

Samarbejdsaftale om fælles gravidteam for sårbare gravide

(godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
den 9. december 2015)

KKR
MIDTJYLLAND

regionmidtjylland **midt**

Region Midtjylland og kommunerne indgår en samarbejdsaftale om etablering af fælles gravid team målrettet sårbare gravide.

Om indsatsen

Fælles gravidteam skal sikre tidligere hjælp og en mere koordineret indsats til sårbare gravide og dermed hjælpe familierne til at give deres børn en god start på livet. Et fælles team bestående af jordemoder, sundhedsplejerske, socialrådgiver, praktiserende læge og andre relevante fagpersoner afklarer i samarbejde med familien relevante problemstillinger, og tilrettelægger en samlet plan for forløbet på tværs af sektorerne.

Gravidteam aktiveres så tidligt som muligt i graviditeten og senest i graviditetsuge 24. Teamet mødes 1-2 gange (efter behov).

Kommunen er som hovedregel vært, tovholder og facilitator for afvikling af møder i gravidteamet. Møder kan foregå via videokonference.

Ordning vedr. fremskudt socialrådgiver er ikke en forpligtende del af aftalen.

Formål og mål

En tidlig forebyggende, tværfaglig og tværsektoriel indsats skal styrke forældrekompetencerne og forebygge alvorlige skader på barnets udvikling og dermed skabe et godt fundament for barnets videre trivsel.

En tidlig og velkoordineret indsats skal føre til positive økonomiske, sociale og helbredsmæssige effekter og dermed også reducere den sociale ulighed i sundhed.

Mål

- Reducere eller helt forebygge forekomsten af graviditets- og fødselskomplikationer for sårbare gravide som fx tidlig fødsel, dødfødsel, lav fødselvægt (sundhedsmål)
- Sunde børn i trivsel ved at styrke forældrene i at mestre varetagelsen af barnets fysiske og mentale sundhed samt trivsel i opvæksten (sundhedsmål)
- Reducere antallet af akutte henvendelser i graviditeten samt antallet af genindlæggelser i forbindelse med fødslen (klinisk kvalitet)
- at familierne oplever en overskuelig, attraktiv og koordineret indsats (borgeroplevet kvalitet)
- Uændret eller reduceret økonomi pr. sårbar gravid (økonomi pr. capita)

Målgruppe

Målgruppen er niveau 3 gravide (Sundhedsstyrelsen – anbefalinger for svangreomsorgen). Det vil sige gravide, som er kendetegnet ved at have flere

sammenfaldende problemstillinger af sundhedsmæssig, psykologisk og/eller social karakter, og som derfor har behov for både sundhedsfaglige og socialfaglige tilbud.

Det er vurderingen, at ca. 3-5 % af de gravide skal have tilbuddet, svarende til 390-650 gravide på årsbasis i Region Midtjylland.

Kvalitetsopfølgning og økonomi

Kvalitets- og økonomiopfølgning vil ske via triple aim. Der er udarbejdet indikatorer (fremgår af bilaget), som monitoreres og følges i en periode på 1 år herunder også de økonomiske konsekvenser. Fødeplanudvalget vil sørge for tværgående opfølgning af den samlede udvikling af indsatsen. Lokal opfølgning vil ske i klyngerne.

Økonomi: Indsatsen betyder en tidligere og mere systematiseret og effektiv koordinering af indsatsen og vil derfor træde i stedet for den nuværende ad hoc koordinering, som finder sted både internt og eksternt. Indsatsen vil dog forde, at der konkret afsættes tid til møder i det fælles gravid team. Der er udarbejdet en beregning af den direkte udgift forbundet med afholdelse af møder i fælles gravid team. Beregningen tager ikke højde for, at indsatsen til en vis grad er en omlægning af den nuværende indsats.

Den direkte udgift til afholdelse af fælles gravidteam-møder er vurderet til ca. 3.400 kr. pr. gravid/familie.

Sektorvis fordeling af udgifter (samlet set for regionen):

Kommunal udgift	507.000-845.000 kr.
Hospitalsudgift	210-350.000 kr.
Udgift til almen praksis	604.000 kr – 1,0 mio. kr.
I alt	1,3 mio. kr. – 2,2 mio. kr.

Der er ikke udgifter til kommunal medfinansiering.

