

Individualiserad förlossningsvård – vem bestämmer?

2016-10-26

Temadag arrangerad av Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi www.sfog.se och Svenska Barnmorskeförbundet www.barnmorskeforbundet.se

Minnesanteckningar från avslutande paneldebatt.

Moderator: Kristina Ljungros ordförande i RFSU.

I panelen: Lotti Helström (ordförande Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi), Mia Ahlberg (ordförande Svenska Barnmorskeförbundet), Ingegerd Hildingsson (barnmorska, professor Uppsala), Marie Blomberg (docent, förlossningsöverläkare Linköping), Elin Edén (Födelsehuset), Emma Petterson Hernandéz (Födelsevrålet).

Fråga till panelen **Varför ökar vi i inte patienternas inflytande?**

Lotti Helström: Kulturen.

Elin Edén: Frågan bör vara hur vi kan ändra på detta. Krävs mod att låta patienterna ha större inflytande.

Mia Ahlberg: Vi behöver hjälp att bli bättre att hantera våra rädslor och behov av trygghet. Vi kan också känna en rädsla när patienterna vet lika mycket som vi.

Emma Petterson Hernandéz: Bjud in patienter mer till klinikerna för dialog

Marie Blomberg: Vi kan vinna mycket på att ta med patienter/partner i förändringsarbeten. Och det kan vara OK att jobba utanför boxen om det finns ett bra motiv.

Ingegerd Hildingsson: Gå hem och fundera på hur vi ska prata med våra kunder.

Finns motsättning mellan säkerhet och ökat patientinflytande?

Emma: Inflytande kan innebära att patienten känner trygghet, och därigenom ge förutsättning för säkrare vård.

Mia: När vi involverar kvinnorna: Kan vi våga erbjuda olika val?

Vi fick höra av Lady Cumberlege (UK) om ett hierarkiskt system i England med stängda dörrar. Det är inte vår framtid; vi ska organisera den vård vi vill ha gemensamt med öppna dörrar utan trösklar, och prata mer med varandra. Vi måste kunna känna trygghet att arbeta med varandra i teamet. Det är det jag ser som den svenska modellen för förlossningsvård.

Marie: Om 75% inte vill föda på sjukhus kanske man ska förbättra vården där i stället för att se till alternativet att öppna nya vårdformer. Tror vi kan erbjuda valfrihet även på sjukhusen.

Lotti: Vi har lite olika perspektiv. Förlossningsrummen liknar för mycket intensivvårdsrum. Dölj maskinerna.

Mia: Vi kanske kan förändra inom befintliga organisationer till en viss gräns, men kulturer kan vara svårt att ändra på. Vi kan skapa nya organisationer tillsammans.

Lotti: Kan vi inte göra det på sjukhus?

Mia: Kan vi inte erbjuda hemförlossningar behöver vi släppa loss vår kreativitet.

Kommentar från auditoriet (Anna Frisk, psykoprofylaxinstruktör): Många kvinnor är pålästa. Föräldrar måste ändå kunna överlåta medicinskt ansvar till personalen. Det är bra om även läkare är med i teamet och även ser det normala. Överlåt inte svåra medicinska beslut till föräldrarna!

Kommentar från auditoriet (Lars Ladfors, gyn/obst, docent): Jag är stolt över svensk förlossningsvård, där vår organisation och team-work är av betydelse för goda resultat. Plocka inte sönder vår organisation. Jag tror på värdebaserad vård, sammanhållna vårdkedjor, och bra kontinuitet. Kejsarsnitt har gått upp och ned i två omgångar, min vision är att det blir slut på normala förlossningar om vi inte jobbar med det. Team- och förbättringsarbete av Marie Blombergs modell är nödvändigt om vi ska behålla normala förlossningar. Är inte Linköpingsmodellen första steget?

Kommentar från auditoriet (Jan Leyon gyn/obst): Obstare betyder "stand by". Läkare och barnmorskor behöver utbildas i normal förlossning. Trygg patient och trygg partner genom god kommunikation är grunden för detta.

Kommentar från auditoriet (Bodil Frej, doula, förlossningspedagog): Är barnmorskeledda enheter intressant? Om du får ha samma barnmorska som på MVC tycker 42% det. Men det finns hinder att införa en sådan modell.

