Horsens fremhæver fx den faglige betydning af kommunikation med kvinderne. På baggrund af den positive effekt af fødselsforberedelse for førstegangsfødende overvejer et team i Skejby at invitere de flergangsfødende til cafemøder.

Faglige interesser har også en stor betydning for, hvordan samarbejdet med det faste beredskab udfoldes. Her defineres de faglige interesser som at forblive tæt på kvinden, da det sikrer god faglig kvalitet.

"Men jeg tror egentligt ikke, at det [at henvise kvinderne til ambulatoriet i begyndelsen af fødslen] gavner de gravide ret meget. Nærmest tværtimod. Ja, at det ikke er os. De har brug for trykthed [...]. At det, vi har lovet dem i graviditeten [at være der, også under fødslen], at det kan vi opfylde." (Jordemoder, team B, Herning)

Her fremstår faglig kvalitet som en blanding mellem leveringen af den faglige ydelse ('caring for') og den personlige relation til kvinden ('caring about').

Samtidig er de faglige interesser også stærke. Det er sigende, at selv de jordemødre, som føler sig meget pressede i deres daglige praksis, insisterer på, at det er den fagligt bedste måde at arbejde på. En jordemoder i ordningen i Herning forklarer, at hendes team har været belastet med en høj opkaldstid, som efter hendes vurdering var dobbelt så stor som i andre teams. Men alligevel opsummerer hun følgende:

"Så vi [teamet] er virkelig pressede lige nu, fordi det er pissehårdt at arbejde så meget, selvom det er dejligt, det man arbejder med." (jordemoder, team B, Herning)

For jordemoderen handler den umiddelbare fremtid derfor om at genvinde glæden over det arbejde, som hun fagligt holder af. En anden jordemoder fra ordningen i Herning udfolder, hvad den faglige gevinst består i:

"[...] Arbejdet er fantastisk. Den måde man bliver mødt på af de gravide og de fødende, og den omsorg man møder. Og den tillid. [...] Min arbejdsglæde er rigtig stor. Men jeg er i tvivl om, om min krop kan holde til at arbejde 24 timer i døgnet flere dage i træk." (jordemoder, team A, Herning)

Det tætte forhold til kvinden fremstår igen som kernen i den faglige interesse. Men citatet viser også, at det kan medføre stærke dilemmaer i forhold til jordemødrenes personlige interesser.

Personlige interesser

Som arbejdsform kræver kendt jordemoderordning fra jordemødrene, både at de viser en stor fleksibilitet, og at de inddrager sig selv som mennesker. Her opstår det centrale spørgsmål, hvordan kendt jordemoderordning kan hænge sammen med jordemødrenes privatliv.

Jordemødre i flere teams giver udtryk for, at deres kollegaer er meget fleksible og imødekommende. Men enkelte jordemødre medgiver også, at de synes det er svært at melde fra, da de ved et eventuelt fravær direkte rammer deres kollegaer i teamene. Som en jordemoder i ordningen i Horsens fortæller:

"Og indimellem hjælper vi også hinanden og bytter [...] Men jeg vil sige, at man tænker sig jo om, inden man vil belaste en kollega med at bytte. Mon nu det er så vigtigt, det her?" (jordemoder, team B, Horsens)

Det samme gælder ferie, hvor en jordemoder fra et 2'er-team i Herning forklarer, at selvom hun sætter pris på at kunne planlægge sin ferie selv, så har hun det dårligt med, at det resulterer i en meget lang vagtperiode for hendes kollega.

Selve det at være kendt, resulterer også i en stærkere inddragelse af jordemødrene som privatpersoner, som en jordemoder fra et team i Herning beskriver:

"Men det er klart, man involverer sig lidt på en anden måde. Vi lover dem også nogle ting. [...] Men vi vil rigtig gerne være der for dem til fødslen. Ja, og på den måde give dem en god oplevelse. Og det kan nogle gange være svært at leve op til." (jordemoder, team C, Herning)

Med kendtheden bliver selve forholdet til den enkelte kvinde mere personligt, da det fra begge sider føles, at jordemødrene har et stort ansvar for, at fødslen 'lykkes'.

For enkelte jordemødre, kan der være et payoff mellem de personlige og de faglige interesser. Et eksempel er den fælles konsultationstid ved vagtskifte. En jordemoder fra ordningen i Horsens fortæller:

"Og det [at den som har vagt også har konsultation] giver også nogen gange noget bøv. [...] Det bliver sådan lidt noget heftigt nogen gange. [...] Man har været hele dagen i kon-

sultationen. I otte timer. Og så skal du ind og føde med en og være der i 12 [timer]. Og så er man altså ved at være brugt.”(jordemoder, team A, Horsens)

Selvom jordemødrene er enige om, at det giver god faglig mening, kan det føre til nogle lange vagter med tilsvarende personlige omkostninger. I længden kan det føre til nogle skarpe valg, som en jordemoder fra et andet team i Herning medgiver.

”Og så bliver det selvfølgelig også bare sådan, at skal man vælge mellem at gøre de gravide glade eller gøre ens egne børn glade, så bliver man nødt til at vælge sine egne børn. [...] Der er masser og masser positivt at sige fagligt om ordningen. Men for det hele menneske [...], der er vi godt nok presset.”(jordemoder, team C, Herning)

Her fremstår personlige og faglige interesser som grundlæggende uforenelige

De formelle processer

Selvom udfoldelsen af ordningen først og fremmest sker uformelt igennem jordemødrenes daglige praksis, er de formelle møder med ledelsen et vigtigt bindeled: de hjælper med at samle op på erfaringerne og bidrager til fortolkninger. Dermed kan møderne danne grundlag for at lave større ændringer i ordningen. Alle tre sygehuse har evalueringsmøder med teamene, og jordemødrene i ordningerne deltager fortsat i de almindelige personalemøder; derudover mødes ledelsen i Skejby samlet med alle teamene en gang om måneden. De formelle processer drives af interesser for at udspecificere rammen for kendt jordemoderordning, og for jordemødrene er størrelsen af caseload central, mens ledelsen især er optaget af samspillet mellem teamene og det faste beredskab.

Den formelle proces omkring diskussion af caseload er præget af både ordningens skala og dens målgruppe. Caseload er især et emne i Herning og Skejby, hvor ordningen er en regulær organisatorisk forandring snarere end et pilotprojekt. I Herning knyttes caseload også til den højere belastning, som førstegangsfødende og sårbare kvinder udgør. De stiller ofte store krav i forhold til opkaldstid og har i gennemsnit længere fødsler. Som en jordemoder i ordningen i Herning forklarer i forhold til førstegangsfødende:

”De [førstegangsfødende] tager længere tid. Altså, vi har flere opkald på dem, inden de er klar til at tage ind på fødegangen. [...] Det tager længere tid når de har født, at hjælpe dem bagefter, når de er kommet hjem. [...] Så det er meget mere tidskrævende.”(jordemoder, team A, Herning)

Tidsforbruget er endnu større i forbindelse med sårbare kvinder, som ofte har et kompliceret fødselsforløb, og som skal følges tæt efter fødslen. Derudover skal der under graviditeten holdes kontakt med mange samarbejdspartnere.

De specifikke tal om arbejdsbelastning, som indsamles som del af evalueringen hvert kvartal, er det centrale udgangspunkt for at diskutere justeringer af caseload. En jordemoder fra et team i Herning fortæller:

”[...] Det er faktisk først nu, at der er kommet tal på, [...] at det [den store arbejdsbelastning] er blevet taget alvorligt. For jeg har før talt med lederen, [...] hvor hun sagde: Nå, men det [arbejdsbelastningen] svinger jo lidt, og det vil jo altid være sådan.”(jordemoder, team C, Herning)

Resultatet er, at caseload justeres: der kommer flere flergangsfødende i ordningen, og teamet for sårbare kvinder skal have mindre caseload.

For ledelsen handler specificering af ordningens ramme især om sammenholdet i hele afdelingen, det vil sige på tværs af teamene og det faste beredskab. Som chefjordemoderen i Skejby forklarer:

"Udfordringen for dem [teamene], det er at huske, at de er en del af et større system [...] [Vi som ledelse bliver] jo også nødt til at have fællesskabet som det, der er bærende for at vi faktisk kan løse den her opgave."(chefjordemoder, Skejby)

På denne baggrund arrangerer ledelsen i Herning fx et fællesmøde for alle jordemødre i afdelingen tre måneder efter opstart, såvel med henblik på en åben diskussion om ordningen, som for at skabe større forståelse for hinandens arbejde. Men vicechefjordemoderen vurderer, at det kan være svært at regulere arbejdsvilkårene helt præcist, da de enkelte jordemødre i ordningen kan have forskellige belastningstærskler.

3.5 Resultater og kapitelsammenfatning

Organisationsanalysen har set på implementeringsprocessen med fokus på tre overordnede emner: den lokale model af kendt jordemoderordning, hvordan den bliver indført, og hvordan den udfoldes i praksis.

På de tre sygehuse vælges der meget forskellige lokale modeller af kendt jordemoderordning. Grundlæggende varierer de i forhold til målgruppe og skala. Modellerne defineres yderligere af de teams, som skal arbejde i ordningen, og der tages beslutninger om størrelsen af teams, og om hvordan arbejdet skal tilrettelægges. Derudover præges de lokale modeller af andre sundhedspolitiske og organisatoriske forandringer, som foregår på samme tidspunkt. Det er et almindeligt vilkår i sundhedsvæsenet, men stiller høje krav til implementeringsprocessen.

Processen for indførelsen af kendt jordemoderordning er drevet af et tæt samspil mellem formelle processer fra ledelsessiden og mere uformelle processer blandt jordemødrene. Selvom ledelsen fx står for rekruttering og sammensætning af teams, er den i høj grad afhængig af samarbejdet med jordemødrene, da deltagelse er frivillig, og da teams bygger på personligt samspil. Indførelsen drives af interesser, både i at fremme autonomi og i at definere faste rammer. Det kan være udfordrende for ledelsen og jordemødrene at forholde sig til disse to modsatrettede interesser på en gang.

Processen for udfoldelsen af kendt jordemoderordning foregår som en 'forhandling igennem praksis', såvel uformelt i teamene samt mellem teamene og det faste beredskab, som mere formelt mellem teamene og ledelsen. De uformelle processer handler om at håndtere kendtheden internt i teamene og eksternt i samarbejde med andre sundhedsprofessionelle. Processen præges af stærke faglige interesser, som dog ikke altid er forenelige med personlige interesser, og det kan føre til stærke dilemmaer. I de formelle processer er størrelsen af caseload et vigtigt emne, og den lokale models skala og målgruppen udgør en vigtig kontekstfaktor.

Hvad kan der uddrages med hensyn til implementeringen af fremtidige ordninger med kendt jordemoder? Som omtalt er kendt jordemoderordning en kompleks organisatorisk forandring, hvis implementering i høj grad afhænger af den lokale kontekst [37]. Det er

derfor ikke muligt at formulere generelle 'best practices', da det ville forudsætte en lineær, kontekstuaafhængig implementeringsproces. Budskabet er i stedet, at implementering skal tage højde for den lokale kontekst, og her peger analysen især på de følgende fire dimensioner:

- (1) Parallele sundhedspolitiske og organisatoriske forandringer. Selvom de formelt er adskilt, spiller de i praksis tæt sammen med implementering af kendt jordemoderordning. Eksempler er indførelsen af efterfødselspakker og større organisatoriske omstruktureringer.
- (2) Implementeringsprocessen påvirkes af kendt jordemoderordnings skala. Pilotprojekter med deres egen finansiering har nemmere ved at blive et positivt tilvalg, mens ordninger som finansieres af vagtlag fra det faste beredskab har hårdere vilkår.
- (3) Kendt jordemoderordnings målgruppe har indflydelse på, hvordan ordningen udfoldes i praksis. Caseloads, som udelukkende fokuserer på førstegangsfødende, opleves mere belastende for jordemødrene end caseloads med en blanding af første- og flergangsfødende.
- (4) Kendt jordemoderordning drives af interesser for både autonomi og faste rammer. Det stiller højere krav til jordemødrene og ledelsen at håndtere begge dele på en gang.

