

Sygehus Lillebælt

Område: Samarbejde med kommunerne
Afdeling: Planlægning
Journal nr.:
Dato: 22. marts 2011

Udarbejdet af: Birthe Nielsen Ditlevsen
E-mail: Birthe.Nielsen.Ditlevsen@slb.regionssyddanmark.dk
Telefon: 76362036

Referat fra møde i regi af lokalt samordningsforum for området Sygehus Lillebælt,

Underudvalg for Indlæggelse og udskrivelse

Tidspunkt: Torsdag d. 17. marts 2011 kl. 13.30 – 15.30

Deltagere:

Middelfart Kommune: Myndighedsleder Åse Zoffman

Fredericia Kommune: Myndighedsleder Hanne Rasmussen

Kolding Kommune: Ledende sygepl. Kirsten Grøndahl Carlsen

Vejle Kommune: Driftschef for senior service Anette Styrup Bang

Billund Kommune:

Vejle Kommune:

Haderslev kommune:

Praksiskoordinator: Læge Jørgen Graversen, Kolding

Sygehus Lillebælt: Dorthe Skjødt, oversygeplejerske Ortopædkirurgisk afdeling Kolding, Charlotte Knudsen, afd. sygepl. AMA Fredericia, Lisbeth Fredholm, Overlæge i Geriatri Medicinsk afdeling Kolding og Birthe Nielsen, oversygeplejerske Planlægningsafdelingen

Afbud: Plejeforf. Marianne Hansen, Lone Oehlenslaeger afd. sygepl. Med. afd. Vejle, Hanne Dalsgaard overlæge Ortopæd. kir. afd. Vejle, Birthe Schlytter Vejle Kommune,

Mødeleder: Dorthe Skjødt

Referent: Birthe Nielsen

- 1. Godkendelse og opfølgning på referat fra d. 11- januar (vedlagt):**
Referat er godkendt.

2. Konklusioner fra Audit ved Dorthe Skjødt (P.P. vedlagt)

I ortopædkirurgisk regi gennemgået 4 patientforløb sammen med Kolding kommune. Processen gentages på med. afd. d. 25/3. Det regionale skema anvendes. Audit sammenskrives herefter og forelægges Underudvalget og Lokalsamordningsforum.

Tendensen er den samme ved den udvidede gennemgang, som ved den hurtige audit. Begge parter kan gøre det bedre. Det er givtigt at se det skrevne sammen og forstå, at en beskrivelse af feks. kald, besøg dag aften, nat ikke siger ret meget. Der skrives generelt for mange forløbsplaner, hvor der står for lidt.

- I Fredericia har der været et fælles møde mellem kommune og sygehus. Også her har det været godt at se hinandens korrespondancer. Det er nødvendigt med fokus på de manuelle indlæggelsesrapporter og medicindelen er ligeledes en udfordring.

- i Kolding kommune vurderes, at der er fejl i 9 ud af 10 medicin overleveringer. Der er indberettet en utilsigtet hændelse på et forløb. Den udarbejdede oversigt over, hvor fejl opstår vedlægges til orientering.

På Kolding Sygehus arbejdes i relation til patientsikkert sygehus med medicinafstemning. Dette og fortsat fokus med direkte tilbagemelding ved fejl samt at der gives en tilbagemelding i organisationen, vil være det aktuelle tiltag. Problemet vil formentlig løses med indførelse af FMK, men der går formentlig et par år, før det er en realitet i SLB, de samarbejdende kommuner og i lægepraksis.

Generelt vurderes det, at den direkte tilbagemelding og tiltag som den aktuelle audit, hvor der pågår en opfølgning og respons på eget arbejde, er mere givende end en bredere auditering.

3. Apopleksi patienter – indlæggelsesforløb og rehabilitering (oplæg ved Medicinsk afd. og formidling fra Underudvalg for genoptræning - sidste møde og fra årsstatus ved Birthe)

Baggrund for at emnet er på dagsordenen er, at underudvalg for genoptræning har udtrykt bekymring for rehabilitering af patientgruppen. Patienterne har komplekse rehabiliteringsbehov som de forskellige kommunale muligheder og aflastningsområder, kan have vanskelig ved at imødekomme. Indlæggelseslængden afkortes, hvorfor problemstillingerne bliver endnu tydeligere. I genoptræningsregi forslås en temaeftermiddag eller lignende, med drøftelse af fælles udfordringer.

Aktuelt er der tilpasning i gang på sygehuse og i kommuner. For FKS medfører tilpasningen, at der i år reduceres med ca. 5-6 stillinger på fysio og ergoterapeut området.

