

Hørings svar til den nye Fødeplan i Region Syddanmark 2021.

Vi har med stor interesse læst udkastet til den nye Fødeplan i Region Syddanmark og fremsender hermed overvejelser og konkrete forslag til ændringer i det nuværende udkast.

Overvejelser vedr. Fødeplanen:

Titlen Fødeplan henleder tankerne til at vi taler om graviditet og fødsel. Men i dag er vores faglige fokus rettet mod hele patientforløbet, som også rummer bl.a. barselsperioden. Bør man retænke titlen, og finde en titel, der henfører mere til forløbstankegangen?

S. 10 Under vision kan det overvejes om det kan træde mere tydeligt frem, at svangreomsorgen også har fokus på at bidrage til sunde fædre/partnere, idet der i dag også er et væsentligt fokus på partners rolle, sundhed og trivsel og generelt familien som helhed?

S. 11 Der er truffet beslutning om at udarbejde 1-2 beslutningsstøtteværktøjer om året. Bør man i stedet for starte med at identificere og kortlægge behovet inden for svangreomsorgen? Og dernæst årligt træffe beslutning om hvilke og hvor mange beslutningsstøtteværktøjer, der skal implementeres i det kommende år?

S. 11 Under Patientrapporteret data arbejdes der også med dette under indlæggelse i eks. graviditet- og barselsperioden, og ikke kun i ambulante forløb. PRO kan derfor også indgå som dialog- og behandlingsstøtte ved ex. stuegang med lægen, samtale med jordemoder eller (diabetes)sygeplejerske og også tjene til inddragelse af den gravide og evt. partner i det enkelte forløb. Måske dette kan tilføjes?

S. 13 En udfordring i det tværsektorielle sundhedsfremmende og forebyggende arbejde er bl.a. at visitere gravide (hurtigt) til det rigtige tilbud. I dag sendes der elektronisk henvisning til kommunerne ift. rygestop – men kommunerne har også en lang række andre relevante tilbud. Kunne det være meningsfuldt at arbejde med én indgang i den enkelte kommune ift. sundhedsfremme og forebyggelse – ex. én visitator for hver kommune. På den måde kan det enkelte sundhedspersonale få et hurtigt overblik ift. tilbuddet i den relevante kommune.

S. 18 LUP Fødende viser, at der i dag stadig eksisterer et forbedringspotentiale ift. familie- og fødselsforberedelse som et undervisningstilbud. Hospitaler og kommuner har fortsat behov for at gå et spadestik dybere og blive kloge på hvad utilfredsheden helt konkret bunder i. Måske området bør afdækkes nærmere med brugerne, således at der, hvis relevant evt. kan udvikles et beslutningsstøtteværktøj til brugerne ift. hvilke tilbud (webinar, små film i Mit Sygehus, e-learning?), der er relevante for den enkelte. Derudover kunne man

vælge at udvikle og evaluere disse nye tilbud sammen med brugerne, og som der også står kan tilbuddene med fordel gå på tværs i Regionen.

S. 14 Her kan man eksempelvis nævne inddragelse af frivillige ift. at informere lokalt i afdelingen om Mit Sygehus, hjælpe familierne godt i gang med gravid- og eller barselsforløbet, at lave videokonsultationer over appen, skrive meddelelser til personalet osv.

S. 22. Valide data forudsætter bl.a. ensretning af dokumentationspraksis i klinikken. Meget relevant også at kunne få data for sygepleje og behandling i barselsperioden, herunder amning, hvilket ikke er muligt den dag i dag.

Konkrete forslag til ændringer i Fødeplanen:

S. 9. Sygeplejersker skal nævnes som faggruppe under 'tilfredshed, med den støtte, der gives af.....', da de også yder et væsentlig bidrag i graviditet- og barselsperioden.

S. 15 Forskning peger på, at de første uger efter fødslen er afgørende ift. at mødre får etableret en velfungerende amning, da der også her ses et frafald i den tidlige ammeperiode. Mødre får startet amning op, men stopper igen af forskellige årsager. Så særligt fokus på støtte og vejledning i denne tidlige sårbare periode.