4 Økonomi

4.1 Hovedkonklusioner

Den eksisterende litteratur om de økonomiske konsekvenser af kendt jordemoderordning er primært af australsk oprindelse og viser, at der kan være en moderat omkostningsbesparelse forbundet hermed. Det er imidlertid uvist, om dette resultat kan overføres til en dansk kontekst, da den undersøgte intervention i litteraturen ikke er identisk med den danske model, ligesom kulturelle og økonomiske forhold i øvrigt varierer mellem Danmark og Australien. På effektsiden genfinder den økonomiske litteratur de resultater, der også blev præsenteret i denne rapport's kapitel 2.

Dette kapitel præsenterer endvidere en simpel model for de bemandingsmæssige omkostninger ved kendt jordemoderordning i en dansk kontekst. Modellen demonstrerer en gennemsnitlig ekstraomkostning i størrelsesordenen 400 - 2.000 DKK per graviditetsforløb, hvilket umiddelbart er i modstrid med de australske resultater. Det bør dog bemærkes, at de komplekse organisatoriske forhold, som relateres til især omfanget af akutkald, hurtigt kan ændre en ekstraomkostning på nogle få tusinde kroner til en omkostningsbesparelse. Om end de bemandingsmæssige omkostninger ikke dækker det fulde sundhedssektorsperspektiv, så anses de dog for de væsentligste, og det må derfor konkluderes, at kendt jordemoderordning ikke medfører betydelige ekstraomkostninger, såfremt den organisatoriske fleksibilitet bevares.

Der findes ingen studier, der har analyseret syntesen mellem omkostninger og effekter, dvs. hvor meget der fås for pengene ved at investere i kendt jordemoderordning versus andre tiltag i sundhedsvæsenet. Når ekstraomkostningen imidlertid er moderat, så simplificeres scenariet, så man kan lade beslutningstagningen guides af effektsiden.

4.2 Indledning

Af de i alt 24 fødeafdelinger i Danmark er kendt jordemoderordning allerede indført eller under afprøvning på projektbasis på 16 afdelinger. I Region Nordjylland drejer det sig om Aalborg Universitetshospital og Sygehus Vendsyssel, i Region Midtjylland drejer det sig om Aarhus Universitetshospital samt regionshospitalerne i Horsens, Holstebro, Herning, og Viborg, i Region Syddanmark drejer det sig om Odense Universitetshospital, Svendborg, Haderslev, Esbjerg, Sønderborg og Sygehus Lillebælt og i Region Sjælland drejer det sig om regionshospitalerne i Holbæk og Næstved; endvidere tilbyder en privatklinik i Slagelse kendt jordemoderordning.

Et kendt jordemoderteam svarer til to fuldtidsstillinger som typisk bemandes af to til tre jordemødre. Er der tale om to jordemødre, vil de arbejde fuldtid under ordningen, og er der tale om tre, kan de enten arbejde på deltid eller supplere arbejdstiden op ved også at indgå i det faste beredskab. Teamet står selv for planlægningen af rådighedsvagter, konsultationer, fødselsforberedelse og efterfødselspakker under hensyntagen til Arbejdsministeriets bekendtgørelse om hviletid og fridøgn. De kendte jordemødre har ugentlige konsultationer og fødselsforberedelsestimer, hvor det tilrettelægges, at alle jordemødre i teamet deltager minimum to gange, for herved at opnå en relation mellem de gravide og det kendte team. Teamet dækker ligeledes hinandens ferie, hvilket betyder, at ordningen i princippet kan fungere året rundt.

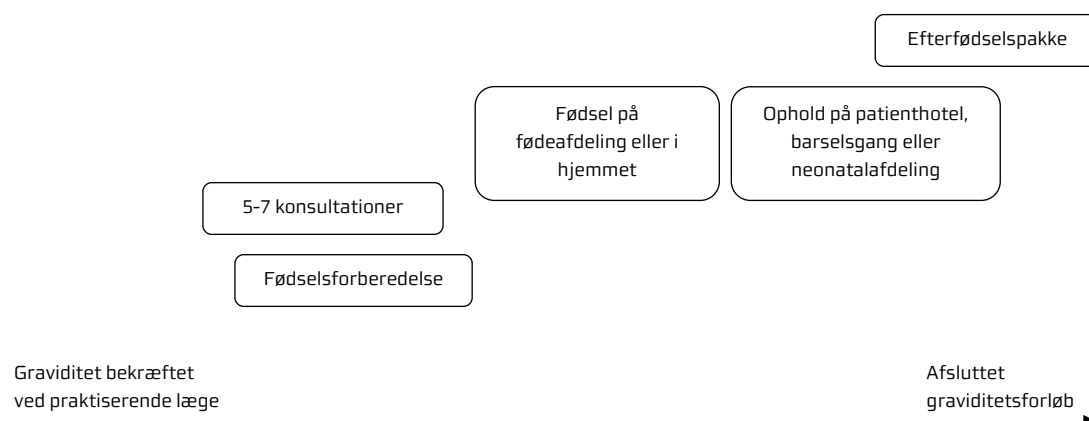
Kendt jordemoderordning fungerer således, at der døgnet rundt er én jordemoder i rådighedsvagt, typisk en uge ad gangen. De gravide kontakter det kendte jordemoderteam direkte, dvs. udenom sekretariat eller fødeafdelingens telefon, hvis der opstår spørgsmål eller lignende i graviditetsforløbet. Det samme gælder, når fødslen går i gang, hvor det tilsigtes, at den gravide kan føde med assistance fra det kendte team. Der kan være tilfælde, hvor jordemoderteamet har flere fødsler på en gang, eller hvor hviletidsbestemmelser gør, at det faste beredskab må overtage jordemoderfunktionen i hele eller dele af et fødselsforløb. Omvendt kan de kendte jordemødre så tilsvarende assistere det faste beredskab i pressede perioder. En undersøgelse af servicekvaliteten under kendt jordemoderordning på Aalborg Universitetshospital viste, at der i en toårig periode var 5 % af kvinderne, der fulgte ordningen, som ikke fødte med assistance fra det kendte jordemoderteam [5]. Den nødvendige fleksibilitet i jordemoderfaget vægtes således ikke mindre, fordi noget af funktionen omlægges til kendt jordemoderordning. Tværtimod opnås en større fleksibilitet, da de kendte jordemødre kan tilkaldes til det faste beredskab i akutte situationer.

Dette kapitel belyser de væsentligste økonomiske konsekvenser af at tilbyde kendt jordemoderordning. Kapitlet indledes med en identifikation af de konsekvenser, der kan forventes fra en teoretisk betragtning. Dernæst gennemføres en systematisk litteraturgennemgang for at belyse, hvilke af de forventede økonomiske konsekvenser, der allerede er af dækket i litteraturen og som eventuelt kan overføres til en dansk kontekst. Sidste del af kapitlet præsenterer en omkostningsmodel med særligt fokus på personalemæssige konsekvenser i en dansk kontekst.

4.3 De teoretiske forventninger

Når en afdeling udbyder kendt jordemoderordning, er der principielt tale om præcis de samme sundhedsydelse i antal og type, som alternativt kunne være udbudt under en fast beredskabsstruktur (figur 2). For den gravide ligger forskellen mellem kendt jordemoderordning og en fast beredskabsstruktur primært i den oplevede servicekvalitet samt øgede tilgængelighed, hvilket kan føre til eventuelle afledte konsekvenser som fx færre epiduralblokader, flere hjemmefødsler, mere amning osv. Fra et afdelingsperspektiv ligger forskellen primært i decentraliseret koordination af det enkelte graviditetsforløb, hvilket også kan medføre afledte konsekvenser som fx jordemødrenes jobtilfredshed, afdelingens effektivitet osv.

Figur 2. Omkostningskomponenter under et typisk, ukompliceret graviditetsforløb



I tabel 12 er de væsentligste, mulige økonomiske konsekvenser af kendt jordemoderordning versus fast beredskab opstillet. Disse omfatter både nyttemæssige konsekvenser, som fx øget servicekvalitet, og omkostningsmæssige konsekvenser, som fx sparede sengedage på barselsafdeling. Flere af disse konsekvenser kan tænkes på såvel omkostnings- som effektsiden. Medfører kendt jordemoderordning fx en reduktion i brugen af epiduralblokader, kan det resultere i kortere fødselsvarighed og færre bristningsskader, hvilket øger den fødendes nytte af forløbet. Omvendt kan en reduktion i brugen af epiduralblokader også ses som en omkostningsbesparelse for sundhedsvæsenet, hvorved det samlede fødselsforløb vil blive billigere.

Tabel 12. Mulige økonomiske konsekvenser ved kendt jordemoderordning

Teoretiske forventninger
Øget servicekvalitet (tryghed, tilgængelighed, kontaktfrekvens osv.)
Flere sårbare mødre vil kunne håndtere kommende livssituation
Færre akutte og elektive kejsersnit
Færre epiduralblokader
Færre sengedage på barselsafdeling
Flere hjemmefødsler
Flere ambulante besøg i efterfødselsforløb
Færre genindlæggelser
Mere amning
Mere/mindre sygefravær blandt jordemødre
Øget bemandingsbehov (teknisk inefficiens)
Kørselstillæg til de kendte jordemødre (rådgighedsvagter)
Driftsomkostninger på mobile løsninger (telefon og iPad til hver kendt jordemoder)
Reduceret administrationsbyrde

De kendte jordemødre yder en øget service ved altid at have én jordemoder i rådighedsvagt og herved også ved telefonen. Samtidig vil den gravide have en tættere relation til jordemoderen, hvilket kan medføre øget tryghed, og fx at de gravide ringer oftere, stiller mere konkrete og personlige spørgsmål eller generelt er mere tilfredse med kontakten. Den øgede servicekvalitet og tilgængelighed kan have særlig betydning for de sårbare gravide, der herigennem får styrket deres håndtering af denne nye livssituation. I yderste konsekvens kunne en øget kvalitet i jordemoderydelsen tænkes at medføre positive sundhedseffekter såsom et fald i antallet af kejsersnit, et fald i anvendelsen af epiduralblokader og bristninger og flere hjemmefødsler. Indlæggelsestiden forventes påvirket i form af færre sengedage (som så omvendt kan medføre et behov for flere ambulante besøg i efterfødselsforløbet) samt færre indlæggelser af barnet. Endvidere forventes en effekt på antallet af kvinder, som kan og ønsker at amme, hvilket har stor betydning for mor-barn-kontakten og barnets sundhed jævnfør Sundhedsstyrelsens anbefalinger. De afledte konsekvenser af en øget servicekvalitet er tidligere gennemgået systematisk i rapportens foregående kapitler.

Sygefravær blandt jordemødre på fødeafdelingen kan påvirkes ved indførelse af kendt jordemoderordning. De kendte jordemødre udtrykker, at der er en stor arbejdsglæde forbundet med det at være kendt, hvilket i teorien kan medføre lavere sygefravær. På den anden side kan det også tænkes, at de mange rådighedsvagter, som kræver at jordemødrene er fleksible og trives med denne arbejdsmodel, og den højere grad af selvledelse, som kan medføre et øget ansvar og arbejdspress i forhold til planlægning, medfører et højere sygefravær.

