

REFERAT

Dato 17-06-2014

Sagsbehandler Gry Brun Jensen

gry.brun.jensen@stab.rm.dk

Tel. +4578412065

Sagsnr. 1-01-72-74-08

Møde den 6. juni 2014 i Fødeplanudvalget

1. Referat fra møde d. 28. marts og godkendelse af dagsorden

Referatet og dagsordenen blev godkendt.

Karen Marie Nielsen eftersender en beskrivelse af udfordringerne ift. at få data tilbage fra Statens Seruminstitut.

2. Drøftelse af udkast til Sundhedsaftale

Arbejdsgruppen med repræsentanter fra almen praksis, sundhedsplejen og jordemødrene har udarbejdet et udkast med fokus på en styrket tværfaglig og tværsektoriel indsats til gavn for især de sårbare gravide. Arbejdsgruppen har lagt særlig vægt på behovet for at inddrage socialrådgivernes faglighed i forhold til de sårbare gravide.

Udkastet omfatter tre tiltag i forhold til at styrke indsatsen over for de sårbare gravide: 1) Tidlig opsporing, 2) systematisk og velkoordineret tværfaglig og tværsektoriel intervention i graviditeten samt 3) systematisk opfølgning på særligt sårbare børn.

Derudover tager udkastet fat i en tryk og sammenhængende udskrivelse af nyfødte efter fødslen samt fastholdelse af gravide i arbejde.

Ad 1) Tidlig opsporing

Almen praksis har en særlig rolle ift. at identificere og stratificere de sårbare gravide. På AUH afprøves et elektronisk spørgeskema, som udfyldes af den gravide selv. Dette kan være en hjælp ift. at identificere de sårbare.

Ad 2) Systematisk og velkoordineret tværfaglig og tværsektoriel intervention i graviditeten

Arbejdsgruppen fremhæver, at man i den tværfaglige og tværsektorielle indsats skal fastholde og fokusere på sin egen

faglighed. En fremskudt socialrådgiver på fødestederne kan tage sig af de opgaver, der ikke omhandler det obstetriske, f.eks. at mødes med familien for at afklare, om der er behov for en underretning eller andre tiltag. Socialrådgiveren kan kvalificere tilbuddet til den gravide og en evt. underretning samt være bindeled til kommunen. På AUH forsøger man sig f.eks. med en delestilling, hvor en socialrådgiver delvist er på AUH og delvist i kommunens spædbørnsteam. På AUH er der afsat 20 timer ugentligt til 200 sårbare gravide, så opgaven er ikke så omfattende.

Socialrådgivningen skal kvalificere underretningerne, men myndighedsopgaven ligger stadig i den enkelte kommune. Mindre kommuner kan dermed samarbejde om en fremskudt socialrådgiver. Dette rummer dog også udfordringer, idet kommunerne har forskellige tilbud, som det kan være vanskeligt for én socialrådgiver at have overblik over, og idet kommunerne skal dele udgifterne til socialrådgiverens løn.

I Sundhedsaftalen lægges der op til, at de enkelte klynger kan lave prøvehandlinger og finde deres egen model. Det er vigtigt, at socialrådgiverne også indgår i disse drøftelser.

Fødeplanudvalget var enige i intentionen om at styrke indsatsen ved en øget inddragelse af socialrådgivernes faglighed.

Sårbarteam

Teamet skal dels udvikle samarbejdet på tværs og mødes med familien. Teamet skal rydde så mange sten som muligt af vejen for familien, før barnet bliver født. I dag er der for mange personer omkring de sårbare gravide, så det er vigtigt at have fokus på at nedbringe antallet. De sårbare løber ofte spidsrod mellem fagpersonerne, og det lægger ekstra pres på dem – jo færre personer, de skal forklare sig til og spejle sig i, jo nemmere bliver det.

Princippet om én indgang skal fremgå tydeligere af Sundhedsaftalen.

I psykiatrien i Silkeborg Kommune afholdes der netværksmøder med borgeren som tovholder, så man sikrer fokus på borgerens perspektiv. I forhold til de gravide er det en udfordring, at man er under tidspres, idet man typisk har mindre end syv måneder til at afklare situationen. Samtidig sker der en meget stor forandring i familiens liv. Borgerens perspektiv kan i stedet understøttes ved at være mindre detaljeret i metoderne, men lade indsatsen være situationsbestemt.