Fra medicinsk afd. orienteres om, forventet niveau for vurdering og genoptræning, som følge af tilpasningen. Afklaringen heraf er dog ikke tilendebragt i regiet og der er meldt ud, at det ikke er hensigten at genoptræning/ytelser til apopleksi eller hofte patienter skal berøres væsentligt.

Anette Styrup Bang udtrykte bekymring for opgaveglidning, hvis sygehuse reducerer træningsindsats. Patienterne må vurderes til, at have haft behov for træning og at behovet nu flyttes til kommunerne, med de afledte økonomiske konsekvenser, som det har.

Der er ingen tvivl om, at alle bliver presset også praktiserende læger i form af indtægtsloft. Tendenser vil blive fulgt og der må findes et råderum for hensigtsmæssige patientforløb.

4. Specialeplanlægning og samling af patienter fra Sønderjylland med Amyotrofisk Lateral Sklerose (ALS) på Vejle Sygehus, Neurologiske afd. og samarbejdsaftale vedr. respirations understøttende behandling i eget hjem (vedlagt) - ved Lise Christensen, Neurologisk afd. Vejle Sygehus

- drøftelse af det nuværende samarbejde vedr. patient gruppen og forventninger til samarbejdet fremover:

Lise Christensen indleder med en kort introduktion til sygdommen ALS. Ved samling af Patienter i Vejle forventes antal patienter at stige fra aktuelt 40 til 60 patienter. På Vejle sygehus er der etableret et ALS team bestående af overlæge, sygepl., ergo og fysioterapeuter. Der er et tæt samarbejde med Rehabiliteringscenter for muskelsvind, hvor der også er en psykolog tilknyttet. I forløbet er der endvidere behov for diætist og socialrådgiverbistand.

Forløbet for ALS patienter er gns. 2,5-3 år fra diagnosticeringstidspunkt.

Det er meget vigtigt at få etableret et tæt samarbejde mellem kommune, praktiserende læge, rehab. center øvrige relevante parter med udgangspunkt i patient og pårørende ønsker, tidligt i forløbet. Fra sygehus side ønskes samarbejdet indledt når diagnose er verificeret og der ønskes udpeget en kommunal kontaktperson. Tidligt hjemmebesøg er vigtig m.h.p at være på forkant på b.l.a hjælpemiddel området.

Stratificering kan være et redskab. Sygdommen er uforudsigelige og kompleks. Egenomsorg og netværk vil være betydende for forløbet.

Respirationscenter vest er ansvarlig for respiratorbehandling i eget hjem. Den nye samarbejdsaftale vedr. respirationsunderstøttende behandling i hjemmet omhandler patientgruppen.

I samarbejdsaftalen afspejles en vis kompleksitet i forhold til private aktører og det kommunale

Konklusion:

Neurologisk afdeling udarbejder sammen med relevante samarbejdspartnere forslag til patientforløbsbeskrivelse/forløbsplan. I udarbejdelsen indarbejdes de eksisterende samarbejdsaftaler – Sam-Bo/Sundhedsaftalen, Samarbejde vedr. respirationsunderstøttende

behandling i hjemmet, Samarbejdsaftale om den alvorligt syge og døende patient og hvad der i øvrigt kan være en hjælp herunder sammenhængen til DDKM. Når forløbsplan er udarbejdet forelægges aftalen Underudvalg for indlæggelse og udskrivelse m.h.p på accept i det tværsektorielle samarbejde i SLB. Forventningen er, at en godkendt aftale i SLB, kan løftes til at omfatte patienter i det sydlige Jylland. Kontaktperson til udvalget m.v er Birthe N.

5. Gensidig orientering

- Sam-Bo følgegruppe opstart og fremtidige opgaver herunder implementering af Tværsektoriel samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende patienter i Region Syddanmark: Følgegruppe for Sam-Bo er nu nedsat og i dette regi er der udarbejdet oversigt over implementeringsforløb. Hensigten er samme model som ved Sam-Bo og med bortfald af eksisterende samarbejdsaftale pr. 1. juni. I SLB arbejdes der sideordnet med kobling til DDKM - standarder ved livets afslutning og kontekst til samarbejdsaftalen herunder samarbejdsrelationer til praktiserende læger vedr. f.eks. åben indlæggelse/stamafd. og det tværsektorielle samarbejde iøvrigt.
- Kolding Kommune og visitation af hjemmesygepleje: fremover visiterer hjemmesygeplejen i Kolding selv hjemmesygeplejeydelser. For sygehusene har det ingen umiddelbare konsekvenser for samarbejdet.