Akut indkaldelse af personale er mere omkostningstungt end bemanning baseret på faste vagter. Tilkaldes en jordemoder fra det faste beredskab akut, skal hun ifølge overenskomsten aflønnes med minimum seks timers overarbejde. Tilkaldes en kendt jordemoder akut er det i stedet til timebetaling, i Region Midtjylland dog med den klausul at kendte jordemødre kun kan indkaldes akut én gang i samme måned. Det er således en balancegang at planlægge bemanningen, så det faste beredskabs kapacitet udnyttes samtidig med at fleksibiliteten i form af tilkaldemulighed bevares. Ved at flytte en del af produktionen over i kendt jordemoderordning bedres fleksibiliteten for så vidt angår fremmøde på fødegangen efter behov frem for ved faste mødetider. Omvendt kan grænsen på et månedligt akutkald hurtigt medføre, at der ikke er jordemødre, der står til rådighed for akutkald - og at der derfor må opereres med et større fast beredskab, hvilket så betyder en ringere grad af kapacitetsudnyttelse (teknisk inefficiens). Det står således klart, at fleksibiliteten og dermed kapacitetsudnyttelsen i organiseringen af jordemoderfunktionen har stor indflydelse på omkostningerne ved at tilbyde kendt jordemoderordning.

I modsætning til jordemødre under fast beredskab aflønnes kendte jordemødre med en fast månedlig aflønning, hvori der er inkluderet ulempetillæg, weekend- og helligdagsbetaling, rådighedstillæg samt øvrige løn- og afspadseringstillæg. Det eneste, kendte jordemødre modtager som tillæg, er timebetaling ved akutkald samt den kørsel, der måtte være i forbindelse med rådighedsvagter, hvor de skal køre til fødeafdelingen eller ud til hjemmefødsel. Jordemødre i det faste beredskab modtager som hovedregel kun kørselstillæg, hvis de kaldes udenfor deres vagtplan.

En sidste gruppe af konsekvenser er såkaldte direkte ekstraomkostninger ved ordningen. Det faktum, at mindst en kendt jordemoder altid skal være ved telefonen, medfører en direkte ekstraomkostning for mobiltelefoner og iPads til hver enkelt jordemoder-team. Omvendt kan det så medføre en omkostningsbesparelse andetsteds, idet fødeafdelingens sekretariat aflastes, hvis kvinderne i ordningen ringer direkte til den kendte jordemoder. Tilsvarende kan det faktum, at de kendte jordemødre selv koordinerer deres funktion, medføre en aflastning af den overordnede ledelse og planlægning.

4.4 Litteraturgennemgang

4.4.1 Introduktion

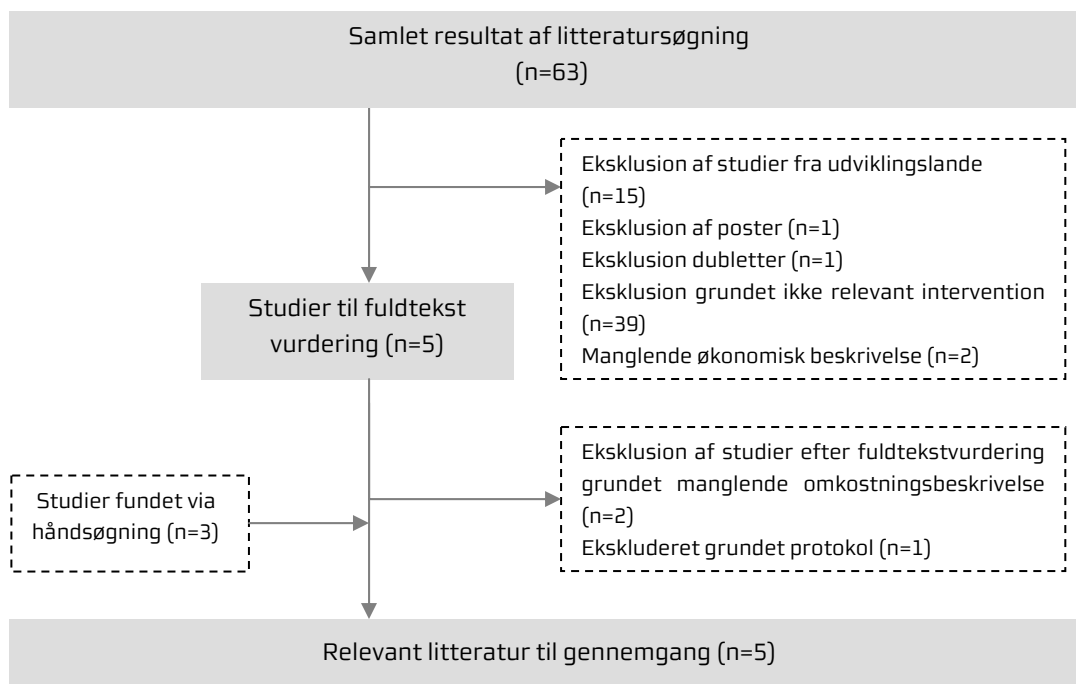
Afsnittet beskæftiger sig med litteratur, der som minimum omhandler de omkostningsmæssige forhold ved kendt jordemoderordning dvs. omkostningseffektivitetsanalyser, omkostningsanalyser eller omkostningsbeskrivelser.

4.4.2 Metode

Der er gennemført en systematisk litteratursøgning og -gennemgang. Søgningen er foretaget i Cinahl, Embase, Cochrane, EconLit, PsycINFO og PubMed - uden afgrænsning hvad angår tid eller type af studie. Kun studier på dansk, engelsk, norsk eller svensk er medtaget. Der er endvidere suppleret med håndsøgning på Google Scholar (søgeord: cost effectiveness caseload midwifery).

Eksklusion af irrelevante studier fra litteratursøgningen blev i første omgang foretaget af to bedømmere på baggrund af relevans ud fra titel og abstract. Figur 3 illustrerer denne proces samt de overordnede in- og eksklusionskriterier, der gjorde sig gældende.

Figur 3. Resultater af litteratursøgning



4.4.3 Resultater

Den systematiske litteratursøgning resulterede i 63 referencer. Hovedparten af disse viste sig at være fra udviklingslande, der vurderes ikke at være sammenlignelige med Danmark. Endvidere var flere rent kliniske studier, som ikke omhandlede kendt jordemoderordning eller ikke inkluderede omkostningsbeskrivelse. Supplerende hånd søgning resulterede i tre yderligere studier til videre vurdering. Således blev fem studier inkluderet i litteraturregningen, hvoraf ingen var danske eller nordiske. Studierne er præsenteret i tabel 13.

Tabel 13. Sundhedsøkonomiske studier omhandlende kendt jordemoderordning (KJ)

Studie	Tracy et al. [15] 2013	Toohill et al. [53] 2011	Homer et. al. [54] 2001	Rowley et al. [9] 1995	Stimson L. [55] 1995
Land	Australien	Australien	Australien	Australien	Storbritannien
Økonomisk evaluering	Omkostnings-effektivitetsanalyse	Omkostningseffektivitetsanalyse	Omkostningsanalyse	Omkostningseffektivitetsanalyse	Omkostningsbeskrivelse
Studiedesign	Randomiseret, kontrolleret studium	Observationelt kohortestudium	Randomiseret, kontrolleret studium	Randomiseret, kontrolleret studium	Refleksioner
Deltagere (n=)	1.748	102	1.089	814	0
Intervention	1 team à 4 fuldtidsstillinger vs. standardbehandling	1 team à 3 fuldtidsjordemødre vs. standardbehandling	2 teams à 6 fuldtidsjordemødre vs. standardbehandling	1 team à 6 fuldtidsstillinger vs. standardbehandling	2 teams hver med 6,5 fuldtidsstillinger vs. standardbehandling
Studiepopulation	Alle risikogrupper. Maksimum uge 24 ved første besøg. De blev fulgt 6 uger post partum.	Lavrisikogruppe. Fulgt fra 36. uge og 6 uger post partum.	Gravide i maksimum uge 24 ved første besøg og boende i nærområdet.	Alle risikogrupper.	Alle risikogrupper. Kvinderne blev fulgt fra første besøg til 28 dage post partum.
Økonomisk perspektiv	Hospitalet	1. Hospitalet 2. Offentligt sundhedsvæsen	Hospitalet	Hospitalet	Fødeafdelingen
Omkostninger per graviditetsforløb	7 % reduktion i omkostninger (KJ \$ 5.497; standard \$ 5.903. Forskel \$ -406).	15 % og 16 % reduktion i omkostninger. (1: KJ \$ 4.696; standard \$ 5.521 Forskel \$ -825) (2: KJ \$ 4.722; standard \$ 5.641. Forskel \$ -919).	26 % reduktion i omkostninger. (KJ \$ 2.579; standard \$ 3.483. Forskel \$ -904).	5 % reduktion i omkostninger (KJ \$ 3.324; standard \$ 3.475. Forskel \$ -151).	
Effektforskel*	Færre elektive kejsersnit. Færre modtog smertelindring. Færre igangsættelser. Hurtigere udskrivning.	Færre epiduralblokader. Færre igangsættelser. Færre neonatale indlæggelser. Hurtigere udskrivning.		Færre komplicerede fødsler. Færre modtog smertelindring. Mindre sygefravær blandt de kendte jordemødre.	
Forfatters Konklusion.	Kendt jordemoderordning er sikker og omkostningseffektiv for gravide i alle risikogrupper.	Før kvinder i en lavrisikogruppe er kendt jordemoderordning omkostningseffektiv.	Den kendte jordemoderordning tyder på at være besparende. Der efterspørges flere videnskabelige undersøgelser.	Kendt jordemoderordning gør graviditetsforløbet mere tilfredsstillende, er sikker og omkostningsbesparende.	Der vil være omkostninger ved at indføre en ny kendt jordemoderordning som ved alle andre organisatoriske ændringer, men ordningen giver mulighed for øget tilfredshed.

* Kun signifikante effektforhold.

Den udvalgte litteratur indeholdt fire australske studier, der alle bygger på empiriske individniveaudata. Tre af disse er omkostningseffektivitetsanalyser, hvoraf to er baseret på det randomiserede design. Hertil kommer en australsk omkostningsanalyse samt en britisk omkostningsbeskrivelse, der alene er baseret på refleksioner. Fælles for studierne er, at kendt jordemoderordning organiseres i teams bestående af tre til seks jordemødre. De gennemgående effektmål var andelen af kvinder, der fødte spontant, ved kejsersnit eller ved instrumentel hjælp samt andelen af kvinder, der blev igangsat, fik epiduralblokade eller anden smertelindring. Ydermere undersøgte indlæggelsestiden, tilfredsheden med jordemødrene, samt hvorvidt moderen ammede efter fødslen. Omkostninger blev gennemgående opgjort som gennemsnitsomkostninger for et graviditetsforløb. Forfatterernes konklusioner var overordnet, at kendt jordemoderordning er enten omkostningseffektiv (for de tre omkostningseffektivitetsanalyser) eller omkostningsbesparende (for omkostningsanalysen).