Udkastet skrives igennem igen med fokus på, om det er systemet først eller patienten først. Dette skal ske under hensyntagen til, at afsnittet om svangreomsorgen indgår i et aftalekompleks, hvor indledningen bl.a. omfatter "på borgerens præmisser".

Teamets navn skal overvejes – der kan ligge en barriere i at kalde det sårbarhedsteamet.

Afsnittet om møderne i sårbarteamet forkortes og/ellers vedlægges som bilag.

Det er ikke tanken, at der skal deltage en pædiater i teamet. De enkelte klynger skal afgøre, om socialrådgiveren skal være tovholder.

Ad 3) Systematisk opfølgning på særligt udsatte børn

Familieambulatoriet følger systematisk op på børn, der er født af gravide på niveau 4 med misbrug. Muligheden for at udvide tilbuddet til at omfatte alle niveau 4 børn skal undersøges. Det samme skal en metode til systematisk opfølgning på de niveau 3-børn, der har behov for det.

Opfølgningen skal sikre en tidlig opsporing af fejludvikling, så der kan sættes ind med hjælpende tiltag. Indgangen er problemer i familien – ikke, at barnet har fået en diagnose. Jo senere, tiltagene sættes i gang, jo større er risikoen for skader.

Tiltagene kan iværksættes inden for det ordinære system – læge, sundhedsplejerske, PPR – eller som mere specialiserede indsatser.

Samarbejdet med kommunerne

Når Sundhedsplejen slipper børnene, vurderes udviklingen ved de årlige besøg ved egen læge samt evt. af PPR. PPR's indsats varierer mellem kommunerne. PPR har specialkonsulenter, psykologer osv., som kan støtte op om familierne.

Familieambulatoriet kontakter kommunen, hvis der er bekymring for et barn, der følges i ambulatoriet, f.eks. fordi barnet er understimuleret.

Større åbenhed om stratificeringen ville kunne understøtte, at det ordinære system reagerer på fejludvikling hos børnene. Hvis sundhedsplejen og almen praksis blev informeret om, at familien er i gruppe 3 eller 4, kunne man reagere på lavere indikationer end normalt.

Systematik

Den systematiske opfølgning betyder bl.a., at familien følges af de samme personer, som får et dybere kendskab til familien og dermed bedre kan vurdere udviklingen. Det skal drøftes, hvordan man sikrer systematik – hos egen læge, sundhedsplejersken og ved kontrol i ambulatoriet.

Visitationskriterierne skal drøftes nærmere og der skal skabes overblik over antallet af børn.

Tryk og sammenhængende udskrivelse af nyfødte efter fødslen

I Region Midtjylland følger vi Sundhedsstyrelsens anbefalinger, så temaet udfoldes ikke yderligere.

I forhold til kommunikationen har audits vist, at der er manglende tilgængelighed på tværs af sektorer. Da man ikke taler med hinanden, kan man ikke være sikker på, at der reageres på henvendelser fra dag til dag. IT-systemerne taler dårligt sammen..

Indikatorer:

- Flere ammer: Der skal fastlægges et sammenligningsgrundlag. Skal indikatoren være en indikator på tryghed eller færre akutte indlæggelser?
- Genindlæggelser: Det er ikke tilstrækkeligt at reducere antallet af genindlæggelser – det er de forebyggelige, der skal undgås, så man får de rette indlæggelser.
- Flere familier er trygge: Ifølge LUP'en er der en høj andel, der ikke er trygge ved udskrivelsen, men kommentarerne går ofte på, at "det kan man heller ikke forvente, fordi det er en ny situation". Det er mere præcist at spørge til, om man kan håndtere situationen og ved, hvad man skal handle på?
- Andre indikatorer: En indikator kan også være, at der gennemføres audits på genindlæggelser på alle fem fødesteder. Det politiske system er interesseret i, om man skaber resultater for borgerne – sundere børn etc. – og ikke kun, om systemet har ændret sig.

Får man f.eks. effekt af familieforbereðelseskurset.

Arbejdsgruppen tager til efterretning, at der er stillet spørgsmålstejn ved indikatorerne, og arbejder videre med dem.

Sundhedsplejerskebesøg på 4-5-dagen

Hospitalet gav udtryk for, at sundhedsplejen kun tager de lørdagsbesøg, der er omfattet af pakken. Sundhedsplejen tager således ikke ud til børn, som ifølge hospitalet burde modtage en opfølgning lørdag. I stedet skal børnene på sygehuset for at blive vejret.

