

Sygehus Lillebælt

Område: Medicinsk K - Ambulatorium/A3 <KA3M> Udarbejdet af: Birgitte Buhl Nielsen
Afdeling: Medicinsk Ambulatorium Kolding E-mail: Birgitte.Buhl.Nielsen@slb.regionsyddanmark.dk
Journal nr.: 201000579-2 Telefon:
Dato: 28. april 2011

Mødereferat

6. mødegang i Underudvalget, Forebyggelse og Sundhedsfremme i regi af Lokalt Samordningsforum, Sygehus Lillebælt

Tidspunkt: 19. april 2011
Sted: Mødelokale Lillebælt
Deltagere: Lis Huge, Hans Gjessing, Sven Erik Thrane, Anette Kring, Kirsten Johansen, Gitte Danielsen, Bente Thomsen, Birthe Nielsen Ditlevsen, Margit Iversen, Birgitte Buhl Nielsen
Fraværende: Claus Noringriis, Jens Erik Mortensen, Marianne Hansen, Hanne Andersen, Anne-Mette Dalgaard
Referent: Birgitte Buhl Nielsen

Birgitte Buhl Nielsen har fået ny stilling i Kolding Kommune som sundhedskordinator på tobaksområdet og forlader derfor Underudvalget og funktionen som sekretær. Fremover vil Hanne Andersen og Lis Huge skiftes til at være referent.

- 1) Rettelse til referat:** Se venligst side 3, afsnittet omhandlende KOL-rehabilitering på Vejle Sygehus – fremmøder er ikke 5, men 15.
- 2) Fortsættelse af diskussion vedr. hvordan sikrer vi os, at KOL-patienter diagnosticeres korrekt – er det sygehuset eller praktiserende læges opgave:**

I den forbindelse refererer Lis Huge til en mail fra Claus Noringriis, som er forhindret i at deltage i mødet. "Hvis en patient af en eller anden grund ikke er diagnosticeret og er havnet på sygehus, er det selvfølgelig ok, at de diagnosticeres, ellers er det almen praksis opgave at diagnosticere og ved tvivl om diagnose at viderehenvise til sygehus mhp. diagnose". Til det kommenterer Gitte Danielsen, at overlæge Steffen Christensen på Vejle Sygehus gerne vil diagnosticere alle KOL-patienter, hvorefter egen læge kan tage sig af de efterfølgende kontroller. Til det svarer Svend Erik Thrane, ifølge DSAM findes der en klar vejledning i udredning af KOL, så der hvor der er en klokkeklar diagnose, vil det være ressourcepild at viderehenvise til sygehus. Få Ikke-rygere eller patienter med både astma og KOL kan være svære at udrede og skal selvfølgelig henvises til sygehus. Indlægges patienten med åndenød er det fint, at det er lungeklinikken, der diagnosticere. Gitte Danielsen beskriver fordelene ved, at de bruger ressourcer på at diagnosticere og ikke påtage sig alle kontrollerne betyder, at de konstant kan tilbyde ledige subakutte tider i deres lungeklinik, hvor det er muligt at komme i kontakt med en lungespecialist eller en sygeplejerske. Til det siger Svend Erik Thrane, at patienter som både har en hjertesygdom og muligvis KOL skal udredes på sygehuset, men rene KOL kan sagtens diagnosticeres hos egen læge. Så komplicerede sygdomsforløb hører til i lungeklinikken.

Birthe Nielsen henviser til side 30 i Forløbsprogrammet 2010, hvor det er anbefalet, hvornår der bør ske henvisning af patienter til lungemedicinsk klinik i forhold til supplerende udredning og behandling. Man kan sagtens følge denne anbefaling.

Der drøftes, hvor mange patienter det egentlig drejer sig om, som fejldiagnosticeres i forbindelse med forløbsprogrammet og hvordan kan man registrere dette?

Anette Kring nævner en anden problematik, nemlig vigtigheden af tidlig opsporing af KOL. Se venligst side 10. vedr. den proaktive indsats. Hvordan vi systematisk kan blive bedre til den tidlige opsporing. Tal viser, at egen læge ser 80 % af deres patienter på et år, hvor der netop i den forbindelse er mulighed for en systematisk tidlig opsporing. Kirsten Johansen supplerer, at en fælles social – og sundhedsfaglig indsats, hvor spirometri indgår, er i sig selv en motivationsfaktor. Der må være metodefrihed mellem kommunerne i forhold til den proaktive indsats i forhold til tidlig opsporing af KOL.

Bente Thomsen kommenterer, at det er nødvendigt med en afgrænsning i forhold til at screene bredt ud fra KRAM-faktorerne, og ud fra en objektiv del vurderer, hvad der falder mest naturligt for patienten.

Underudvalget foreslår, at man kontakter lægekonsulent John Banke i forhold til at "slå på tromme" for, at alle praktiserende læger kan udføre spirometri i deres praksis og dermed aktivt kan bidrage til tidlig opsporing af KOL.

Svend Erik Thrane påpeger, at i forhold til afregning i forbindelse med årskontrol af KOL-patienter, vil Regionen også stille krav om, at de får kvalitet for det, de betaler for!

Underudvalget konkluderer, at som grundmodel kan de tilslutte sig forløbsprogrammet for KOL, idet der er en klar arbejdsdeling i forhold til den regionale, kommunale del og praksis. Forebyggelsesdelen skal ligge kommunalt.

Derefter drøftes selve rehabiliteringen af KOL-patienterne - Skal alle, der kan have gavn af det, tilbydes vidensdelen. Nogle KOL-patienter falder udenfor, som ikke kan møde op til rehabilitering – nogle kommuner har mulighed for hjemmetræning – individuelt. Hovedsagen er, at vi ikke "taber nogen på gulvet" og man har specialiserede kompetencer til rådighed. Der understreges af Svend Erik Thrane, at træningsdelen er vigtig og der er mulighed for rygestoptilbud. Det er vigtigt at få koordineret undervisningen – tænke helhed og finde et niveau. At kigge mere detaljeret – indholdet og koblingen i forhold til den specialiserede og det generelle skoleforløb. Derfor bliver der besluttet at nedsætte en gruppe bestående af KOL-specialitser fra de forskellige rehabiliteringsforløb, som repræsenterer Vejle, Fredericia og Middelfart. Som repræsentanter fra Underudvalget vil Anette Kring og Birthe Nielsen ligeledes indgå. Navnene på de personer, der skal deltage i arbejdsgruppen, sendes til Lis Huge. Birgitte Nielsen kontakter Hanne Andersen på Fredericia Sygehus vedr. hvem de ønsker, skal deltage i gruppen.

Næste møde er planlagt til **den 24. maj kl. 13.30 – 15.30 i Mødelokale Lillebælt**, hvor der er fokus på hjerte-området og Hanne Andersen vil være "indpisker".

Evt. afbud til næste møde skal gives til Lis Huge eller Hanne Andersen.