I den senest publicerede omkostningseffektivitetsanalyse af Tracy et al. fandtes, at andelen af kvinder, der fik elektivt kejsersnit, var signifikant lavere blandt de gravide i kendt jordemoderordning. Det bemærkes, at der var en overrepræsentation af kvinder over 35 år, hvilket kan være associeret med et højere antal kejsersnit. Undersøgelsen viste at 87 % af de gravide fødte med deres kendte jordemoder sammenholdt med kvinderne i standardbehandlingen, hvor kun 14 % havde mødt deres jordemoder før. Omkostningsberegningen viste, at den nye ordning var omkostningseffektiv. Der blev både medtaget direkte og indirekte omkostninger i beregningen, og gennemsnitsomkostningerne var for kendt jordemoderordning \$ 5.497 versus standardbehandling \$ 5.903. [15]

En tilsvarende omkostningseffektivitetsanalyse af Toohill et al. undersøgte omkostningseffektiviteten set ud fra to perspektiver: hospitalets og det offentlige sundhedsvæsens. Alle omkostninger vedrørende aktiviteter for hospitalet blev medregnet fra gestationsuge 36 og seks uger post partum. Data vedrørende de gravides aktiviteter blev indsamlet ved hjælp af journaler, vandrejournaler og dagbøger, og ud fra disse blev der tildelt DRG-takster. Til beregning af hospitalets ressourceforbrug blev fordelingsregnskaber anvendt. Resultaterne viste, at kvinderne, der modtog standardjordemoderomsorg, havde signifikant flere antenatale besøg men færre postnatale. Signifikant færre kvinder i kendt jordemoderordning modtog epiduralblokade under fødslen. Opgørelsen af ressourceforbruget viste, at omkostninger forbundet med aktiviteter før fødselen var de samme de to grupper imellem, omkostninger forbundet med fødslen var signifikant højere ved standardbehandlingen, men efterfødselsforløbet signifikant højere ved kendt jordemoderordning. Sammenholdes alle omkostninger viser kendt jordemoderordning sig at være signifikant billigere end standardbehandling for begge perspektiver. Omkostninger for hospitalet var ved kendt jordemoderordning \$ 4.696 versus standardbehandling \$ 5.521. Omkostninger var for det offentlige sundhedsvæsen henholdsvis \$ 4.722 versus \$ 5.641. Forfatteren konkluderer, at kendt jordemoderordning er omkostningseffektivt for 'lavrisikogravide'. [53]

Den sidste omkostningseffektivitetsanalyse af Rowley et al. anvendte de gravides tilfredshed med jordemoderomsorgen som effektparameter. Omkostningsdata blev indsamlet via journaler, og tilfredsheden blev målt ved hjælp af spørgeskema, der blev udsendt efter fødslen. Omkostningerne blev beregnet på baggrund af DRG-takster. Resultaterne viste, at flere kvinder i kendt jordemoderordning blev registreret med DRG-koden "fødsel uden kom-

plikationer" og færre med koden "vaginal fødsel med komplikationer". Som et sekundært effekt mål undersøgte man forekomsten af sygefravær blandt jordemødrene, hvilket for de kendte jordemødre viste sig at være det halve af, hvad der forekom ved jordemødre i det faste beredskab. Tilfredshedsundersøgelsen viste, at de gravide i den nye ordning følte sig opfordret til at spørge om alt, og at de blev lyttet til. De følte, de blev oplyst om alle alternativer, og at de var med til at tage beslutninger omkring forløbet og fødslen. De gennemsnitlige omkostninger for et graviditetsforløb blev ved kendt jordemoderordning estimeret til \$ 3.324 versus standardbehandling \$ 3.475. Forskelle i jordemødrenes lønninger blev undersøgt, hvilket viste en forskel på \$ 35 per graviditetsforløb. Det blev konkluderet, at kendt jordemoderordning giver større tilfredshed hos de gravide samt en omkostningsbesparelse. [9]

Den enkeltstående omkostningsanalyse af Homer et al. byggede på en hypotese om en nulomkostning ved at drive kendt jordemoderordning. I dette studium bestod den kendte jordemoderordning af to teams, hver med seks fuldtidsjordemødre. Omkostningerne blev beregnet ud fra en række antagelser, der tog hensyn til lønninger, antallet af ydelser før, under og efter fødslen, selve fødslen, antal indlæggelsesdage på forskellige afdelinger, samt den kørsel, jordemødrene har haft i lejede biler. De gennemsnitlige omkostninger ved kendt jordemoderordning var lavere sammenlignet med standardbehandling (\$ 2.579 versus \$ 3.483). En følsomhedsanalyse blev udført for at undersøge, hvorvidt indlæggelse på neonatalafdeling, effektiviteten af graviditetsklinikkerne og andelen af elektive kejsersnit havde indvirkning på gennemsnitsomkostningerne. Selv uden disse parametre fandtes kendt jordemoderordning stadig omkostningsbesparende [54].

Det sidste studie var en omkostningsbeskrivelse af Stimson et al., som reelt repræsenterer refleksioner over de økonomiske konsekvenser, der kunne være forbundet med en kendt jordemoderordning. Omkostningerne blev delt ind i opstartsudgifter, personaleomkostninger og driftsomkostninger. Til opstartudgifter var leje af biler med dertil hørende mobiltelefoner og jordemoderudstyr til hjemmefødsler. Personaleomkostninger blev beregnet som månedslønninger i forhold til de respektive løntrin. Driftsomkostningerne blev beregnet som brugen af de lejede biler (brændstof), telefonabonnement og omkostninger ved brugen af yderligere personale. Omkostninger, som var ens for kendt jordemoderordning og standardbehandling, blev ikke medtaget. Forfatteren konkluderer, at der vil være omkostninger ved at indføre kendt jordemoderordning som ved alle andre organisatoriske ændringer, men at ordningen giver mulighed for øget tilfredshed. [55]

4.5 Omkostningsanalyse

4.5.1 Introduktion

Denne omkostningsanalyse tager udgangspunkt i en simpel bemandingsmodel, som er opstillet i samarbejde med jordemoderfunktionen under Hospitalsenhed Vest på Herning Sygehus samt projektgruppen for denne rapport.

Perspektivet for analysen er jordemoderfunktionen på et hospital, hvor der fokuseres på de ydelser de gravide tilbydes under et samlet typisk graviditetsforløb som illustreret i figur 2. Det skal bemærkes, at dette perspektiv omfatter de serviceydelser, som jordemoderen tilbyder, og dermed ikke omkostninger for andre personalegrupper som obstetrikere, sygeplejersker, sekretariats- og administrationspersonale. Som tidligere nævnt be-

grænser modellen sig ligeledes til de bemandingsmæssige konsekvenser og medtager dermed ikke direkte omkostninger til mobiltelefoner og iPads samt indvirkning på jordemoderledelsen og forskelle i jordemødrenes sygefravær.

Formålet med omkostningsmodellen er at identificere og beskrive forskelle i gennemsnitsomkostningen for jordemoderydelsen under de alternative organiseringer "kendt jordemoderordning" versus "fast beredskab".

4.5.2 Metode

Omkostningsanalysen baseres på en model, som er opstillet med afsæt i detaljerede økonomistyringsmodeller fra Herning. Modellen er herefter diskuteret med den øvrige projektgruppe for denne evaluering og fremstår principielt som en konsensusbaseret model under visse forudsætninger:

1. Et team under kendt jordemoderordning kan varetage 120 fødsler årligt. Dette estimat er baseret på lokalaftalen for Herning og antages at være uafhængigt af produktionsvolumen i øvrigt.
2. Det faste beredskab er baseret på en opdeling af døgnet i tre dele: dag, aften og nat, hvor der kan være et varierende antal jordemødre på vagt, typisk færrest om natten og flest om dagen, hvor de elektive aktiviteter foregår. Tabel 14 illustrerer de forudsætninger, der er gjort, i forhold til hvor stor en bemanding der kræves for forskellige produktionsvolumener. Ved fx et fødselsvolumen på 1.000 fødsler årligt og udelukkende bemandede med fast beredskab antages det, at der er behov for tre jordemødre i dagvagt, tre i aftenvagt og to i nattevagt. Det faste beredskab kan så reduceres i takt med, at der suppleres med kendt jordemoderordning. Det bør dog bemærkes, at der altid vil kræves et minimumsberedskab, og at hvert 'spring' i antal graviditetsforløb under kendt jordemoderordning er på 120 graviditetsforløb. Disse forhold bevirker, at der ikke nødvendigvis kan reduceres en jordemoder i det faste beredskab for hver ekstra jordemoder, der ansættes under kendt jordemoderordning.
3. Antallet af timer det faste beredskab bruger på konsultationer, fødselsforberedelse og efterfødselspakker påvirkes af tilstedeværelsen af kendt jordemoderordning. Disse ydelser udbydes normalt udenfor det faste vagtlag, mens de under kendt jordemoderordning er en del af en samlet pakke. Bemandingsmodellen skal således korrigeres for, at ambulatoriet lettes for denne aktivitet i forbindelse med kendt jordemoderordning. Dette antages at udgøre i alt 4,2 timer per graviditetsforløb: 2 timer på konsultationer, 1,2 time til fødselsforberedelse og 1 time på efterfødselspakken.

Under de nævnte forudsætninger opstilles forskellige scenarier, som repræsenterer den danske kontekst i forhold til produktionsvolumen (fra 1.000 til 5.000 graviditetsforløb årligt per afdeling). De forskellige scenarier præsenteres endvidere for forskellige procentdele af jordemødre, ansat under kendt jordemoderordning, for at illustrere hvordan forskellige varianter af interventionen kan have betydning for kapacitetsudnyttelse og dermed forskellen i omkostninger. Det primære mål for den modelbaserede omkostningsanalyse er gennemsnitlige omkostninger per graviditetsforløb for et fremtidigt rutinescenarie.

Tabel 14. Forudsætninger for omkostningsanalyse: bemanning af jordemødre på fødestedet

Fødselsvolumen (årligt antal)	Jordemødre i kendt ordning (%)	Jordemoderbemandingen (antal)		
		Jordemødre i kendt ordning	Jordemødre i fast vagt	Fuldtidsstillinger*
1.000	0	0	3-3-2	16,92
	10	2	3-3-2	18,70
	25	4	3-2-2	18,67
	50	8	2-2-2	20,46
2.000	0	0	5-5-4	30,24
	10	4	5-4-4	31,99
	25	8	4-3-3	36,45
	50	16	3-3-2	33,72
3.000	0	0	6-6-5	38,13
	10	6	6-5-5	41,69
	25	12	5-5-4	43,97
	50	24	4-3-3	46,98
5.000	0	0	8-8-7	53,98
	10	8	7-7-7	57,52
	25	20	7-6-6	64,64
	50	40	5-5-5	75,30

* Forbruget af stillinger i alt udelukkende til jordemoderydelse, inklusive konsultation, fødselsforberedelse, efterfødselspakke samt kompensation til afholdelse af kurser, ferie, barsel, sygdom og udgifter til særydelse.

4.5.3 Resultater

Tabel 15 viser de estimerede, gennemsnitlige omkostninger for jordemoderfunktionen i et helt graviditetsforløb, varierende fra ca. 4.000 - 8.000 DKK alt efter fødselsvolumen og organiseringsform for jordemoderfunktionen. Omkostningsestimaterne afspejler, at der er stordriftsfordele forbundet med høj fødselsvolumen, og således forekommer den laveste omkostning ved 5.000 årlige fødsler, mens den højeste omkostning forekommer ved 1.000 fødsler årligt. Det interessante er imidlertid marginalomkostningerne som viser, hvad det vil betyde at gå fra 0 % kendt jordemoderordning til en given andel af jordemoderfunktionen organiseret under kendt jordemoderordning. Marginalomkostningerne varierer fra ca. 400 til 2.000 DKK og viser et ikke konstant skalaafkast, fordi kapacitetsudnyttelsesgraden varierer mellem de forholdsvis grove specifikationer af scenarierne. Ansættes fx to ekstra jordemødre under kendt jordemoderordning, betyder det ikke nødvendigvis, at der kan fjernes to jordemødre fra det faste beredskab, blandt andet fordi døgnnet skal dækkes med jordemødre på fødegangen. Det vil derfor være forskelligt for de forskellige fødselsvolumener, lige præcis hvor personalet gør mest nytte.