Sundhedsplejens svar var, at man forholder sig til de familier, der henvises – det bliver bare ikke nødvendigvis en lørdag. Sundhedsplejen kan ikke bestilles til at udføre opgaver, men vurderer opgaven ud fra deres egen faglighed. Der åbnes ikke for besøg både lørdag og søndag. Det sker kun ift. de definerede forløb, så ikke alt sendes ud til sundhedsplejen.

Audits har vist, at man skal være bedre til at stole på hinanden – hvis sundhedsplejersken vurderer noget, bør det ikke være nødvendigt, at en sygeplejerske foretager samme vurdering. Omvendt må det også gælde, at hvis hospitalet vurderer, at et barn skal kontrolvejes den efterfølgende dag, så skal det ske.

Afrunding

Christian Boel konkluderede, at udkastet til Sundhedsaftalens fokus på sårbare gravide harmonerer fint med Fødeplanen. Der er ingen, der har knækket koden, men der er gode intentioner og en vilje til at arbejde med opgaven. Udkastet viser også, at vi i Region Midtjylland er nået langt i forhold til samarbejdet omkring svangreomsorgen. Jens Peter Hegelund tilføjede, at det er et afbalanceret udkast, som omfatter gode tiltag.

Den videre proces:

Arbejdsgruppen udarbejder nyt udkast, som sendes til skriftlig kommentering i Fødeplanudvalget.

3. Pulje til sårbare gravide

Puljepengene er ikke altafgørende i forhold til, om man kan skabe en sammenhængende svangreomsorg.

Der er to veje – en samlet ansøgning eller bilaterale ansøgninger i klyngerne.

Jens Peter Hegelund Jensen anførte, at man fra kommunernes side som udgangspunkt synes, at en fælles ansøgning er en god idé, men at kommunerne er meget forskellige steder – i Vestklyngen er man f.eks. langt med Familieiværksætterne.

Christian Boel fremhævede, at der allerede i Sundhedsaftaleudkastet er lagt en fælles ramme i form af sårbarhedsteams etc., som kan bruges som udgangspunkt. Det fælles kan også bestå i at koordinere ansøgningerne, så der ikke udarbejdes fem identiske ansøgninger. En mulighed er, at der gennemføres forskellige tiltag i klyngerne, men at der er fokus på vidensdeling. Når Sundhedsstyrelsen mener, at der skal udarbejdes én sundhedsaftale, bør de også understøtte den fælles indsats. Der bør vælges en model, der tilgodeser både det fælles og det individuelle.

Joan Dürr foreslog en model, hvor Sundhedsstyrelsens krav om, at projekterne skal udvikle en pakke målrettet sårbare gravide, tilgodeses i en fælles beskrivelse af de tilbud, der foreslås etableret i hele regionen. Pakken består af kendt jordemoderordning, fremskudt socialrådgiver, sårbarhedsteam samt opfølgning i forhold til børnene

I de enkelte ansøgninger tilføjes lokale indsatser, f.eks. ansættelse af en sundhedsplejerske på patienthotellet eller tre kommuner, der samarbejder om en fremskudt socialrådgiver. Det kan understøtte, at der er én sundhedsaftale, men også at de enkelte kommuner/klynger kan arbejde med det, de har behov for.

Mads Jessen så en udfordring i at få det fælles til at spille sammen med det individuelle. Han mente dog også, at en fælles overligger harmonerer fint med sundhedsaftalen. Man kan skrive, at der lægges op til vidensgenererende aktiviteter tæt på borgeren, hvor der tages højde for lokale forhold.

Det kan være en mulighed at koordinere de ansøgte beløb, så de samlet set svarer til den andel, som Region Midtjylland kan få, hvis midlerne fordeles ligeligt mellem regionerne.

Sendes en koordineret ansøgning, skal det tydeliggøres, at det ikke er strategisk tungt.

Beslutning:

Hver kommune/klynge ansøger, men med en fælles beskrivelse af den fælles pakke. Regionen er tovholder i forhold til at beskrive den fælles pakke på forhånd – såvel regionens som kommunens indsats.

Sundhedsplejerskerne i Fødeplanudvalget er tovholdere ift. at skabe en lokal proces og beskrive deres egne projekter. Fødeplanudvalget anbefaler, at der udarbejdes klyngeansøgninger, så hvert fødested ikke skal håndtere flere forskellige projekter. Ikke alle kommuner behøver at deltage.