Der er i beregningen taget afsæt i 2 møder af 1 times varighed. Eventuel transport er ikke indregnet, da det tilstræbes mest mulig anvendelse af videokonference¹

Der er ikke indregnet potentielle gevinster for hospitaler og kommuner ved en tidlig forebyggende indsats.

¹ I beregningen for den kommunale del er der taget afsæt i to møder med deltagelse af socialrådgiver samt sundhedsplejerske, i alt 4 timer. For hospitalerne er der taget afsæt i deltagelse af jordemoder (to timer), samt deltagelse af obstetriker 1 time (25% af målgruppen)
For praktiserende læger er der taget afsæt i to timer (taksten for social medicin)

Implementering

Fælles gravidteam er implementeret senest 1. juni 2016.

I Horsens-klyngen, Aarhus og Silkeborg fortsætter de nuværende satspuljeprojekter for sårbare gravide.

Aftalen vurderes igen i 2017 i forbindelse med evalueringen og opsamlingen af resultaterne af satspuljeprojekterne

Samarbejdsaftalen er udarbejdet i regi af Fødeplanudvalget.

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte aftalen den 9. december 2015.

Bilag:

Faglig ramme for fælles gravid teams for sårbare gravide





Bilag til samarbejdsaftale om fælles gravid team for sårbare gravide



Faglig ramme om fælles gravidteam for sårbare gravide

Dato 9-12-2015

1-01-72-74-08

1. Baggrund

Side 1

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der mellem fødestedet og den enkelte kommune skal etableres tværsektorielle gravidteam for sårbare gravide (sundhedsaftalen s. 74-78).

Fælles gravid team skal være implementeret senest 1. juni 2016.

For at understøtte en nogenlunde ensartet indsats på tværs af regionen herunder den lokale implementering, har Fødeplanudvalget i Region Midtjylland, udarbejdet en ramme for en faglig model for fælles gravidteam.

Af sundhedsaftalen fremgår det endvidere, at der i 2016 skal aftales nærmere om tidlig opsporing samt muligheden for forsøg med fremskudt socialfaglig rådgivning på fødestedet. Indsatsen for fremskudt socialfaglig rådgivning er indarbejdet i skitsen for gravidteam, da en række kommuner/hospitaler bl.a. med afsæt i satspuljemidler er i gang med at afprøve indsatsen, men fremskudt socialrådgiver er ikke en forpligtende del af denne aftale.

Aarhus-klyngen, Horsens-klyngen, samt Silkeborg Kommune/HE Midt har fået satspuljemidler til indsatser for sårbare gravide, og er derfor de første, som er i gang med etableringen af gravidteam og fremskudt socialrådgiver. Erfaringerne herfra vil løbende blive delt via Fødeplanudvalget.

Region Midtjylland har desuden besluttet at tilbyde sårbare gravide (niveau 3) 'kendt' jordemoder.

2. Målgruppen

Målgruppen er de mest komplekse niveau 3 gravide (Sundhedsstyrelsen – anbefalinger for svangreomsorgen) svarende til 3-5% af de gravide. Det vil sige gravide, som er kendetegnet ved at have komplekse og flere sammenfaldende problemstillinger af sundhedsmæssig, psykologisk og/eller social karakter, og som derfor kan have behov for både sundhedsfaglige og socialfaglige tilbud.

Konkret kan der være tale om **en eller flere** af følgende faktorer:

- Gravid/par, hvor der er alvorlig bekymring
- Gravid/par uden socialt netværk
- Gravid præget af tidligere overgreb
- Socialt belastede kvinder/par (udsat for omsorgssvigt som barn, tidligere anbragte børn, kriminalitet)
- Gravid/par med belastende psykiske lidelser (skizofreni, bipolare, depression, OCD, ADHD, angst) eller psykisk funktionsnedsættelse
- Gravid/par med svært komplicerede opvækstvilkår
- Gravid/par hvor det vurderes behov for underretning

Ovennævnte liste er ikke udtømmende. Der vil altid være tale om en konkret vurdering.

Niveau 3 gravide med udelukkende somatisk komplicerede lidelser indgår ikke i målgruppen.

Niveau 4 gravide indgår ikke i målgruppen, da de som hovedregel tilknyttes familieambulatoriet.