Tabel 16 viser kapacitetsudnyttelsesgraden for forskellige produktionsvolumener. Disse beregninger tager udgangspunkt i den højest observerede kapacitetsudnyttelse, dvs. antal

fødsler per ansat, og ser på i hvilken grad dette påvirkes ved at drive både fast beredskab og kendt jordemoderordning. Marginalomkostningerne og kapacitetsudnyttelsen hænger som hovedregel sammen ved at jo lavere kapacitetsudnyttelse jo højere marginalomkostninger. Ved 5.000 årlige fødsler og 50 % kendt jordemoderordning er kapacitetsudnyttelsen fx 72 % og marginalomkostningerne på ca. 2.069 DKK, hvorimod der ved 2.000 årlige fødsler og 50 % kendt jordemoderordning fx er en kapacitetsudnyttelse på 90 % og en marginalomkostning på ca. 1.087 DKK. Resultaterne illustrerer, at den optimale andel af produktionen under kendt jordemoderordning vil afhænge af lokale forhold som især produktionsvolumen.

Tabel 15. Estimer for de gennemsnitlige jordemoderomkostninger per graviditetsforløb

Fødselsvolumen (årligt antal)	Jordemødre i kendt ordning (%)	Gennemsnitlige jordemoderomkostninger per graviditetsforløb	Marginalomkostninger*
1.000	0	6.577	-
	10	7.370	793
	25	7.464	887
	50	8.363	1.786
2.000	0	5.877	-
	10	6.321	444
	25	7.156	1.279
	50	6.964	1.087
3.000	0	4.941	-
	10	5.505	564
	25	5.836	895
	50	6.498	1.557
5.000	0	4.196	-
	10	4.554	357
	25	5.231	1.035
	50	6.265	2.069

* Ekstraomkostningen per graviditetsforløb ved at gå fra 0 % kendt ordning til henholdsvis 10 %, 25 % eller 50 % kendt jordemoderordning.

Tabel 16. Kapacitetsudnyttelse for forskellige scenarier

Fødselsvolumen (årligt antal)	Jordemødre i kendt ordning (%)	Fordeling af fødselsvolumen (årligt antal)		Antal fødsler per fuldtids- stilling per år*	Kapacitetsudnyttelse (%)**
		Kendt jordemoder- team	Fast be- redskab		
1.000	0	0	1.000	59	100
	10	120	880	53	90
	25	240	760	54	91
	50	480	520	49	83
2.000	0	0	2.000	66	100
	10	240	1.760	63	95
	25	480	1.520	55	83
	50	960	1.040	59	90
3.000	0	0	3.000	79	100
	10	360	2.640	72	91
	25	720	2.280	68	87
	50	1.440	1.560	64	81
5.000	0	0	5.000	93	100
	10	480	4.520	87	94
	25	1.200	3.800	77	84
	50	2.400	2.600	66	72

* Fødselsvolumen fordelt på antallet af bruttostillinger fra tabel 14.

** Baseret på højeste observerede effektivitet indenfor pågældende fødselsvolumen.

4.6 Diskussion og sammenfatning

Dette kapitel har belyst mulige økonomiske konsekvenser af at overgå fra fast jordemoderberedskab til en grad af kendt jordemoderordning på danske fødeafdelinger. Kapitlets resultater sonderer således mellem forskellige produktionsvolumener (som er givne på forhånd) og forskellige andele af kendt jordemoderordning (som de enkelte ledelser kan overveje). Kapitlet har gennemgået forventninger fra et teoretisk perspektiv, relevant evidens fra den internationale litteratur og opstillet en simpel omkostningsmodel for det danske perspektiv. Disse elementer diskuteres i det følgende.

Baseret på litteraturgennemgangen ser det ud til, at kendt jordemoderordning medfører moderate omkostningsbesparelser i en australsk kontekst. Det er imidlertid uvist, om dette resultat kan overføres til en dansk kontekst, da den undersøgte intervention ikke er identisk med den danske model (qua blandt andet variation i antallet af jordemødre i et team), ligesom kulturelle og økonomiske forhold i øvrigt vil variere mellem Danmark og Australien. På effektsiden baserer den økonomiske litteratur sig på nogle af de samme resultater, som blev præsenteret i denne rapportes kapitel 2. Ingen af de tre omkostningseffektivitetsanalyser rapporterer nogen formel syntese af omkostninger og effekter, men konkluderer alligevel at kendt jordemoderordning er omkostningseffektiv. Det bør her bemærkes, at det

strengt taget ikke er en valid konklusion uden forudgående formel syntese af omkostninger og effekter (nettogevinst), hvor der samtidig er taget hensyn til statistisk variation.

Den opstillede omkostningsmodel demonstrerede en gennemsnitlig ekstraomkostning i størrelsesordenen 400 - 2.000 DKK per graviditetsforløb. Det bør dog understreges, at de forholdsvis komplekse organisatoriske forhold, som relateres til især omfanget af akutkald, hurtigt kan ændre en ekstraomkostning på få tusinde kroner til en omkostningsbesparelse. Endvidere bør det bemærkes, at den opstillede omkostningsmodel er forholdsvis simpel og alene repræsenterer de bemandingsmæssige omkostninger for jordemoderfunktionen, dvs. uden hensyntagen til direkte omkostninger, såsom kørselstillæg, mobiltelefoner og iPads eller omkostninger til andre personalegrupper, som afdelingsjordemødre, tillidsmænd og obstetrikere. Således udgør de estimerede gennemsnitsomkostninger kun en andel af de samlede omkostninger, der er forbundet med et graviditetsforløb. Ser man på de gældende afregningstariffer for de ydelser, der er forbundet med typiske graviditets- og fødselsforløb, varierer omkostningerne mellem 27.000 og 48.000 DKK, alt efter om der er komplicerende forhold (se bilag 5). I det perspektiv synes en marginalomkostning for jordemoderydelsen på 400 - 2.000 DKK således ikke af meget, såfremt de gravide oplever en øget servicekvalitet.

Ved opstilling af regnestykket for, hvor meget det koster, eller hvor meget der spares ved at tilbyde kendt jordemoderordning, er der en del kompleksitet, som det ikke er muligt at rumme i en simpel model og herved visse usikkerheder forbundet med de estimerede marginalomkostninger. Det rene fokus på jordemoderbemanding betyder, at resultatet i høj grad drives af kapacitetsudnyttelse, dvs. hvor mange fødsler hver jordemoder i gennemsnit kan varetage. Imidlertid kan man forestille sig flere forhold, der kan forvride indvirkningen på denne parameter. Det kunne fx være forhold relateret til vagtplanlægning og et afledt behov for færre eller flere akutkald. Produktionsplanlægningen er således en nøje balancegang mellem ikke at have for stor ledig kapacitet og så at kunne håndtere den variation i antallet af fødende, der nu engang finder sted.

Andre usikkerheder angående omkostningsmodellens interne validitet vedrører nogle af de teoretiske forventninger, som hverken omkostningsmodellen eller litteraturen undersøger. Her er det især konsekvenserne for sygefravær blandt jordemødre, der vil have indflydelse, såfremt det varierer mellem fast beredskab og kendt jordemoderordning. Et enkelt studie viser betydeligt mindre sygefravær blandt kendte jordemødre [9], men i dansk kontekst kendes omfanget ikke. I den forbindelse er der yderligere den udfordring for overførbareheden af resultater fra Australien, at et typisk dansk team kun består af to jordemødre (mod de fire - seks i Australisk kontekst). Alt andet lige må man forvente, at jo mindre team, jo højere krav til fleksibilitet, og således også større sårbarhed overfor fx sygefravær. I forlængelse af dette kan det også diskuteres, hvorvidt det kan være en udfordring at rekruttere kendte jordemødre uden særlig lønkomensation. Sidst skal forhold som kultur og erfaringsniveau også nævnes som forhold, der kan påvirke bemandingsomkostningerne ved kendt jordemoderordning.

Hvad angår den eksterne validitet bør det diskuteres, hvorvidt omkostningsmodellen, som tager udgangspunkt i økonomistyringsmodeller fra Herning, er generaliserbar til alle danske afdelinger. Jævnfør kapitel 3 varierer det landet over, hvilke grupper af kvinder der til-

bydes kendt jordemoderordning. Et andet aspekt er populationsheterogenitet som fx andelen af sårbare kvinder i et optageområde. Det forventes, at netop de sårbare kvinder vil profitere mere af kendt jordemoderordning end fx flergangsfødende uden nogen form for komplikationer. De sårbare kvinder har særligt gavn af den øgede tilgængelighed og tryghed for at styrke og bedre deres håndtering af den nye livssituation. Er der således afdelinger med høj frekvens af sårbare kvinder, er det sandsynligt, at gevinsten ved kendt jordemoderordning er underestimeret, mens det ikke umiddelbart forventes at have nogen betydning omkostningsmæssigt.

De nævnte usikkerheder taget i betragtning synes det ikke relevant at drage nogen endelig konklusion om, hvorvidt kendt jordemoderordning er forbundet med nogen ekstraomkostning eller -besparelse. Nærværende analyse peger i retning af en ekstraomkostning, fordi produktionskapaciteten ikke i så høj grad som ellers kan udnyttes. Til gengæld er der komplekse forhold som relateres til især omfanget af akutkald, som hurtigt kan ændre en ekstraomkostning på nogle få tusinde kroner til en omkostningsbesparelse, hvis kendt jordemoderordning kommer med ekstra fleksibilitet i produktionsapparatet. Det må således anbefales at gennemføre en formel omkostningseffektivitetsanalyse for den danske kontekst, gerne bundet op på et klinisk forsøg, hvor man fx randomiserer kvinder til enten kendt jordemoderordning eller fast beredskab.

5 Samlede resultater og perspektivering

I foreliggende evaluering af kendt jordemoderordning i Region Midtjylland undersøges og vurderes forudsætninger for og konsekvenser af indførelse og drift af kendt jordemoderordning som behandlingstilbud til gravide gennem deres graviditetsforløb, fødsel og efterfødsel. Gennem tre analyser/perspektiver vurderes ordningen:

- En systematisk søgning på og gennemgang af primære og sekundære studier vedrørende kliniske og patientrelaterede effekter af at indgå i en kendt jordemoderordning
- En organisatorisk analyse baseret på interview med fagpersonale
- En økonomisk analyse baseret dels på tidligere økonomiske analyser/studier samt omkostningsanalyse.

Hensigten med en kendt jordemoderordning er behandling ved samme eller få jordemødre i graviditeten, under fødsel og i det efterfølgende forløb. Jævnfør afsnit 1.1 er kendtheden reduceret over en årrække i sammenhæng med større sygehuse og færre fødesteder. Hensigten med kendt jordemoderordning er, at få behandlere i forløbet formentlig kan være med til at forbedre og skabe en mere ensartet behandling af den gravide samt give den gravide en større tryghed i forløbet ved sammenligning med konventionel behandling. Hermed antages en positiv indvirkning på kliniske effektforhold (fx anvendelse af bedøvelse, antal kejsersnit) samt på tilfredshed og tryghed blandt de gravide. Organiseringen af en kendt jordemoderordning påvirker desuden de faglige aktører i forløbet, blandt andet gennem en betydelig omorganisering af jordemoderens arbejdstider og vagter. Den interne organiserings konsekvenser for jordemødrene beskrives i kapitel 3, hvor kendt jordemoderordning beskrives og defineres yderligere. Det kan her bemærkes, at kendt jordemoderordning og kendthed ikke konstituerer et entydigt begreb, men varierer med den lokale kontekst, hvori den indlejres (jf. kapitel 3). Interventionens grundelement - kontinuitet/kendthed er naturligvis centralt, og omfanget af gravide, der føder med den kendte jordemoder, vurderes i hovedparten af de inkluderede studier.