Kommentar från auditoriet (Helena Lindgren, barnmorska, docent): Vi har inte tillräckligt adresserat frågan om "choice och safety" är i motsatsställning. Jag har forskat på hemförlossningar. Vad gör man om något händer? Vad gör man om något händer men patienten vägrar åka till sjukhus.

Lotti: Choice och safety; personalens säkerhet i sin roll är en faktor av betydelse. Barnmorskeledd enhet är ett ord vi helst vill ha bort. Arbetstider är ett problem för modell med kontinuitet.

Mia: Största hindret för lågriskenheter är en fråga om makt. Viljan saknas hos de som har makt. Apropos vad Cayenne (barnmorska) sa "Ingen ska dö": Hur ser vi på risk? Föreslår en dag kring detta.

Marie: Vi hoppas kunna inspirera med Linköpingsmodellen. Vi provar en modell med kontinuerligt stöd med samma personal under graviditet och förlossning hos kvinnor som är förlossningsrädda och vill ha kejsarsnitt. De får först en tid för kejsarsnitt, och sedan hoppas vi att de vill lyssna, och kan lockas av detta alternativ.

Emma: Det finns många födande som inte vet så mycket. Det är bra att vi överlever våra förlossningar, men vi förtjänar även en bra upplevelse, och det psykiska välbefinnandet är också viktigt. Gör hellre det bästa på de enheter och med den organisation som finns; vi kan inte vänta på nya organisationer och nya typer av enheter.

Elin: Vi kan förvänta oss mer än överlevnad. Det finns en rädsla hos personal att patienter ska göra olämpliga val. Det är sällsynt. Men även om patienter väljer mindre säkra val är det rätt, och det har sitt stöd i lagen. Det medicinska ansvaret ligger hos professionen, men det ansvaret innebär att berätta, och inhämta samtycke; medicinskt ansvar innebär att informera.

Emma: Om man har haft en bra dialog kan man som patient känna sig trygg och även acceptera åtgärder som man inte önskat/planerat för.

Kommentar från auditoriet (Märta Cullhed Engblom, barnmorska): Samsyn är önskvärd. Nu diskuteras ytterligheter; man planerar för förlossningsenheter med 10 000 förlossningar, och diskuterar samtidigt hemförlossningar. Vi förlorar på denna polarisering ur patientsäkerhetssynvinkel. Det vore bättre att hitta kompromisser inom de organisationer som finns.

Kommentar från auditoriet (Roger Bottinga, gyn/obst): Det är nästan omöjligt att ge objektiv information. Den påverkas av egna erfarenheter.

Kommentar från auditoriet (Verksamhetschef MVC Hjärtat, Uppsala): Vi har ett projekt med "Case-Load". Barnmorskor från MVC går in och förlöser på sjukhuset.

Vad behöver göras

Ingegerd: Individualiserad förlossningsvård är inte lika med lika vård. Det är en fördel om man gör olika, så att det finns något att välja mellan.

Lotti: Börja på de golv vi är med valfrihet i kombination med säkerhet.

Mia: Vi som har uppdrag för våra föreningar ska påtala för våra politiker vilka frågor som... Vi behöver mötas och diskutera. Se till goda exempel. Och ta armkrok med våra andra professioner.

Om 10 år var är vi?

Lotti: Stora förlossningsenheter uppdelade på flera enheter med olika arbetsformer där vi kan erbjuda allt.

Marie: Stort varierat utbud skapat med teamarbete. Även sjuka kvinnor ska kunna erbjudas föda normalt. Läkare ska vara bekväma med normala förlossningar.

Mia: Som gravid ringer man ett hälsocenter, och får välja; frisk som sjuk. Allt baserat på säkerhet.

Ingegerd: Evidensbaserad vård och starkare brukarorganisationer.

Emma: Bättre eftervård. Psykiska behov tillgodosedda.

Elin: Större brukarinflytande. Politiker bör ställas till svars för sina val. Det som är evidensbaserat ska tillgodoses.

www.sfog.se

www.barnmorskeforbundet.se