Regionen er tovholder ift. at udarbejde et fælles brev til sundhedsstyrelsen, som forklarer, at projekterne i Region Midtjylland har et fælles afsæt og supplerer hinanden.

4. Tværsektoriel og tværfaglig temadag

Fødeplanudvalget tilsluttede sig, at der skal afholdes en tværfaglig og tværsektoriel temadag i januar med temaet "Sundhedsaftalen".

Lone Neumann deltager i planlægningen. Sundhedsplejen melder ind med en deltager efterfølgende. Sundhedsplanlægning indkalder til et planlægningsmøde.

5. Monitoreringsgruppen

Christian Boel udtrykte tilfredshed med, at vi i regionen er kommet så langt ift. den tværsektorielle monitorering.

6. Orientering om kendt jordemoderordning

Kendt jordemoderordning blev evalueret i 2013. Ordningen er baseret på frivillighed, så en evt. permanentgørelse kan give overenskomstmæssige udfordringer. Region Midtjylland forhandler derfor med Jordemoderforeningen forud for forelæggelsen for Regionsrådet i august.

Der lægges op til forskellige modeller, herunder at ordningen fortsætter som hidtil, eller at ordningen tilbydes til sårbare gravide, og at klyngerne derudover kan opstille lokale kriterier. Der lægges desuden op til en differentiering af indsatsen, så flere af de førstegangsfødende, der kan, føder ambulantly. Dette forslag skal efterfølgende drøftes i Sundhedskoordinationsudvalget.

Drøftelse

I Region Syddanmark har man allerede implementeret ambulante fødsler for førstegangsfødende. Ifølge LUP'en er de fødende i Syddanmark tilfredse, selvom de udskrives tidligere. De har let adgang til hjælp, hvis de har behov for det.

I Region Syddanmark har det ikke medført en opgaveflytning. Familien får besøg af jordemoderen i hjemmet, og derefter følger de det almindelige forløb med besøg af sundhedsplejersken osv. De sårbare bliver på sygehuset.

Mener Sundhedskoordinationsudvalget, at der skal laves en opgaveoverdragelsessag, vil den blive udarbejdet.

Sagsfremstillingen tilføjes et afsnit omkring de mulige afledte effekter for kommunerne.

7. Kommende møder

Næste møde er den 3. oktober

- Følg op på sundhedsaftalen
- Ammefilmen forventes at være færdig på dette tidspunkt
- Gravide og rygestop: Jordemødrene har svært ved at gennemføre en systematisk intervention. De gravide falder typisk mellem to stole, fordi interventionen foregår i kommunerne. Rygestop indgår i den del af Sundhedsaftalen, der omhandler generel forebyggelse.
- Familieambulatoriet: Familieambulatoriets leder vil gerne deltage i oktober med et oplæg omkring årsrapporten.
- Sundhedsplejersketelefonen: Emnet tages op i foråret
- Genindlæggelser: Når der er lavet audits i alle klynger, inviteres nogle relevante personer til at fortælle om resultaterne
- Arbejdsmarkedsområdet: En repræsentant fra mødrehjælpen samt en repræsentant fra et jobcenter inviteres til en drøftelse af beskæftigelsesindsatsen for gravide/sårbare gravide
- MedCom standard for lægejournaler
- Projekt "Sikre fødsler": Projektperioden udløber nu – så hvad gør vi nu? Tiltagene kan ikke fortsætte uden midler. Der lægges op til en proces, hvor Sundhedsdirektørerne informeres først. Det skal evt. tages op i Klinikforum. Lone Hvidmann har deltaget i projektet på landsplan og kan informere. Kan ikke bevare det uden midler. En sag for klinikforum? Proces, hvor sundhedsdirektørerne ser det først. Lone Hvidmann har siddet med på landsplan og kan informere
- Civilsamfundsstrategier: Hvordan inddrages frivillige i opgaveløsningen, skal nogen inviteres ind i et tættere samspil.
- I forbindelse med et møde i Fødeplanudvalget arrangeres et møde omkring det perinatale område – perinatal audit, sikre fødsler etc. Fødeplanudvalget inviteres, men deltagelse er frivillig.

7. Evt.

Ingen bemærkninger under eventuelt.