Høringsvar til Fødeplan for Region Syddanmark, 2022 fra jordemødre ved Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital

Det er et flot udkast til ny fødeplan for Regions Syddanmark. Vi er meget begejstrede for de udvalgte indsatsområder, som vi i Region Syddansk skal have særlig opmærksomhed på i de kommende år. Vi er meget enige i prioriteringen af de udvalgte områder og ser frem til at skulle medvirke til at realisere dem. For at de udvalgte indsatser i fødeplanen kan blive til en realitet, foreslår vi at genbesøge formuleringerne.

Generelt er der under de enkelte indsatsområder indskrevet ”anbefalinger” til fx nedsættelse af arbejdsgrupper. I en fødeplan mener vi, at formuleringen skal være ”skal”, da det ellers bliver for uforpligtende. I læsevejledningen s. 4 er anvendt følgende formulering: *”Til hvert indsatsområde er beskrevet en række anbefalinger, som skal realiseres enten lokalt og/eller regionalt i løbet af planperioden”*. Det skal derfor konsekvensrettes i hele dokumentet fra ”kan” og ”bør” til ” skal”. Endvidere savnes konkretisering af arbejdsgruppernes kommissorium og overordnede målsætninger for indsatserne. På samme vis fremstår tidshorisonterne ukonkrete, idet der primært henvises til at indsatser skal gennemføres indenfor ”planperioden”.

**s. 6 vedr. bestemmelser om frit sygehusvalg**

*”Endvidere kan der være særlige risici, komplikationer eller andet i tilknytning til graviditeten eller fødslen, som ud fra faglige hensyn kan have betydning for anbefalingerne med hensyn til valg af fødested”.*

Det bør præciseres, at der her er tale om, at der vil være visse tilstande, der udelukker fødsel på visse hospitaler (og dermed udgør undtagelser fra retten til frit sygehusvalg) snarere end at der er forhold, der blot ”har betydning for anbefalingerne” om valg af fødested.

**s. 8 (og flere steder i dokumentet)**

Termen ”misbrug” af rusmidler anvendes. Dette bør omformuleres til ”forbrug”.

**s. 8 under ”Status og udfordringer” (og videre frem i dokumentet)**

Generelt savnes mere brug af data til at underbygge, hvilke indsatser vi skal gå med. Og vi kunne ønske en mere nuanceret brug af resultater fra LUP-fødende, så det tydeliggøres, hvordan vi performer og hvor der er behov for styrket indsats. Derudover savnes specificering af målsætninger, hvor er det vi vil hen?

**s. 11 ad. PRO-data**

I LUP fødende ses, at en del kvinder ikke har oplevet at jdm har været sat nok ind i deres forløb – derfor skal indsatsen også rette sig mod reel implementering af PRO-data.

**s. 11 ift. ”Svangreomsorgen som et værdiskabende tilvalg”**

Der ønskes beskrivelse af omfang af gruppen af brugere, der fravælger de offentlige tilbud – er det er reelt problem, der skal investeres i? Spørgsmålet er om man kan kortlægge årsagerne og designe indsatser, så man imødegår problemet eller om det er for komplekst. Vi foreslår at afsnittet slettes og der i stedet fokuseres endnu mere på implementering af brugerinddragelse, herunder fælles beslutningstagning. Vi tror at en ændret kultur med fokus på individuelt tilpassede forløb er vejen frem her.

Det kan overvejes hvordan brugerne/potentielle brugere i højere grad kan inddrages tidligere i processer omkring hvilke tilbud, der skal udbydes i svangreomsorgen.

**s. 12 vedr. sundhedsfremme og forebyggelse på tværs af fagligheder og sektorer**

*”For at familien kan benytte disse mange eksisterende tilbud, er det imidlertid nødvendigt at der sikres overblik over tilbuddene. Dertil skal praktiserende læge, jordemoderen og sygehuslægen kunne henvise kvinden og/eller dennes partner til en afklarende samtale i kommunen. Her vil kommune og borgeren sammen vurdere, hvilke forebyggelsestilbud der er behov for.”*

Afsnittet er ikke klart. Hvad menes med en ”afklarende samtale i kommunen”? Er det sundhedsplejerske, socialrådgiver, terapeut? Med formuleringenåbnes der op for flere sundhedsfremmende og forebyggende aktivitetsmuligheder og dermed også kontakter med andre aktører. Spørgsmålet er, om det ikke er mest hensigtsmæssigt, at det fortsat er jordemoderen og den praktiserende læge, der har den afklarende samtale, og at de på baggrund af samtale med familien kan henvise til sundhedsfremmende og forebyggende tilbud i kommunalt regi?