Dette og andre faktorer har naturligvis stor betydning for overføringsværdien af de inkluderede studiers resultater. I afsnit 2.4.2 anføres de væsentligste forhold i relation til overførbare af resultaterne.

5.1 Resultater

- Der findes moderat evidens for, at antallet af epiduralblokader hos gravide reduceres ved at indgå i en kendt jordemoderordning, og for at antallet af neonatale indlæggelser ikke varierer mellem interventions- og kontrolgrupper. Ligeledes findes moderat evidens for øget tilfredshed blandt gravide i en kendt jordemoderordning.
- Vedrørende kejsersnit er resultaterne inkonsistente. Syv ud af ni studier er insignifikante, men i hovedparten af studierne ses færre kejsersnit hos gravide i kendt jordemoderordning. Ingen studier påviser signifikant færre kejsersnit i kontrolgruppen. 'Lavrisikogravide' synes i højere grad at profitere af ordningen.
- Evidensen omkring andre effektforhold er mindre klar, dog falder størstedelen af resultaterne ud til fordel for kendt jordemoderordning. Det bør bemærkes, at litteraturgengangen viser, at kendt jordemoderordning er en sikker ordning, således forstået at der ikke kan påvises nogen risiko ved at indgå i ordningen.

- Selvom parallelle sundhedspolitiske og organisatoriske forandringer formelt er isolerede tiltag, spiller de i praksis tæt sammen med implementering af kendt jordemoderordning. Eksempler herpå er indførelsen af efterfødselspakker og større organisatoriske omstruktureringer.
- Implementeringsprocessen påvirkes af andelen af fødsler i kendt jordemoderordning i forhold til sædvanlig praksis. Pilotprojekter med deres egen finansiering har nemmere ved at blive et positivt tilvalg, mens ordninger som finansieres af vagtlag fra det faste beredskab har sværere forudsætninger.
- Kendt jordemoderordnings målgruppe har indflydelse på, hvordan ordningen udfoldes i praksis. Ordninger med fokus alene på førstegangsfødende kvinder kan opleves mere belastende for jordemødrene end ordninger med en blanding af første- og flergangsfødende.
- Kendt jordemoderordning drives af jordemødrenes delte ønske om såvel uafhængighed som faste rammer i arbejdet; det stiller store krav til jordemødrene og ledelsen at håndtere begge dele på en gang.
- Den eksisterende litteratur om de økonomiske konsekvenser af kendt jordemoderordning er primært af australsk oprindelse og viser, at der kan være en moderat omkostningsbesparelse forbundet med ordningen. Det er imidlertid uvist om dette resultat kan overføres til en dansk kontekst, da den undersøgte intervention i litteraturen adskiller sig fra den danske model, ligesom kulturelle og økonomiske forhold i øvrigt varierer mellem Danmark og Australien. På effektsiden genfinder den økonomiske litteratur de resultater, der også blev præsenteret i denne rapports kapitel 2.
- Der er opstillet en simpel model for de bemandingsmæssige omkostninger ved kendt jordemoderordning i en dansk kontekst. Modellen demonstrerer en gennemsnitlig ekstraomkostning i størrelsesordenen 400 - 2.000 DKK per graviditetsforløb, hvilket umiddelbart er i modstrid med de australske resultater. Det bør dog bemærkes, at de komplekse organisatoriske forhold, som relateres til især omfanget af akutkald, hurtigt kan ændre en ekstraomkostning på nogle få tusinde kroner til en omkostningsbesparelse. Om end de bemandingsmæssige omkostninger ikke dækker det fulde sundhedssektorperspektiv, så anses de dog for de væsentligste, og det må derfor konkluderes, at kendt jordemoderordning ikke medfører betydelige ekstraomkostninger, såfremt den organisatoriske fleksibilitet bevares.
- Der findes ingen studier, der har analyseret syntesen mellem omkostninger og effekter, dvs. hvor meget man får for pengene ved at investere i kendt jordemoderordning versus andre tiltag i sundhedsvæsenet. Når ekstraomkostningen imidlertid er moderat, simplificeres scenariet, så man kan lade beslutningstagningen guides af effektsiden.

5.2 Perspektivering

Rapportens konklusioner giver anledning til en del overvejelser ved indførelse og drift af kendt jordemoderordning og udstiller samtidig noget af den kompleksitet, der præger området. Dette har direkte indvirkning på evalueringen af ordningen, som har mange indfaldsvinkler, forskelligartede patientgrupper at vurdere på, uensartede interventioner og talrige effektmål at tage hensyn til. Den mest hensigtsmæssige organisering af kendt jordemoderordning savner fortsat at blive belyst. Hvor mange jordemødre i den enkelte ordning er mest optimalt, og hvilke gravide har mest gavn af ordningen? Foreløbige resultater tyder på, at gravide vurderet i en lavrisikogruppe muligvis har større gavn af ordningen, hvorimod der ikke er vist nogen forskel mellem første- og flergangsgravide. Andrews et al.

diskuterer om særligt udsatte grupper i højere grad kan profitere af ordningen, ikke mindst på grund af øget morbiditet blandt gravide fra ringere socioøkonomiske vilkår [39].

Studiernes eksterne validitet kan som omtalt være begrænset af både interventionernes kontekstafhængighed, og om de gravide er repræsentative for gravide danske kvinder. Studierne er desuden uensartede, særligt hvad angår interventioner samt anvendte effektmål. Et forløb i en kendt jordemoderordning vil i England (hvor graviditetsforløb oftere håndteres af lægefagligt personale) og muligvis i 'kendtordninger' i Australien i større grad afvige fra sædvanlig praksis end i Danmark. Hvilken betydning det får for effekten af interventionen, er svært at sige. Muligvis vil effekten være reduceret under danske forhold. Omvendt reduceres de positive effekter af kendt jordemoderordning muligvis af manglende blinding i studierne. Typen af disse interventioner besværliggør blinding af både gravide og fagprofessionelle. Medvirken i et studie og kendskabet til de forskellige interventioner kan muligvis betyde en adfærdsændring hos de behandlere og gravide, der ikke modtager den nye intervention – en adfærdsændring som kan resultere i større effekt hos ikke-interventionsgruppen end ventet, hvorved effekten af kendt jordemoderordning udvandes.

Den øgede medikalisering af særligt fødslen med forøget anvendelse af fx epiduralblokade og kejsersnit har netop givet anledning til en slags genindførelse af en behandling, som giver mulighed for et tættere forhold mellem den gravide og jordemoderen (jf. afsnit 1.1). Det personlige tillidsforhold og trykforhold mellem jordemoderen og den gravide skulle herved styrkes og øge kvaliteten i behandlingen. Samlet kan der dog ikke påvises nogen forskel i antal kejsersnit ved at indgå i en kendt jordemoderordning i forhold til sædvanlig praksis, men der ses en reduktion i antal epiduralblokeer, hvilket kan skyldes reduceret behov for behandling i kombination med personlige præferencer hos de jordemødre, som vælger at indgå i en kendt jordemoderordning. Dette er netop en af de svagheder McLachlan et al. påpeger i deres studiedesign, at jordemødre selv vælger, hvorvidt de ønsker at indgå i kendt jordemoderordning eller ikke. Hermed introduceres en form for selektionsbias på behandlersiden. Imidlertid anses netop dette også som værende en af forudsætningerne for ordningens 'bæredygtighed'. For at ordningen kan implementeres, vil ledelsen som oftest være afhængig af, at der er jordemødre blandt fødestedets ansatte, der ønsker at skifte til en kendt jordemoderordning. Det kan være vanskeligt at flytte jordemødre ind i en ordning, som de ikke ønsker. Samtidig vil arbejdspladsens arbejdstidsaftaler typisk besværliggøre en sådan flytning, hvis det ikke sker på frivillig basis. Denne implementeringsudfordring kan potentielt vanskeliggøre iværksættelsen af en kendt jordemoderordning i en afdeling.

Hvordan kendthed måles og opfattes er også en udfordring. I kapitel 3 beskrives den bagvedliggende idé: at skabe større sammenhæng mellem behandlingen før, under og efter fødslen (i og med at de gravide kvinder kun møder et begrænset antal jordemødre). Målingerne varierer dog i forhold til, om det er jordemoderens deltagelse i fødslen eller jordemoderens deltagelse i dele af fødselsforløbet, der registreres. Den første måde at registrere på vil sandsynligvis ikke være retvisende for en reel dækning i ordningen ved en kendt jordemoder, da den fødende kan være blevet passet af sin kendte jordemoder igennem mange timer, uden at jordemoderen 'når' at deltage i selve fødslen. Med længere fødsler er det sandsynligt, at denne situation oftere opstår blandt førstegangsfødende. Der forekommer altså flere grader af kendthed, hvilket nødvendiggør en grundig beskrivelse af for-

tolkningen af kendthed og målingen af samme i fremtidige undersøgelser. Kommende undersøgelser/vidensopsamling bør desuden fokusere på følgende:

- Bedre beskrivelser af interventioner og organisatorisk setup, hvormed det i større grad vil være muligt at vurdere og eftergøre givne indsatser.
- Hvor mange jordemødre er mest optimalt i et team, og hvor stort caseload er mest effektivt/omkostningseffektivt i 'kendtordninger'?
- Undersøgelser af hvilke undergrupper af gravide (fx socialt udsatte grupper og første-/flergangsfødende), der har størst gavn af kendt jordemoderordning.
- Hvordan og hvor lang tid bør der følges op i efterfødselsforløbet?
- Øget forståelse af, hvilke omstændigheder/faktorer i den organisatoriske konstruktion "kendt jordemoderordning", der bevirker eventuelle gavnlige effekter.
- Hvorledes påvirker gode fødselsoplevelser/kendt jordemoderordning fremtidige fødsler for den gravide?
- Studier der undersøger både første- og flergangsfødendes psykosociale forhold, amning, sygefravær, indlæggelsestider samt antal genindlæggelser (mor/ barn) ved at indgå i en kendt jordemoderordning. Andre mulige kort- og langsigtede effekter af ordningen ønskes ligeledes identificeret.
- Hvordan håndterer organisationen/ledelsen bedst indførelse og drift af en kendt jordemoderordning på et fødested, hvad angår fx rekruttering af jordemødre til ordningen, løbende supervision, og herunder hvordan der bedst samarbejdes med det eksisterende/faste beredskab?

Referencer

- (1) Britton M. Evidensgradering. SBU: <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/Om-SBUs-metodergranskning/Evidensgradering/> 2009.
- (2) Løvschall C, Bech M, Rasmussen C, Petersen T, Hartvigsen J, Jensen C, et al. Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Litteraturvurdering. <http://www.sst.dk/litteraturvurdering> 2011.
- (4) Hartz DL, Foureur M, Tracy SK. Australian caseload midwifery: the exception or the rule. *Women Birth* 2012;25(1):39-46.
- (5) Center for Kompetence Udvikling, Nordjyllands Amt. Projekt Moderne Distriktsjordemoder. Aalborg: Center for Kompetence Udvikling, Nordjyllands Amt, 2006.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
- (7) Enheden for Brugerundersøgelser. LUP Fødende. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende. København: Region Hovedstaden, 2013.
- (8) Farquhar M, Camilleri-Ferrante C, Todd C. Continuity of care in maternity services: women's views of one team midwifery scheme. *Midwifery* 2000;16:35-47.
- (9) Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW, Wlodarczyk JH. Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. *Med J Aust* 1995;163:289-93.
- (10) Waldenström U, Brown S, McLachlan H, Forster D, Brennecke S. Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth* 2000;27:156-67.
- (11) Cliff H. Jordemoderliv. København: Borgens Forlag, 1992.
- (12) Cliff H. Fastansat ved Mysteriet. København: Borgens forlag, 2002.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
- (14) North Staffordshire Changing Childbirth Research Team. A randomised study of midwifery caseload care and traditional 'shared-care'. *Midwifery* 2000;16:295-302.
- (15) Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet* 2013:16.
- (16) McLachlan H, Forster D, Davey M, Farrell T, Gold L, Biró M, et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG* 2012;119:1483-92.
- (17) Beckmann M, Kildea S, Gibbons K. Midwifery group practice and mode of birth. *Women Birth* 2012;25:187-93.
- (18) Benjamin Y, Walsh D, Taub N. A comparison of partnership caseload midwifery care with conventional team midwifery care: labour and birth outcomes. *Midwifery* 2001;17:234-40.
- (19) Biró MA, Waldenström U, Pannifex JH. Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. *Birth* 2000;27:168-73.

