



Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

Den 21. oktober 2021
Ref.: JC/MMB

Høringssvar på Region Syddanmarks nye Fødeplan

Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark (DSR) takker for muligheden for at afgive høringssvar til Region Syddanmarks nye Fødeplan. Vores bemærkninger følger nedenfor opdelt i generelle og specifikke bemærkninger.

Generelle bemærkninger

Overordnet set er det positivt, at regionen har valgt at styrke fødeområdet med sin vision. Det kan DSR på alle måder bifalde.

I visionen ser vi et fokus på at bidrage til '*sunde mødre og raske børn*'. Det er og skal være visionen, at der kommer sunde mødre og raske børn, men virkeligheden er, som det også fremgår af Fødeplanen, at andelen af kvinder og familier med komplekse fysiske, psykiske og sociale udfordringer er stigende.

Disse komplekse forløb er væsentlige og de bør indgå i en Fødeplan. Derudover er planlægning af det gode forløb, noget der starter meget tidligere end selve fødslen, for særligt borgere med kroniske sygdomme og for udsatte grupper. Det kræver en indsats fra bl.a. læger og sygeplejersker i enten almen praksis eller på specialafsnit. Forudsætningen for et vellykket patientforløb er, at netop selve forløbstankegangen vægtes. Til visionen kan i øvrigt tilføjes, at det er væsentligt at hele familien trives, herunder evt. partner og evt. søskende.

DSR havde gerne set, at selve barsel- og neonatal-afsnittet havde en større fylde og bevågenhed i fødeplanen, da alle mødre og spædbørn

Kreds Syddanmark

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontid:
Mandag-onsdag kl. 8.30-13.00
Torsdag kl. 13.00-16.00
Fredag kl. 8.30-13.00

Tel +45 70 21 16 68

syddanmark@dsr.dk
www.dsr.dk/syddanmark

med sygdom og behov for behandling indlægges her og har det som en naturlig del af deres forløb. Derfor er det et væsentligt element i at styre efter visionen om raske børn, at disse afsnit væges højt. Det er desuden af høj samfundsøkonomisk betydning med optimal pleje og behandling af disse familier for at nedbringe varige skader ved barnet og familie.

Specifikke bemærkninger

1. Fødeplanens tilblivelse (7)

I lyset af vigtigheden af dels forberedelsen til at blive gravid, og behandlingen af den mor eller den baby, der ikke er rask og det efterfølgende forløb, havde DSR gerne set, at der indgik sygeplejersker i arbejdsgruppen ud over sundhedsplejersker, således at den sygeplejefaglige og patologiske del af et helhedsforløb med komplikationer også var dækket ind.

2. Svangreomsorten i Region Syddanmark 2022 og frem

Status og udfordringer (8)

En stor del af de kvinder der før ikke blev gravide, bliver det nu og de kommer med psykiske, fysiske og sociale udfordringer, som kræver sygeplejefaglige kompetencer at håndtere.

Den øgede kompleksitet i mange gravides og nyfødte børns forløb, og dermed længere indlæggelser på barsels- og neonatalafsnit, er en mulighed for at arbejde sundhedsfremmende og forebyggende. Derfor er de to afdelinger en vigtig brik i at bidrage til at mødrene bliver sundere og børnene mere raske, så familierne på trods af fysiske, psykiske og sociale udfordringer får de bedst mulige forudsætninger for deres liv.

Som en naturlig konsekvens af den øgede kompleksitet har også forløbene på barsels- og neonatalafsnittene ændret karakter, og de er i dag med en væsentlig højere kompleksitet end de var tidligere.

Det stiller naturligt andre krav til personalet og dermed den sammenhæng, der skal være mellem ressourcer og krav. Man har i en årrække udråbt den teknologiske udvikling til at skulle imødegå ubalancen mellem krav og ressourcer, men faktum er, at den teknologiske udvikling i stedet har forbedret behandlingsmulighederne og dermed har medført flere komplekse patientforløb.