Det er en god idé at kommunen samler alle de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud/aktiviteter, der er at finde i kommunen og samler dem i et mini katalog/digital kalender, som jordemoderen og læge kan referere/henvise til i konsultationen, fx at der er svømning for gravide i Bullerup, yoga i Langeskov, rygestop kursus i Munkebo osv.

**s. 15 vedr. ammepolitik i RSD**

Det burde ikke stå i en fødeplan, at ammepolitikken skal opdateres. Et sådant arbejde burde allerede være organiseret med klart defineret ansvars- og rollefordeling. Ammepolitikken skal naturligvis opdateres i takt med reviderede anbefalinger på området - ellers har en fælles regional ammepolitik ingen værdi.

Vi opfordrer til at der bliver taget initiativ til kontinuerlig indberetning af data om amning fra hhv. primær og sekundærsektor, således at vi får etableret monitorering af amning og vores indsatser i forbindelse hermed.

**s. 15 vedr. uddybende efterfødselssamtale**

Det er en meget vigtig indsats. Her bør suppleres med LUP fødende resultater (der viser at relativt mange kvinder ikke oplever, at de har fået talt fødslen igennem i det omfang, de havde behov for). Dette faktum kalder måske også på, at en styrket indsats ikke kun skal rettes mod de, der har oplevet forløbet som traumatisk.

*”På nuværende tidspunkt tilbyder alle fødesteder en efterfødselssamtale med en jordemoder 2-3 dage efter fødslen”.*

Dette er ikke korrekt. Det gælder fx ikke på OUH, Odense.

**s. 17 vedr. individuel fødselssamtale**

Det er en rigtig god idé med afsat tid til en fødselssamtale. Dog savnes begrundelse for hvorfor fødselssamtalen skal placeres så sendt i graviditeten. For flergangsfødende (og førstegangsfødende med mange bekymringer om den fremstående fødsel) vil en meget tidligere placering af samtalen være at foretrække. Der kunne individualiseres, således at jordemoder og parret i samarbejde finder ud af, hvornår det er relevant at placere fødselssamtalen.

**s. 17 vedr. Fødsels- og forældreforberedelse**

Vi kunne ønske os at der blev ekspliciteret forventninger og krav til samarbejde mellem sygehus og primærkommuner mhp lighed i tilbud.

**s. 18 vedr. KJO**

Det kunne være ønskværdigt om der blev iværksat monitorering af alle KJO i RSD i forhold til udvalgte ydelser og outcomes.

**s. 19 vedr. familier med etnisk minoritetsbaggrund**

Vi anbefaler at RSD går sammen med de andre regioner og få genetableret Tryg med barn, hvor materialet allerede er udviklet på mange sprog.

**s. 21 vedr. sociale medier**

Vi mener at en kortlægning af sociale mediers relevans bør foregå i regi af RSD og ikke lægges ud til de enkelte sygehuse.

**s. 22 vedr. tilgængelige valide data på tværs af regionen**

Obs ”LUP” står for Landdækkende undersøgelse af patientoplevelser – ikke patienttilfredshed.

Vi bifalder at der er opmærksomhed på behovet for valide og opdaterede data. Vi ønsker at det tilføjes at det bliver tidstro data, som er en forudsætning for daily management,

**s. 23 vedr. Regionalt perinatal audit**

Er der et behov for et regionalt perinatal audit, hvad siger erfaringerne? Med de ressourcer, der anvendes på at frigive klinikere lokalt til perinatal audit, stiller vi spørgsmålstegn ved, om der derudover kan afgives personaleressourcer til at indgå i regionalt auditarbejde. Det er vores erfaring at det lokale auditarbejde samt dertilknyttede videndeling i afdelingen er meget værdifuldt og vi ønsker ikke at dette kompromitteres pga regionalt set-up. Det er ganske få at de cases vi har på OUH der omhandler patienter fra andre hospitaler. Vi foreslår i stedet at der skal erfarings- og videndeling fx via de faglige råd i regionen.