Omfang

Der er en vis usikkerhed om omfanget af målgruppen. En skønsmæssig vurdering er, at 3-5% af de gravide skal tilbydes indsatsen. I 2014 var der 13.000 fødsler i Region Midtjylland. Det svarer til, at mellem 390-650 gravide i regionen skal have tilbuddet.

3. Principper for indsatsen

Indsatsen bygger på følgende principper (sundhedsaftalen s. 75):

- Bæredygtigt for familien. Ligeværdigt partnerskab med den gravide og den kommende far, hvor indsatsen understøtter familiens egen mestring. Og som tager afsæt i en helhedsorienteret tilgang, hvor eksempelvis også arbejdsmarkedsindsatsen inddrages, fordi det også har betydning for barnets sundhed.
- Én indgang for familien. Sårbare gravide bruger i dag mange ressourcer på at have mange relationer til forskellige professionelle aktører. Det skal være mere enkelt for den gravide og antallet af overgange skal reduceres.
- Bæredygtigt for barnet. Der tages et 'børneperspektiv', hvor det ufødte barn har forrang. Et væsentligt element er familiens omsorgsevne for sig selv og for det ventende barn. Derfor er det centralt at understøtte god tilknytning og relationsdannelse mellem forældre og barnet.

4. Formål og mål

En tidlig forebyggende, tværfaglig og tværsektoriel indsats skal styrke forældrekompetencerne og forebygge alvorlige skader på barnets udvikling og dermed skabe et godt fundament for barnets videre trivsel.

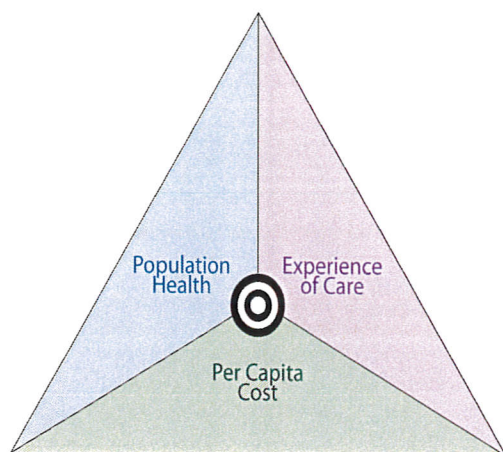
En tidlig og velkoordineret indsats skal føre til positive menneskelige, økonomiske, sociale og helbredsmæssige fordele og dermed også reducere den sociale ulighed i sundhed.

Mål

- Reducere eller helt forebygge forekomsten af graviditets- og fødselskomplikationer for sårbare gravide som fx fx tidlig fødsel, dødfødsel, lav fødselvægt (sundhedsmål)
- Sunde børn i trivsel ved at styrke forældrene i at mestre varetagelsen af barnets fysiske og mentale sundhed samt trivsel i opvæksten (sundhedsmål)
- Reducere antallet af akutte henvendelser i graviditeten samt antallet af genindlæggelser i forbindelse med fødslen (klinisk kvalitet)
- at familierne oplever en overskuelig, attraktiv og koordineret indsats (borgeroplevelse kvalitet)
- Uændret eller reduceret økonomi pr. sårbar gravid (økonomi pr. capita)

Mål er udarbejdet med afsæt i Triple aim:

- sundhedsmål for populationen
- klinisk og brugeroplevelse kvalitet
- økonomi pr. bruger



5. Indsatsen

5.1 Model for gravidteam

Nedenfor præsenteres en model for organiseringen af fælles gravidteam.

Gravidteamets opgave er at få tilrettelagt en både kortsigtet og langsigtet plan og at få aftalt rolle og kompetencefordeling på tværs af systemerne i forhold til graviditeten, fødslen og forløbet efter fødslen.

Gravidteam aktiveres så tidligt som muligt i graviditeten og senest i graviditetsuge 24.

Visitation og aktivering af gravidteam

På baggrund af egen læges vurdering (svangrejournal) visiteres den gravide til det videre forløb herunder samtale med læge (obstetriker) samt (Kendt) jordmoder. Såfremt fødestedet vurderer, at der er behov for tværsektorielt gravidteam sendes korrespondancebrev til kommunen og ved behov laves underretning.

Kommunen vurderer om gravidteamet skal aktiveres. Fødestedet kan dog anmode om et teammøde, hvis fødestedet fortsat vurderer, at der er behov for det.