- (20) Bai J, Gyaneshwar R, Bauman A. Models of antenatal care and obstetric outcomes in Sydney South West. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48:454-61.
- (21) Johnson M, Stewart H, Langdon R, Kelly P, Yong L. A comparison of the outcomes of partnership caseload midwifery and standard hospital care in low risk mothers. *Aust J Adv Nurs.* 2005;22:21-7.
- (22) Turnbull D, Baghurst P, Collins C, Cornwell C, Nixon A, Donnelan-Fernandez R, et al. An evaluation of Midwifery Group Practice. Part I: clinical effectiveness. *Women Birth* 2009;22:3-9.
- (23) Waldenström U, McLachlan H, Forster D, Brennecke S, Brown S. Team midwife care: Maternal and infant outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41:257-64.
- (24) Hatem MF, Sandall JF, Devane DF, Soltani HF, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;8.
- (25) Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8.
- (26) Fayers P, Machin D. *Quality of life*. 1 ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2000.
- (27) Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with Team Midwifery Care for Low- and High-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. *Birth* 2003;30:1-10.
- (28) Hart A, Pankhurst FL, Sommerville F. An evaluation of team midwifery. *British Journal of Midwifery* 1999;7:573-8.
- (29) Johnson M, Stewart H, Langdon R, Kelly P, Yong L. Women-centred care and caseload models of midwifery. *Collegian* 2003;10:30-4.
- (30) Fereday J, Collins C, Turnbull D, Pincombe J, Oster C. An evaluation of Midwifery Group Practice Part II: women's satisfaction. *Women Birth* 2009;22:11-6.
- (31) Lyberg A, Severinsson E. Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care - a follow-up study. *J Nurs Manag* 2010;18:383-90.
- (32) Forster DA, Newton M, McLachlan HL, Willis K. Exploring implementation and sustainability of models of care: can theory help? *BMC Public Health* 2011;11:58.
- (33) Walker SB, Moore HD, Eaton A. North Queensland midwives' experience with a team model of midwifery care. *Aust J Midwifery* 2004;17:17-22.
- (34) Hartz DL, White J, Lainchbury KA, Gunn H, Jarman H, Welsh AW, et al. Australian maternity reform through clinical redesign. *Aust Health Rev* 2012;36:169-75.
- (35) Farquhar M, Camilleri-Ferrante C, Todd C. General practitioners' views of working with team midwifery. *Br J Gen Pract* 2000;50:211-3.
- (36) Wensing M, Bosch M, Grol R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *CMAJ* 2010;182:E85-E88.
- (37) Craig PF, Dieppe PF, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud* 2013;50:587-92.
- (38) Soltani H, Sandall J. Organisation of maternity care and choices of mode of birth: a worldwide view. *Midwifery* 2012;28:146-9.
- (39) Andrews S, Brown L, Bowman L, Price L, Taylor R. Caseload midwifery: a review. *Midwifery Matters* 2006;(108):15-20.

- (40) Tracy SK, Hartz D, Nicholl M, McCann Y, Latta D. An integrated service network in maternity--the implementation of a midwifery-led unit. *Aust Health Rev* 2005;29:332-9.
- (41) Farquhar M, Camilleri-Ferrante C, Todd C. Working with team midwifery: health visitors' views of one team midwifery scheme. *J Adv Nurs* 1998;27:546-52.
- (42) Fenwick N, Morgan M, McKenzie C, Wolfe C. General practitioners' attitudes to the development of midwifery group practices. *Br J Gen Pract* 1998;48:1395-8.
- (43) Pankhurst FL, Hart A. The impact of team midwifery on GPs. *British Journal of Midwifery* 1999;7:632-6.
- (44) Sandall J. Choice, continuity and control: changing midwifery, towards a sociological perspective. *Midwifery* 1995;11:201-9.
- (45) Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009;4:50.
- (46) Ovretveit J. Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ Qual Saf* 2011;20:i18-i23.
- (47) Robert G, Greenhalgh T, MacFarlane F, Peacock R. Adopting and assimilating new non-pharmaceutical technologies into health care: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2010;15:243-50.
- (48) Kirkpatrick I, Dent M, Kragh-Jespersen P. The contested terrain of hospital management: professional projects and healthcare reform in Denmark. *Current Sociology* 2011;59:489-506.
- (49) Greenhalgh T, Glenn R, Bate P et al. How to spread good ideas. A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), 2004.
- (50) May C, Finch T. Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory. *Sociology* 2009;43:535-554. 2009.
- (51) Greenhalgh T. Role of routines in collaborative work in healthcare organisations. *BMJ* 2008;337:a2448.
- (52) Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation*. London: Sage Publications Ltd., 1997.
- (53) Toohill J, Turkstra E, Gamble J, Scuffham PA. A non-randomised trial investigating the cost-effectiveness of Midwifery Group Practice compared with standard maternity care arrangements in one Australian hospital. *Midwifery* 2012;28:e874-9.
- (54) Homer CS, Matha DV, Jordan LG, Wills J, Davis GK. Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis. *Aust Health Rev* 2001;24:85-93.
- (55) Stimson L. Caseload midwifery - a cost-benefit analysis. *Mod Midwife* 1995;5:12-4.

Bilag

Bilag 1

Litteratursøgning - søgestrategi

Bilag 2

Litteratursøgning - vurdering

Bilag 3

Diagram over udvælgelse af referencer til kapitel 2

Bilag 4

Interviewguide

Bilag 5

Nuværende finansiering af jordemoderfunktionen

Bilag 1

Søgestrategi for søgning til kapitel 2 (1. del søgning)

Patientgruppe og Interventioner:

Gravide (ingen yderligere afgrænsning) Søgeord: pregnancy kombineres med Søgeord: Continuity of patient care.

Nedenstående søgeord søges ukombineret:

- Team midwife care
- Midwifery group practice
- Caseload midwifery
- Team midwifery
- Primary midwife

Afgrænsning (alle søgninger):

- Aldersgruppe: ingen
- Tid: ingen
- Effektmål: ingen
- Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk
- Studiedesign: ingen

Databaser:

- PubMed, Embase, Cinahl og PsycInfo

Søgning gennemført oktober 2012 med supplerende søgning i PubMed september 2013.

Derudover er hovedforfatter på australsk studie [15] kontaktet i forhold til eventuelle resultater, hvilket medførte inklusion af ny RCT, publiceret online september 2013.

Søgestrategi for søgning til organisationskapitel (kapitel 3) (2. del søgning)

Intervention (kendt jordemoderordning)

Søgeord:

- Continuity of patient care
- Team midwife care
- Midwifery group practice
- Caseload midwifery
- Team midwifery
- Primary midwife

Kombineret med:

- Care pathways
- Clinical pathways
- Patient Care Planning
- Implementation
- Health planning (regional)
- Organisation/organisational change

- Division of labour
- Working conditions
- Management
- Professions
- Barriers

Afgrænsning (alle søgninger):

- Aldersgruppe: ingen
- Tid: ingen
- Effektmål: ingen
- Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk og tysk
- Studiedesign: ingen

Databaser:

- PubMed, Embase, Cinahl og PsycInfo, International Bibliography of the Social Sciences, JSTOR, Social Service Abstracts, Sociological Abstracts

Søgning gennemført oktober 2012 med supplerende søgning i PubMed september 2013.

Søgestrategi for søgning til økonomikapitel (kapitel 4) (3. del søgning)

Intervention (kendt jordemoderordning)

Søgeord:

- Continuity of patient care
- Team midwife care
- Midwifery group practice
- Caseload midwifery
- Team midwifery
- Primary midwife

Kombineret med:

- Cost effectiveness analyses
- Cost study
- Cost benefit analyses
- Cost estimate
- Cost utility analyses
- Economic evaluation
- Utilization
- Cost study
- Cost analyses
- Cost estimate
- Costs

Afgrænsning (alle søgninger):

- Aldersgruppe: ingen
- Tid: ingen
- Effektmål: ingen

- Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk
- Studiedesign: ingen

Databaser:

- Embase, PubMed, Cinahl, PsycInfo, Cochrane og EconLit

Søgning gennemført januar 2013 med supplerende søgning i PubMed september 2013. Derudover er hovedforfatter på australsk studie [15] kontaktet i forhold til eventuelle resultater, hvilket medførte inklusion af ny RCT, publiceret online september 2013. Der er desuden søgt i referencelister.