**s. 23, Igangsættelse af fødsler**

Vi savner også på dette område tal for udviklingen og ikke mindst mål for, hvor vi skal hen. Det anbefales at ”*området følges*”. Dette finder vi for uambitiøst. Der er behov for en meget mere konkret plan.

**s. 24, Rekruttering, fastholdelse, kompetenceudvikling og specialisering**

I beskrivelsen af status for arbejdsmiljøet kunne det overvejes at supplere med data fra MTU.

**s. 25 vedr. teamtræning og simulationstræning**

Vi deler synspunktet om, at der skal arbejdes tværfaglig for at understøtte de ukomplicerede vaginale fødsler, men det synes ikke umiddelbart oplagt at skulle træne understøttelse af den vaginale ukomplicerede fødsel i et teamtrænings set-up, hvor vi har fokus på akutte obstetriske situationer. Vi er kede af, hvis der netop på dette punkt skal være en binding, idet det er anført at der ”skal” trænes i dette.

**s. 26, Fælles kompetenceudvikling på tværs af fagligheder og sektorer**

Vi vurderer at der er lidt for ”flot” at kalde det fælles kompetenceudvikling på tværs af fagligheder og sektorer, når det drejer sig om én temadag årligt. Kan ambitionen ikke være større? Hvis man vil rekruttere og fastholde jordemødre er det vigtigt, at der skabes muligheder for personlig og faglig udvikling i form af flere temadage, kurser og videre- og efteruddannelse m.v. Teamtræning og simulationstræning er ikke nok i denne sammenhæng.

**s. 28, vedr. tilbud til forældre, der mister et barn**

Vi er uforstående overfor at det er sygehusene, der skal kortlægge behov hos forældre, der har mistet. Denne viden findes vel allerede.

**s. 27, Fremtidens fødemiljøer**

*”Dernæst ønskes, at alle lokaler lever op til standarder for moderne sygehusbyggeri, og at fødestuerne er hjemmelige, sanselige og gerne interaktive”.*

Vi hilser denne indsats velkommen og ser frem til arbejdet.

**s. 41, vedr. fødselstal**

”*\*\*\*Fødselstallet på Ærø er jf. cosmic 2 i 2021. OUH oplyser dog, at det reelle tal er højere idet flere fødsler på Ærø kodes som hjemmefødsler og indgår dermed i OUH/ Odense tallet”*

Dette er forkert. Alle fødsler på Ærø er hjemmefødsler og i 2020 var der 13 fødsler på Ærø.

**s. 43 vedr. virtuel kontakt ved tidlig udskrivelse til alle flergangsfødende**

Det er en rigtig god ide at erstatte den almindelige telefonsamtale med en virtuel kontakt. Det vil høje kvaliteten af samtalerne og formodentligt også den patientoplevede kvalitet.

**s. 46, vedr. Svendborg Sygehus**

*”Med henblik på at minimere risikoen for at der fødes et sygt eller svagt barn i Svendborg, er det kun gravide med en ukompliceret graviditet og forventet ukompliceret fødsel, der tilbydes visitering til fødeafdelingen på Svendborg Sygehus”.*

Det er nødvendigt, at det udspecificeres, hvem der må føde og barsle i Svendborg. Hvis de nuværende visitationsregler skal ændres til kun at gælde de helt ukomplicerede fødende og barslende, vil det betyde, at flere fødende og barslende skal flyttes fra Svendborg til Odense. Det vil reducere fleksibiliteten på tværs af de to afsnit og lægge en stor belastning på Odense, hvor flere fødende vil stå uden en jordemoder og flere fødende, som har fået sat fødslen i gang vil opleve udsættelse i deres forløb. Vi foreslår i stedet en formulering i stil med: ”kun fødende, hvor man ikke forventer behov for børnelæge, kan visiteres til fødsel på Svendborg Sygehus’.