Fælles beslutningstagning (10-11)

Der lægges op til, at der skal udarbejdes 1-2 regionale beslutningsstøtteværktøjer om året. Dansk Sygeplejeråd opfordrer til, at man i stedet starter med at identificere og kortlægge behovet inden for svangreomsorgen. Dernæst kan man årligt træffe beslutning om, hvilke og hvor mange beslutningsstøtteværktøjer der skal implementeres i det følgende år.

Patientrapporteret data (11)

Der arbejdes også med Patientrapporteret data under indlæggelse i f.eks. graviditets- og barselsperioden, og ikke kun i ambulante forløb. Patientrapporteret data kan også indgå som dialog- og behandlingsstøtte ved f.eks. stuegang og i dialog med læge, sygeplejerske og jordemoder, og dermed også tjene til inddragelse af den gravide og partneren.

Sundhedsfremme og forebyggelse på tværs af fagligheder og sektorer (12)

Der bør være opmærksomhed på, at arbejdsgrupper der nedsættes fremover, også skal favne fagligheden omkring det syge eller præmature barns forløb.

Lokale fællesskaber (13)

For at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde vil det være hensigtsmæssigt, at sundhedsplejersken deltager i virtuelle møder med fx neonatalsygeplejersken inden udskrivning til eget hjem efter et kompliceret forløb.

Inddragelse af frivillige aktører (14)

Det er positivt, når frivillige kan understøtte de sundhedsprofessionelles arbejde. Frivillige aktører kan f.eks. bruges til at informere lokalt på afdelingerne om Mit Sygehus, som kan hjælpe familierne godt i gang med gravid- eller barselsforløb.

Det er dog vigtigt, at man er sig bevidst, at ved socialbelastede familier påkalder det særlig uddannelse og kompetence at kunne give den rigtige støtte.

Styrke familierne til et velfungerende ammeforløb (14-15)

Fødeplanen nævner, at der er færre børn, der udelukkende ernæres af modermælk, når barnet er 17 uger sammenlignet med for ti år siden.

Forskning peger på, at de første uger efter fødslen er afgørende ift. at mødre får etableret en velfungerende amning. Derfor skal et

særligt fokus på støtte og vejledning i denne tidlige sårbare periode prioriteres.

Barselsklinikkerne tilbyder ammevejledning, men ved ammeproblematikker, især ved børn med særlige behov, kræver det flere ammeseancer, hvor barnet er sultent og vågnet, så moderen bedst muligt kan blive støttet i at læse barnets signaler. For at sikre timingen i det, opfordrer Dansk Sygeplejeråd til, at barselsklinikkerne ligger i umiddelbar nærhed af barsels- og neonatalafsnittet, der er bemandede sygeplejersker, som er klar til at hjælpe med ammeproblematikker på mor/barns præmisser.

Tilbuddet om kontakt til Barselsklinikken syv dage efter udskrivelse skaber en ulighed mellem familierne, idet familier, der udskrives tidligt efter fødslen, ikke har tilbud om vejledning i lige så lang tid som de familier, der har været indlagt i flere dage. Dette bør tilrettes, så tilbuddet er lige for alle og sundhedsplejersken i et samarbejde med andre fagpersoner overtager ansvaret efterfølgende.

Uddybende efterfødselssamtale til familier med et traumatisk graviditets-, fødsels- eller barselsforløb (15)

Det er positivt med efterfødselssamtaler, og det vil være naturligt, at der sker medinddragelse af neonatal-sygeplejersker efter indlæggelse der.

Derimod virker det uhensigtsmæssigt at indføre et nyt begreb "Efterfødselsklinik". Vi har en bekymring for, om det kan skabe mere forvirring end gavn blandt familierne. Man bør se på familiernes oplevelse af tilbuddet om efterfødselssamtaler og hvordan dette kan forbedres med fokus på at skabe et individualiseret tilbud fremfor et standardiseret tilbud. Er det eksempelvis vigtigt for familien, at samtalen kan gennemføres over video, eller at det er med den jordemoder der var med til fødslen, eller andet.