Bilag 2

Udvælgelse af litteratur - overordnede retningslinjer

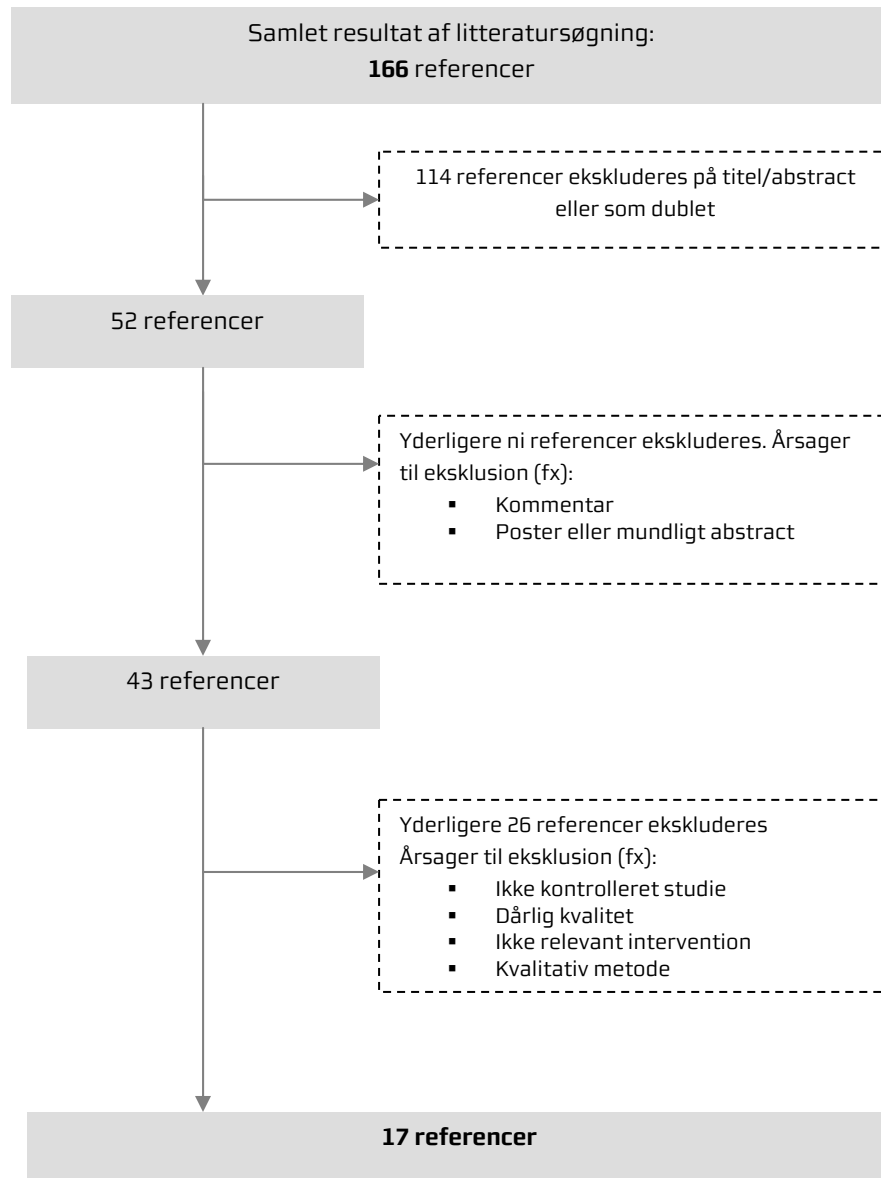
- Mindst to projektdeltagere med kendskab til videnskabelig metode og det faglige indhold har vurderet og udvalgt artikler efter nedenstående fremgangsmåde.
- Artiklerne er sorteret efter relevans af projektdeltagerne hver for sig: Titler og abstracts er gennemset:
 - Artikler med irrelevant titel er sorteret fra
 - Artikler med irrelevant abstract er sorteret fra
- Artikler er betegnet irrelevante, når søgeprotokollens inklusions-/eksklusionskriterier ikke er opfyldt.
- Projektdeltagerne har hver for sig noteret hvilke artikler, der er inkluderet i den videre vurdering.
- De to projektdeltageres lister over inkluderede studier er sammenstillet. Ved uoverensstemmelse er det ud fra artiklens overskrift og abstract i samarbejde vurderet, om artiklen kunne inkluderes.
- Ved fortsat uoverensstemmelse er artiklens fulde tekst vurderet, hvorefter de to projektdeltagere igen har taget stilling til inklusion af artiklen.
- Ved fortsat uoverensstemmelse er artiklen medtaget i analysen.
- Udvælgelse af litteraturen er ikke blindet med hensyn til navne på forfattere, institutioner, tidsskrift og resultater.

Gennemgang af litteratur - overordnede retningslinjer

1. Udvalgte artikler er sorteret efter intern validitet.
 - a. Artikeltyper, der kan bidrage til evidensgrundlaget, er blandt andet: Metaanalyser og systematiske reviews, randomiserede kontrollerede studier og kohortestudier. Publikationstyper, der ikke kan bidrage til evidensgrundlaget, er blandt andet: baggrundsartikler, ledere, ekspertudsagn mv. Sidstnævnte publikationstyper er som udgangspunkt sorteret fra - dog er enkelte af disse artikler bevaret m.h.p. baggrundsbeskrivelse eller diskussion.
 - b. Rapporten inkluderer metaanalyser, systematiske reviews samt primærlitteratur under de givne inklusionskriterier.
2. De valgte artikler er gennemgået med tjekliste.
 - a. Der er anvendt tjeklister udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. De bygger på Method of Evaluating Research and Guideline Evidence's (MERGE) tjeklister, som er udviklet af New South Wales Department of Health i Sydney. Der anvendes forskellige tjeklister til forskellige videnskabelige designtyper [3]. Overordnet behandler tjeklisterne både studierne interne og eksterne validitet samt relevans i forhold til rapporten.
 - b. Mindst to personer fra projektgruppen har uafhængigt af hinanden vurderet litteraturen via tjeklisterne. Eventuelle uoverensstemmelser er løst via diskussion og opnåelse af konsensus de to personer imellem evt. ved tredje person.
 - c. Den endelige vurdering påføres en samlet tjekliste som baggrund for den videre analyse.

Bilag 3

Diagram over udvælgelse af referencer til kapitel 2



Bilag 4

Interviewguide

Formål med Interviews

Interviews er en del af evalueringen af udvalgte kendt jordemoderordninger i Herning, Horsens og Skejby. Studiet sætter fokus på implementeringsprocessen, dvs. hvordan kendt jordemoderordning indføres og udfoldes i specifikke lokale kontekster, hvilke muligheder/udfordringer der opstår, og hvordan de håndteres.

I forlængelse af dette analyseres tre overordnede emner:

- (1) Den lokale model af kendt jordemoderordning
- (2) Hvordan modellen indføres
- (3) Hvordan modellen udfoldes i praksis.

Her er der fokus på: faglige interesser i kendt jordemoderordning, hvordan jordemødrene sammen med læger og sundhedsplejersker tilpasser ordningen, samt hvordan ledelsen støtter indførelsen og udfoldelsen af kendt jordemoderordning.

Det praktiske omkring interviews

Det enkle interview varer mellem 30 og 40 minutter. Det gennemføres som åben samtale og baseres på listen med spørgsmål nedenfor. Spørgsmålene tager udgangspunkt i personlige erfaringer, og derfor kræves der ingen forberedelse, ligesom der ikke findes rigtige eller forkerte svar!

Hvis interviewpersoner er indforstået, optages selve samtalen, og der tilsendes en anonymiseret skriftligt opsamling til godkendelse. Den sikrer, at alle vigtige punkter fra fokusgruppen kommer med.

Efter afslutning af studiet er der mulighed for at få en kopi af den afsluttende rapport. Efter aftale kan der suppleres med et mundtligt oplæg.

Spørgsmål til interviews med jordemødre i 'kendtordninger'

Den lokale model af kendt jordemoderordning

1. Baseret på hvordan kendt jordemoderordning er planlagt ved opstart, hvilke ændringer i forhold til arbejdsopgaver/-fordeling medfører det?
Mere specifikt, medfører kendt jordemoderordning, at jordemødre i ordninger får nye opgaver i forhold til jordemødre i fast beredskab? – og i så fald hvilke?
Og medfører kendt jordemoderordning ændringer i fordelingen af arbejdsopgaver mellem jordemødre og andre faggrupper, primært fødselslæger, laboranter, sundhedsplejersker, egen læge? – og i så fald, hvilke?

Hvordan bliver den lokale model indført?

2. Hvordan har I oplevet indførelsen af kendt jordemoderordning?
Hvordan har ledelsen støttet processen?
Giv gerne konkrete eksempler, både fra begyndelse og fra nu.
Hvordan vurderer I støtten?
Har den været passende? Hvor ønskes mere/anderledes information/støtte?

3. For jer som faggruppe, hvad for nogle faglige gevinster ser I ved kendt jordemoderordning?
Mere specifikt, er der nogle opgaver I har ønsket, men ikke har fået?
Er der nogle opgaver, I har fået, som I ikke har ønsket?

Hvordan udfoldes den lokale model i praksis?

4. Hvordan fungerer kendt jordemoderordning internt?
Hvad fungerer godt? Hvad fungerer mindre godt?
5. Hvordan fungerer samarbejdet med andre faggrupper?
Hvor ligger styrkerne? Hvad skal der arbejdes med?
Hvor i jeres daglige arbejde har I kontakt med andre faggrupper (jordemødre/fødselslæger på fødegangen og sundhedsplejersker, læger)?
Gerne beskriv de konkrete situationer, det drejer sig om.
I de konkrete situationer, hvordan vil I beskrive jeres egen rolle og den anden faggruppes rolle? Hvor er der evt. overlap, og hvordan håndteres dette?
6. Hvad for nogle muligheder og udfordringer er der opstået undervejs, og hvordan bliver de håndteret af jordemødrene/ledelsen/samarbejdspartnere?
På denne baggrund, på hvilke punkter skulle den lokale model justeres?
7. Hvad gør I i ordningen for at gøre kendt jordemoderordning bæredygtig, også på lang sigt?
Hvad gør ledelsen for at gøre kendt jordemoderordning bæredygtig, også på lang sigt?

Bilag 5

Nuværende finansiering af jordemoderfunktionen

Siden januar 2013 er jordemoderydelse blevet afregnet med landsgennemsnitlige takst-baseret DRG- og DAGS-takster. Disse repræsenterer nationale gennemsnitsomkostninger for et samlet forløb. Taksterne for forskellige graviditets- og fødselsforløb er opstillet i tabel 17³.

Første jordemoderkonsultation takseres med en udvidet takst på 476 DKK, da der afsættes ekstra tid til denne. De resterende fem til seks konsultationer takseres med en basistakst på 330 DKK per gang. Det formodes, at gravide med et kompliceret graviditetsforløb som minimum har en ekstra konsultation i forhold til de øvrige gravide. Fødselsforberedelsen, som typisk foregår i grupper, takseres til 330 DKK per gang. Det samlede tidsforbrug per gravid estimeres til 1,2 time, hvilket svarer til fire gange taksten. Efterfødselspakken takseres som værende én gang à 330 DKK.⁴

Ikke alle graviditetsforløb er ens, derfor varierer de samlede omkostninger. Både graviditetsforløbet og selve fødslen kan være ukomplicerede såvel som komplicerede, hvilket influerer på de totale gennemsnitsomkostninger. I 2012 fødtes der i Danmark 58.541 børn, hvoraf 11.946 blev født ved kejsersnit, 768 ved hjemmefødsel og 4.000 blev født for tidligt⁵. Taksterne for førstegangsfødende med ukompliceret eller kompliceret fødsel, såsom kejsersnit, varierer fra 23.253 DKK til 60.842 DKK.⁶ Som førstegangsfødende med et ukompliceret graviditets- og fødselsforløb tilbydes kvinden mange steder at overnatte på patienthotellet. Efter et kompliceret forløb, som fx fødsel ved kejsersnit, overflyttes mor og barn oftest til barselsafdelingen. Kun i tilfælde af for tidlig fødsel eller ved særlige forhold overflyttes barnet til neonatalafdelingen, hvor der er mulighed for særlig pleje og omsorg.

³ <http://www.ssi.dk/>

⁴ <http://visualdrg.rehfeld.dk/>

⁵ <http://www.ssi.dk/>

⁶ <http://visualdrg.rehfeld.dk/>

Tabel 17. DRG-takster ved forskellige eksempler på graviditetsforløb og fødselsforløb (DKK)

DRG-takserede ydelser	DRG-kode	Graviditets- og fødselsforløb			
		Ukompliceret forløb med ukompliceret fødsel	Ukompliceret forløb med kompliceret fødsel	Kompliceret forløb med ukompliceret fødsel	Kompliceret forløb med kompliceret fødsel
Jordemoderkonsultationer (1 stk. udvidet à 476 og 5 - 6 stk. à 330)	PG08H og PG08I	2.126	2.126	2.456	2.456
Fødselsforberedelse (4 gange à 330 per gang)	PG08J	1.320	1.320	1.320	1.320
Ukompliceret fødsel – spontan vaginal fødsel for førstegangsfødende	1.432	23.253			
Kompliceret graviditet med vaginal fødsel	1.420			29.972	
Spontant begyndende fødsel m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	1.411		31.515		
Kompliceret graviditet m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	1.406				43.674
Efterfødselspakke	PG08I	330	330	330	330
Total DRG-honorering per graviditetsforløb		27.029	35.291	34.076	47.780

Tabel 17 viser eksempler på graviditets- og fødselsforløb, med de dertil hørende DRG- og DAGS-takster. Det er bekendt, at der eksisterer flere kombinationsmuligheder end de viste, men disse eksempler skal primært illustrere, hvilken andel af finansieringen, der arbejdes med, nemlig de gennemsnitlige jordemoderomkostninger per graviditetsforløb.