Deltagere og rollefordeling

Gravidteamet består fast af jordemoder, sundhedsplejerske, socialrådgiver og egen læge. Teammødet kan efter behov udvides med deltagelse af fx obstetriker, barsels sygeplejerske, neonatalsygeplejerske, psykiater, netværk, andre ressourcepersoner mv. Familien deltager som hovedregel på teammøderne.

Kommunen (sundhedsplejerske eller socialrådgiver) er som hovedregel vært, tovholder og facilitator for afvikling af teammøder, da den kommunale indsats ofte rækker længere end til fødslen. Hver sektor sørger for koordinering i forhold til egne deltagere af mødet.

En væsentlig del af det tværfaglige teamarbejde er, at hver faggruppe er bevidst om egen ekspertise, rolle og kompetence i arbejdet. Desuden har tovholder/facilitator af teammøderne rutine i rollen herunder de nødvendige kompetencer (se også støtteværktøjer).

Tovholder sørger for udsendelse af dagsorden og referat. Referatet er et vigtigt arbejdsredskab i det videre forløb idet det bl.a. sikrer sammenhæng og koordinering i plan og mål og skal forebygge usikkerhed og misforståelser blandt de involverede. Referatet indeholder bl.a. en beskrivelse af den samlede problemstilling, konklusion, handleplan samt rolle- og kompetencefordeling. Referat sendes til alle relevante involverede – også selvom de ikke har deltaget i mødet (obs samtykke).

Gravidteamet kan eksempelvis afholde teammøde på faste mødedage (fx første mandag i måneden). Dette skal understøtte, at der ikke bruges unødigt tid med fx at finde mødedatoer mv. eller at møder ikke kommer i stand. Ligeledes lægges der op til, at møderne faciliteres efter en stram skabelon og med afsæt i den gravide/familiens deltagelse på mødet. På mødet aftales og koordineres en plan for den videre indsats.

Der forventes ca. 1-2 teammøder i graviditeten (efter behov).

Møderne kan afholdes som videokonference.

Tværasektoriel og tværfagligt samarbejde i teamet

Tværfagligt og tværasektorielt samarbejde indebærer, at flere fagpersoner med udgangspunkt i hver deres faglige ekspertise arbejder helhedsorienteret med fælles ansvar og kontinuerligt koordinerer og justerer indsatsen med udgangspunkt i familiens situation og behov. Hver faggruppe har sin særlige rolle og kompetence. Højt informationsniveau, tæt kommunikation og koordinering sikrer overblik og helhedssyn og dermed kvalitet i arbejdet¹

Samarbejdet skal ligeledes bidrage til, at de samme fagfolk følger familien over en periode og dermed skaber kontinuitet i det faglige arbejde om den enkelte familie. Det vil ligeledes bidrage til at nedbringe antallet af fagpersoner, som familien skal forholde sig til.

Fremskudt social faglig rådgivning på fødestedet (ikke forpligtende del af denne aftale)

Modellen er udvidet med en fremskudt socialrådgiverfunktion på fødestedet.

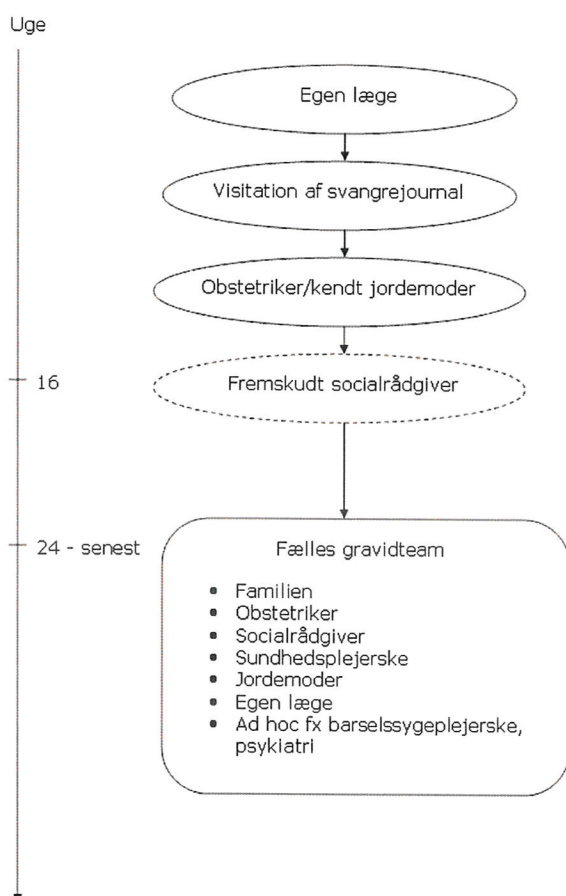
En fremskudt socialrådgiver funktion ved det enkelte fødested kan fx foretage afklarende samtaler med familien på et højt socialt fagligt niveau og på et tidligt tidspunkt i graviditeten. En fremskudt socialrådgiver funktion skal ligeledes bidrage til, at underretninger, der sendes til en kommune er velbeskrevet i henhold til social-faglige problematikker herunder med en detaljegråd, der understøtter en hurtigt og relevant sagsbehandling. Fremskudt socialrådgiver kan herudover bidrage med en kvalificering af, hvorvidt det fælles gravidteam skal aktiveres.