I Randers ved vi, har man har arbejdet med at udvikle et screeningsredskab ift. at identificere familier med et behov for en uddybende efterfødselssamtale. Vi har ikke viden, om hvordan dette redskab fungerer og forløber, men det kunne evt. være interessant at lade sig inspirere ift. at sikre, at familier med behov for en uddybende samtale hurtigst muligt bliver identificeret.

Det er i forlængelse heraf, og gældende for alle familier, vigtigt at systemet har en erkendelse af, at familiernes behov er forskellige. Det kan behovet for en efterfødselssamtale også være, og derfor er det

vigtigt, at tilbuddet om efterfødselssamtale ikke har en udløbsdato, men at familierne altid kan henvende sig ved opstået behov. Det kunne her være en mulighed at se på screening som redskab til at skabe dette differentierede tilbud.

Geografisk lighed (16)

For at sikre geografisk lighed bør man sætte fokus på virtuel deltagelse i konsultationer på tværs af hospitaler. Her er Mit Sygehus en relevant platform.

Individuel fødselssamtale til alle førstegangsfødende og til flergangsfødende med særlige behov (17)

I dag indgår der samtale om fødslen i den planlagte jordemoderkonsultation og gravide med et særligt behov tilbydes en individuel fødselssamtale.

Derfor synes det dobbelt med en fødselssamtale, da tilbuddet allerede er der.

Hvis der er særlige forhold, der taler for et ekstra tilbud hos særlige patientgrupper, kunne man fokusere på udvikling af screenings- og beslutningsstøtteværktøjer. Det kan skabe et individualiseret tilbud og tage udgangspunkt i familiens behov.

Virtuelle kontakter (20)

Telemedicin kan i nogen grad anvendes, men det kan være en udfordring af observere mor/barn-sammenspillet i et virtuelt rum. Det kliniske blik på et nyfødt/svageligt barn er udfordret, når man ikke har barnet i hænderne.

Dermed også sagt at selvom der er tilfredshed med tilbuddet om virtuel konsultation, er det ikke nødvendigvis ensbetydende med, at der er kvalitet i vurdering af barnets tilstand.

Brug af sociale medier som kommunikationsplatform (21)

Dette vil medføre, at afdelingerne skal ansætte en fagperson (kommunikationsmedarbejder), der skal stå for kommunikationen samt vedligeholde den. Det kræver ressourcer at være tilgængelig på digitale platforme, og derfor mener DSR, at man bør overveje, om det er mere hensigtsmæssigt at fokusere på platformen Mit Sygehus. Det samme gælder fokus på udvikling af digitale løsninger, hvor vi vil opfordre til, at man satser på få platforme for at sikre compliance ift. brugergruppen.

Rekruttering, fastholdelse, kompetenceudvikling og specialisering (24)

Som allerede nævnt er andelen af syge børn på barsels- og neonatal-afsnit steget, og det samme er forløbendes kompleksitet. Det stiller øgede krav til kompetencer og færdigheder hos personalet på disse afsnit.

I dag har hvert sygehus udarbejdet egne lokale oplærings- og introduktionsprogrammer. Ofte foregår det ved, at de ældre sygeplejersker sidemandsoplærer de yngre. Derfor vil det være positivt, hvis man gik ind og så, om sygehusene på tværs i regionen, eller på landsplan, kunne få et fælles introduktionsforløb til neonatal sygeplejen.

Det neonatale speciale er et intensivt speciale, hvor man som sygeplejerske yder sygehjælp til børn, der er respiratoriske og kredsløbstruede, det er spædbørn i smerter, kramper, der er fejludviklet pga. kromosomfejl. Det er sygeplejersker, der i samarbejde med læger udfører denne behandling af spædbørnene.