Med mulighed for at familierne kan kontakte Barselsklinikken 7 dage efter udskrivelse er der skabt en ulighed i tilbuddet, idet familier der udskrives tidligt efter fødslen ikke har tilbud om vejledning vdr. barnet 24/7 i lige så lang tid, som familier der eksempelvis har været indlagt i 8 dage (8 dage + 7 dage efter udskrivelse = 15 dages vejledning p.p.) (udskrevet inden for 24 timer efter fødslen + 7 dage = 7-8 dages vejledning p.p.). Dette bør tilrettes, så tilbuddet er lige for alle og fokus bør være på, at hospitalet har ansvar for barnet 7 dage efter fødslen. Herefter overtager sundhedsplejersken i samarbejde med egen læge/vagtlæge/pædiatrisk afdeling, som er klædt på til at observere og vejlede vedrørende ældre (større) børn. For alle mødre gælder, at de kan kontakte hospitalet op til 6 uger p.p. Fokus bør også være at tilbyde virtuel vejledning, herunder videokonsultationer ved behov. Dette er allerede et tilbud ved nogle hospitaler i Regionen.

S. 15. Der virker uhensigtsmæssigt at indføre et nyt begreb 'Efterfødselsklinik'. Det eksisterende tilbud om efterfødselssamtaler er allerede implementeret som et tilbud i Barselsklinikkerne på hospitalerne. Vi har en bekymring for, om det kan skabe mere forvirring end gavn blandt familierne. I dag er familierne kendt med Barselsklinikken og tilbuddet heri, bl.a. efterfødselssamtaler samt placeringen af klinikkerne. Man bør derimod kigge ind i familiernes oplevelse af tilbuddet, og hvordan dette kan forbedres; med fokus på at skabe et individualiseret tilbud frem for et standardiseret tilbud. Nogle familier ønsker ex. at tale med deres fødejordemoder. For andre familier er det ikke af betydning, men derimod at de kan modtage samtale ex. via video. Derfor er fødestedernes organisering af tilbuddet også forskelligartet, og samtalerne afvikles ikke altid fysisk i Barselsklinikken, men tilbydes også af ex. jordemoder via video. På OUH afvikler vi lige nu små interviews med mødre om deres oplevelse af efterfødselssamtale via video for at blive klogere på dette, men også ift. hvordan familierne helt generelt oplever tilbuddet om efterfødselssamtale på OUH.

Som det er i dag er alle familier i dialog med jordemoder eller sygeplejerske under deres 2.-3. dags besøg i Barselsklinikken ift. deres behov for en uddybende efterfødselssamtale. I Randers har man talt om at udvikle et screeningsredskab ift. identificere familier med et behov for en uddybende efterfødselssamtale. Vi har ikke viden om hvordan arbejdet med dette redskab forløber for nuværende. Ved komplicerede fødselsforløb af-dækkes behovet under indlæggelse ved ex. førstkommande stuegang, hvor lægen sammen med familien får talt forløbet igennem (akutte bearbejdning) og dernæst ved udskrivelse med klarlægning om der er behov for en uddybende samtale senere hen i barselsforløbet. Sundhedsplejerskerne følger op i hjemmet ift. om behovet skulle opstå senere hen.

Ved 2-3 dags besøget i Barselsklinikken har familierne ofte et stort behov for at blive støttet og vejledt omkring amning, barnets trivsel og mors restitution efter fødslen, hvorfor megen af den afsatte tid går til at vejlede i disse emner. For flere familier kan man måske antage, at behovet for- og overskuddet til at deltage i en efterfødselssamtale ofte indfinder sig, når amningen er godt etableret og familien har fundet sig lidt til rette i de nye roller. Nogle steder tilbydes efterfødselssamtalen også som videokonsultation for på den måde at skabe et tilbud, der kan hjælpe nogle familier til at deltage, idet de ikke skal transportere sig selv til hospitalet og hjem igen.