Gravidteamet fungerer som i model 2. Det kan overvejes, at den fremskudte socialrådgiver er facilitator på netværksmøderne.

Forsøg med fremskudt socialrådgiver funktion på fødestedet indgår også i sundhedsaftalen, men med primær implementering fra 2016. Erfaringerne fra satspuljeprojekterne vil blive taget med i det videre. Det vil bl.a. være en fordel at undersøge, om der kan etableres én fælles fremskudt socialfaglig funktion på fødestedet, der dækker alle kommuner i klyngen.

¹ Sundhedsstyrelsen, Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer s. 19 (2005)

Figur



6. Samarbejde med almen praksis

Den gravides egen læge skal altid indkaldes til teammøde (evt. videokonference) og skal uanset mødedeltagelse eller ej, have fremsendt mødereferat herunder handleplan for det videre forløb. (Obs på samtykke).

7. Samtykke

Alle skal være opmærksomme på, at samtykkeerklæring er udfyldt i alle patientjournaler.

8. Kvalitetsopfølgning

I sundhedsaftalen er det aftalt, at opfølgning af initiativer i sundhedsaftalen så vidt muligt følges op via triple aim metoden.

I forbindelse med implementeringen af fælles gravidteam monitoreres på nedenstående indikatorer. Det skal bemærkes, at satspuljeprojekterne gennemfører en udvidet monitorering.

Monitoreringsoversigt

Sundhedsmål • Reducere eller helt forebygge forekomsten af graviditets- og fødselskomplikationer for sårbare gravide som fx fx tidlig fødsel, dødfødsel, lav fødselsvægt • Sunde børn i trivsel ved at styrke forældrene i at mestre varetagelsen af barnets fysiske og mentale sundhed samt trivsel i opvæksten	Indikatorer • Fødselsvægt • Gestationsalder • Om familien kan klare sig selv uden ekstra foranstaltninger udenfor normalområdet 4 måneder efter fødslen
Mål for klinisk og brugeroplevet kvalitet • Reducere antallet af akutte henvendelser i graviditeten samt antallet af genindlæggelser i forbindelse med fødslen (klinisk kvalitet) • at familierne oplever en overskuelig, attraktiv og koordineret indsats (borgeroplevet kvalitet)	Indikatorer • Frekvens i forhold til genindlæggelser • Etablering af fælles gravidteam senest graviditetsuge 24 • Fx lokale fokusgruppe interviews
Omkostninger pr. capita • Uændret eller reduceret økonomi pr. sårbar gravid (økonomi pr. capita)	Indikatorer • Omkostninger til afholdelse af teammøder (kommune, hospital, almen praksis) • Antal kontakter og udgifter - hospitaler, kommuner og almen praksis

9. Støtteværktøjer

Støtteværktøjer udarbejdet lokalt i klyngerne vil løbende blive gjort tilgængelige på www.sundhedsaftalen.rm.dk med henblik på mest mulig videndeling.

Det anbefales, at hver klynge udarbejder handleguide for gravidteamet. Handleguiden kan fx indeholde hvornår møderne afholdes og hvor ofte, hvem der udsender dagsorden og hvornår den senest udsendes, faste punkter i dagsorden, faste punkter i referat og hvem der udsender referat, kort beskrivelse af mødernes indhold, kort beskrivelse af de faste mødedeltagere, kort om udveksling af fortrolige oplysninger herunder samtykke.