Det kræver en stor faglighed, hvilket også er baggrunden for at neonatal sygepleje i mange lande er en specialuddannelse ligesom intensivuddannelsen. Som eksempel tager en fuld oplæring i det neonatale speciale ca. 2,5 år. På grund af specialets kompleksitet ser Dansk Sygeplejeråd gerne, at uddannelsen som neonatalsygeplejerske bliver en specialuddannelse. Denne specialuddannelse kunne også understøtte, at uddannelsen foregik på tværs af de enkelte sygehuse, så man fik en kritisk masse af sygeplejersker under uddannelse inden for neonatologi og dermed den største faglighed med fra alle sygehuse.

Udover en specialuddannelse i neonatal-sygepleje vil DSR anbefale, at hvert hospital fik et antal pladser til kommende sundhedsplejerskestuderende. Dette som en type stilling, der var udenfor den normale normering.

Virkeligheden er, at for at blive sundhedsplejerske forudsætter det et ansættelsesforløb på minimum otte måneder fra fx et svangre- og barselspleje eller neonatologi. Det har den betydning, at ofte yngre sygeplejersker bliver ansat på disse afdelinger med henblik på at ville søge ind på sundhedsplejerskestudiet. Men de enkelte afdelinger ofrer værdifuld oplæring mm. for kun at kunne konstatere, at de ofte rejser efter otte måneder.

Hvis disse stillinger talte med udover den almindelige normering, kunne sygeplejerskerne stadig få den fornødne læring/viden til at kunne søge ind på sundhedsplejerskestudiet, men evt. i samarbejde med den nyansatte sygeplejerske, som forventes at skulle blive på afdelingen også ud over de otte måneder.

Opsummerende er det positivt at Region Syddanmark med den nye fødeplan vil have fokus på rekruttering og fastholdelse af sundhedsprofessionelle, herunder sygeplejersker. Konkrete greb til at sikre tilstrækkeligt med sygeplejerske er:

- at gøre uddannelsen som neonatalsygeplejerske til en specialuddannelse,
- at øremærker nogle 8-måneders stillinger udover den normale normering til dem, der vil videreudanne sig som sundhedsplejerske,
- at man styrker indsatsen for at bevare seniorerne.

Tilgængelige valide data på tværs af regionen (22)

Valide data forudsætter blandt andet ensretning af dokumentationspraksis i klinikken. Det vil være meget relevant også at få data for sygepleje og behandling i barselsperioden, herunder amning.

Region Syddanmark som en del af det nationale forsknings- og udviklingsmiljø (22)

Der kan med fordel afsættes ressourcer til, at man på neonatalafsnittene kan udnytte den forskningskapacitet, det er at have kandidatuddannede ansat. I dag har de meget lidt, om overhovedet noget, forskning i deres funktioner. Det vil være gavnligt for hele feltet, hvis man fik mere sygeplejeforskning på neonatalområdet.

Attraktive arbejdspladser (24-25)

Dansk Sygeplejeråd anbefaler at det sygeplejefaglige islæt bliver mere tydeligt her, fx er sonografer flere steder sygeplejersker, ligesom sygeplejersker både før og efter graviditeten spiller en stor rolle særligt for dem med særlige behov. Dermed også sagt at sygeplejestuderende skal næves på lige fod med jordemoderstuderende i punkttopstillingen.

Ift. drøftelser af udfordringer og erfaringer med tiltag har Dansk Sygeplejeråd flere Faglige Selskaber som med fordel kan inddrages.

Kapacitet og organisering (26)

Her bør der rettes en opmærksomhed på rekruttering af sygeplejersker samt på pædiatrien, som bl.a. er en forudsætning for at kunne håndtere komplicerede fødsler. Her skal man sikre, at de sygeplejefaglige kompetencer er til stede i en tid, hvor der uddannes for få sygeplejersker og børneafdelingerne også kan have svært ved at rekruttere.

I forlængelse heraf, er det foruden de faglige kompetencer også relevant at se på det konkrete antal ansatte på en afdeling.

Fokus på familien som en helhed (27)

Man kunne med fordel nævne, at virtuelle konsultationer kan understøtte, at familien kan modtage tilbud i dennes nærområde. Fx at specialister fra andre hospitalet ved behov kan deltage i konsultationer ved patientens lokale sygehus. Hermed sikres specialistrådgivning ud fra nærhedsprincipperne.