Sundhedsydelse bør tildeles ud fra familiernes individuelle behov, hvorfor man i stedet også bør lade familierne få en stemme i om de ønsker en efterfødselssamtale eller ej. Vigtigst af alt skal de vide at tilbuddet ikke har en udløbsdato, men at de altid kan henvende sig ved opstået behov herfor – det samme ved samarbejdspartnere såsom egen læge, sundhedsplejerske etc. Her bør man se på screening og fælles beslutningstagen som redskaber til at gøre efterfødselssamtalen til et tilbud tilpasset den enkelte families behov. Alt i alt bør man undersøge og afdække området og tilbuddet i forhold til at identificere hvad der bl.a. kan styrke patienttilfredsheden på området.

S. 16 For at sikre geografisk lighed bør man også sætte fokus på virtuel (video) deltagelse i konsultationer på tværs af hospitaler. Mit Sygehus er en relevant platform til dette.

S. 17. Hvilken evidens ligger bag anbefalingen om, at alle førstegangsfødende skal tilbydes en individuel fødselssamtale? I dag indgår der samtale om fødslen i den planlagte jordemoderkonsultation, og gravide med et særligt behov tilbydes en individuel fødselssamtale uafhængig af paritet. Et forslag er, at man kan se nærmere på udvikling af screenings- eller beslutningsstøtteværktøjer i forhold til at skabe et individualiseret tilbud frem for et standardiseret tilbud.

S. 21 Brug af sociale medier som kommunikationsplatform. Dette vil medføre, at afdelingerne bør ansætte en kommunikationsmedarbejder (fagperson), der alene skal stå for kommunikationen samt vedligehold af ex. Mit Sygehus, hjemmeside osv. Det kræver ressourcer at være tilgængelige på alle disse digitale platforme – bør man i stedet fokusere på én, ex. Mit Sygehus? Det samme gælder fokus på udvikling af digitale løsninger – man bør satse på få platforme for at sikre 'compliance' ift. brugergruppen.

S. 25 Attraktive arbejdspladser – her bør sygeplejersker og sygeplejestuderende nævnes på lige fod med jordemødre og jordemoderstuderende. Hvis de faglige organisationer skal nævnes, bør DSR også være repræsenteret.

S. 26 Håndtering af stigende fødselstal. Her bør der både 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 bl.a. også sikre, at de sygeplejefaglige kompetencer er til stede i en tid, hvor der uddannes for få sygeplejersker og også børneafdelingerne kan have svært ved at rekruttere nye medarbejdere. Vi er gensidigt afhængige af hinanden i hele patientforløbet.

S. 27 Fokus på familien som helhed og nærhedsprincipperne. Her bør man også nævne tilbud om virtuel konsultation, herunder at specialister fra andre hospitaler ved behov kan deltage i konsultationer ved patientens lokale sygehus. Hermed sikres specialistrådgivning ud fra nærhedsprincipperne.

S. 29 Skema 1. Tilføjelse af sygeplejersker ved niveau 1, 2, 3, da de også deltager i behandling og pleje af den gravide. Ex. ved ammesamtaler ved tidligere dårlige ammeerfaringer.

S. 30 Sundhedsprofessionelle i svangreomsorgen. Hvorfor er sygeplejersker ikke nævnt som faggruppe? De er tilstede både under graviditet, barsel- og i pædiatrien (neonatal). Er det nødvendigt, at beskrive de forskellige faggrupper i Fødeplanen?

S. 31 Tilføj et oftest i sætningen: Sundhedsplejersken er den fagperson, som kvinden og familien oftest har hyppigst kontakt med i barselsperioden.

S. 38 Amning er en stor del af fødsels- og forældreforberedelsen. Sygeplejersker varetager også undervisning i fødsels- og forældreforberedelse ex. amning af det nyfødte barn, og bør derfor også nævnes her.