3. Organisering af svangreomsorgen i Region Syddanmark 2022 og frem

Skema 1 (29)

Her bør sygeplejersker tilføjes ved niveau 1, 2, 3, da de også deltager i behandling og pleje af den gravide.

Sundhedsprofessionelle og svangreomsorgen (30)

Her bør tilføjes kategori, der hedder sygeplejerske, barselssygeplejersker og neonatal-sygeplejersker. Førstnævnte sygeplejerske vil spille en aktiv rolle inden mange kronikere bliver gravide, ligesom vi ser lægehuse benytte sygeplejersker til kontrol af gravide i normale forløb. Derudover selvfølgelig barselssygeplejersker og neonatalsygeplejersker i forløb med komplikationer.

Sundhedsplejerske (31)

DSR foreslår, at man tilføjer 'oftest' i sætningen: Sundhedsplejersker er den fagperson, som kvinden og familien *oftest* har hyppigst kontakt med i barselsperioden.

Fødsels- og forældreforberedelse (38)

For fuldstændighedens skyld bør det nævnes, at også sygeplejersker varetager undervisning i fødsels- og forældreforberedelse – fx amning af det nyfødte barn, som er en stor del af fødsels- og forældreforberedelsen.

Fødsel på sygehus (41)

Det havde været relevant, om man i hver af kolonnerne havde anført antallet af fx antal indlæggelser på barselsafsnittet og neonatalafsnittet for at få et bedre overblik over opgaven omkring den fødende kvinde.

Kontakter i den tidlige barselsperiode (43, skema 4)

Jf. ovenfor bør sygeplejersker nævnes i skema 4, ligesom sundhedsplejersken bør have et specifikt indhold beskrevet.

Der bør fremgå en definition af tidlig udskrivelse – det kunne være indlæggelse i 24 timer eller mindre. Ved at definere, at det kun er jordemoder, der kan/skal afvikle besøg 1. dagen efter fødslen, fjernes fleksibiliteten for fødestederne. Man kunne endvidere styrke det tværfaglige samarbejde ved at lade flere faggrupper varetage opgaverne og kvaliteten vil på den vis kunne opretholdes i perioder med eksempelvis sygdom eller rekrutteringsudfordringer.

Man kan undersøge muligheden for digitalt at understøtte familierne fx via Mit Sygehus. Her kunne man få automatiske beskeder med relevant info a la: "Dit barn er nu 24 timer gammelt og skal have haft vandladning eller afføring 1. gang – hvis ikke kontakt Barselsklinikken" – fx små film eller meddelelser.

Tidligt hjemmeophold til nyfødte (46)

Nogen steder har man tidligere haft udekørende sygeplejersker i forbindelse med tidligt hjemmeophold. Det har man dog oplevet, man måtte rulle tilbage på grund af rekrutteringsudfordringer og økonomi. Det er vigtigt for DSR at gøre opmærksom på, at det kan være meget vigtigt for det lille og ofte svagelige spædbarn ikke at skulle fragtes til tjek, men at sygeplejersken kommer til dem. Derfor anbefaler vi, at den udekørende funktion starter op igen.

Vi anbefaler, at tilbuddet om tidligt hjemmeophold tilbydes både den senpræmature nyfødte og den nyfødte fra neonatalafdelingen.

Afslutningsvis ser vi gerne, at det i højere grad afspejles i fødeplanen, at sygeplejersker er en væsentlig faggruppe i mange patientforløb også på fødeområdet. Det bør således mere tydeligt fremgå, at de forskellige faggrupper er hinandens forudsætninger, og det er gennem samarbejde, der bliver skabt gode, sikre, trygge og veltilrettelagte patientforløb.

DSR uddyber gerne ovenstående, ligesom vi selvfølgelig står til rådighed for andre kommentarer og dialog om Fødeplanen.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read "John Christiansen". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

John Christiansen
Kredsformand
DSR Kreds Syddanmark