S. 43 Skema 4. Der bør fremgå en tydelig definition af tidlig udskrivelse, ex. indlæggelse ≤ 24 efter fødslen. En generel betragtning – ved at definere, at det kun er jordemoder der kan/skal afvikle besøg (virtuelt eller fremmøde i hjemmet), da fjernes fleksibiliteten for fødestederne ved ex. udfordringer ved rekruttering. Derimod styrker man det tværfaglige samarbejde ved at lade flere faggrupper varetage opgaverne og tilbuddet vil kunne opretholdes i perioder med ex. sygdom. Man bør i højere grad undersøge mulighederne for digital understøttelse af familier, der udskrives tidligt efter fødslen via ex. Mit Sygehus (videokonsultationer, automatiske beskeder med relevant info: 'dit barn er nu 24 timer gammelt og skal have haft vandladning eller afføring 1. gang. Hvis ikke kontakt Barselsklinikken' osv., små film, meddelelser, notere barnets måltider, osv.). Med fokus på at skabe et meningsfuldt tilbud og blik for anvendelse af ressourcer bør flergangsfødende tilbydes 2.-3. dags besøg på hospitalet og ikke som hjemmebesøg. Ved hjemmebesøg kan der ikke udføres hørescreening, hvilket medfører, at familien alligevel skal køre til hospitalet og at ydelsen i stedet opdeles i 2 kontakter fremfor 1. Kan 1. dags besøget tilbydes som videokonsultation – og efterfølgende ved behov som opfølgende hjemmebesøg, hvis der under video er identificeret behov herfor? Eller som et fleksibelt tilbud, hvor familierne kan vælge hvad der passer dem bedst?

S. 44 Kontakter på sygehuset.

Der bør tilbydes kontakt 7 dage efter fødslen vedr. barnet for at sikre et lige tilbud for alle. På nogle fødesteder kan familien foruden telefon henvende sig via Meddelelser i Mit Sygehus (svar senest 4-6 timer efter

henvendelse) samt modtage virtuel vejledning via telefon eller video. Konsultationer i Barselsklinikken varetages af både jordemødre og sygeplejerske; det fordrer særlige kompetencer ift. risikoopsoring af sygdom hos nyfødte. Igen, tidsforbruget i konsultationerne retter sig mod familiernes behov, hvilket ofte er fokuseret på barnets trivsel og mors restitution ved besøg 2.-3. dag. Derfor bør der udarbejdes anbefaling om screening for behov for uddybende efterfødselssamtale, som kan bookes som en selvstændig konsultation.

S. 46 Senpræmature nyfødte, som er indlagt på barselsafsnittet, skal på lige fod med senpræmature indlagt på neonatalafdelingerne kunne tilbydes telemedicinsk tidligt hjemmeophold (TTHO).

S. 47 Tidligt hjemmeophold til nyfødte bør tilbydes hvor relevant af barselsafdelingerne i regionen. Ex. ved behandling af gulsot, stort vægtnedfald osv. Ordningen bør tilbydes med digital understøttelse (TTHO) for optimal udnyttelse af ressourcerne.

Generelle betragtninger:

Vi tænker, at det er vigtigt, at det fremstår tydeligt i Fødeplanen, at vi som forskellige faggrupper (også sygeplejersker) er hinandens forudsætninger og sammen er med til at skabe gode, sikre, trygge og veltilrettelagte patientforløb.

Der savnes også referencer ift. de udarbejdede anbefalinger. Der henføres til, at læser selv skal opsøge relevante kilder, men det vil øge gennemsigtbarheden og læsevenligheden ved som minimum at henføre til, om det er Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorgen, DSOG guideline, Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af fødetilbud osv. Ex. s. 31: At flere konsultationer i graviditeten giver bedre outcomes, at alle førstegangsfødende skal have fødselssamtale, at alle fødende skal have en efterfødselssamtale. Hvilke kilde henføres til? Det kan være svært for læseren at forholde sig til om den enkelte anbefaling er udarbejdet på baggrund af kliniske studier eller ud fra best practice. Det er fint, at man selv skal opsøge kilderne, så længe man ved hvilke, der refereres til.

Høringssvar indsendt ved oversygeplejerske Pia Dybdal, afdelingssygeplejerske Betina Vrist-Rønn, udviklingsygeplejerske Maria Feenstra, Gynækologisk Obstetriske afd. D, OUH.