

Sygehus Lillebælt

Område: Medicinsk F - læger <FML>Udarbejdet af: Hanne Andersen
Afdeling: Medicinsk Fredericia E-mail: Hanne.Andersen4@slb.regionsyddanmark.dk
Journal nr.: Telefon: 76237164
Dato: 5. marts 2013

Mødereferat

11. møde i underudvalget for sundhedsfremme og forebyggelse

Tidspunkt: 8. maj 2012

Sted: Kolding Sygehus

Deltagere: Camilla Johansen i stedet for Anette Kring, Lis Hüge, AnneMette Dahlgaard, Hans Gjessing, Bente Thomsen, Kirsten Johansen, Gitte Danielsen, Charlotte Eriksen, Kirsten Johansen, Hanne Andersen

Fraværende: Anette Kring, Marianne Hansen, Margit Iversen, Claus Norringriis, Jens Erik Mortensen, Birthe D. Nielsen

0) Velkommen og Præsentation:

Velkommen til vores nye medlem Charlotte Eriksen, som indtræder i udvalget i stedet for Svend Erik Thrane.

1) Godkendelse af referatet fra 10. møde:

Diabeteskoordinatoren på SLB er ansat på ½ tid. Herefter er referatet godkendt.

2) Opsamling på hjerteområdet:

Til sidste møde fik vi et flot indblik i såvel den regionale som den kommunale indsats til dette patientforløb.

Det er dog fortsat uklart, hvordan overgangen lykkes mellem den specialiserede del på sygehusene og til det kommunale tilbud. Eller umiddelbart er der en markant forskel på, hvor mange patienter der falder fra i denne overgang afhængig af sted, markant flere i Vejle end i Kolding og Fredericia:

Vejle Kommune:

Hjerterehabilitering foregår som andre steder i 6 + 6 uger. På sygehuset er der træning 3 gange pr. uge i de første 6 uger. Til at sikre overgangen: Der sendes en almindelig genoptræningsplan. Til sidste træning på sygehuset kommer der en fysioterapeut fra kommunen og hilser på.

Der pågår i øjeblikket en dataindsamling til årsagsforklaring for, hvorfor frafald af patienter – denne frafaldsanalyse er færdig sidst på året 2012.

For 2011 udleverede Camilla en rapport – se vedhæftede fil. Rapporten er baseret på selvrapporterede data. Der manglede lidt i oversigten over comorbiditet – Camilla eftersender en opdateret.

Fredericia Sygehus:

Fysioterapeuterne følger det og har givet følgende tilbagemelding:
Lidt tal fra feb. 2012 og frem til nu.

Ud af 21 opstartede er der 4 patienter der ikke har ønsket at fortsætte fase 2B.
Begrundelserne her er:

En person der har været meget psykisk belastet (ikke hjertesyg-relateret) og er ikke mødt op mere end 2 x her.

En der i forvejen træner 4 x uge i fitnesscenter og som ønsker at bruge tiden der frem for her. Har deltaget i den spec. del to uger og enkelte af uv seancerne.

En der er instrueret i at selvtræne. Han har været på den spec.del enkelte gange, men har haft svært ved at kunne relatere sig til de andre på holdet p.g.a hans unge alder. Følges telefonisk og med sluttet her i terapien om et par mdr.

En der p.g.a tilbagevendende symptomer, er genhenvist til OUH og reoperation.

Så set ud fra ovenstående er det lige pt. ikke det store problem med frafald. I hvert fald ikke noget vi kan påvirke meget anderledes end vi gør.
Vi fortsætter med at samle data.

Kolding Kommune:

Kirsten har tal med fra 2011:

Ud af de 176 patienter som var i forløb i Kolding Sygehus er de 157 fortsat i kommunen til rehabilitering. 20,6 % af de 157 har dog ikke gennemført alle 6 uger i kommunen, men blot fået rådgivning. Ud af de 20,6% angiver 24 % at deres frafald skyldes Kardielle årsager, hvor 44 % angiver anden sygdom.

Konklusion på pkt. 2:

Vi afventer frafalds analysen i Vejle, inden vi ser mere på overgangsproblemet indenfor hjerterehab. området, idet det umiddelbart ser ud som om, det er et lokalt fænomen i Vejle med højt frafalds procent.

AnneMette ser på frafaldsprocenten i det kommunale tilbud i Fredericia.

EN GOD IDE: De patienter, som siger nej tak til det kommunale tilbud, kan som en sidste mulighed for at sikre, at de fortsætter rehabiliteringen – tilbydes en sluttet i Kommunen. Det gør man i Vejle Kommune – alle synes, at det lyder som en god ide, blot det er et absolut sidste tilbud til udvalgte patienter. Formidlingen sker via medimail, hvor sygehuset sender en genoptræningsplan med ønske om en sluttet. Hanne formidler dette til de hjertemedicinske områder på sygehus Lillebælt og AnneMette tager det med, til det næste møde i følgegruppen for genoptræning.

3) Audit

Vi har i hh. til opgaverne i vores underudvalg valgt at tale med Center for Kvalitet til løsning af audit opgaven. Lis og Hanne har haft to møder med Center for kvalitet – det har medført et udkast til en pilottest af diabetes forløbet, hvor kun Fredericia sygehus og Fredericia og Middelfart kommuner deltager. Tanken er, at hvis det giver god mening, så udbredes det til alle kommuner og relevante sygehusafsnit samt til alle forløbsprogrammer (måske ikke anvendeligt på rygområdet??).

Lis fremlægger powerpoint fra Center for kvalitet, hvor der redegøres for metode og indsatsområder – se bilag.

Alle er enige om at temaerne for patient, diabetes sygeplejerske og kommune er gode. For den praktiserende læge kan de temaer, som er opstillet, blive svært at få afdækket om prakt. Læge rent faktisk tilbyder patienten et forløb enten på sygehus eller i kommunen.

Charlotte har givet følgende tilbagemelding efter mødet:

Som aftalt på møde i underudvalg tirsdag den 8/5 eftersendes hermed info vedr. indførelse af datafangst i praksis.

Det skal oplyses, at antallet af tilmeldte praksis er stærkt og stadigt stigende siden begyndelsen af 2011. Dags dato er 61,6% af praksis i regionen tilmeldt datafangst.

jf. overenskomst, som i januar blev indgået mellem PLO, Danske Regioner og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Ifølge overenskomsten skal alle praktiserende læger hurtigst muligt og inden for overenskomstperioden, dvs. inden 1. april 2013, være tilmeldt Datafangst inden for de kroniske sygdomme, det er udviklet til – diabetes, kol, hjertesvigt, åreforkalkning samt stress, angst og depression.

Hans oplyser, at dette materiale kunne blive endnu bedre, hvis det blev set i sammenhæng med det audit materiale som netop udarbejdes på Fredericia Sygehus i forbindelse med Diabetes kronikker projektet, samt det regionale materiale på området.

Konklusion på pkt. 3:

Lis kontakter Christian og Lis, prakt. læger, for at få et fingerpeg om, hvordan de læger som ikke er en del af datafangst, registrere de patienter som siger nej til et tilbud på sygehuset eller i kommunen.

Lis kontakter Lene Von Bülow, Center for kvalitet, om hun har mulighed for at deltage i det næste møde, hvor diabetesafsnittet i Fredericia mødes med Fredericia og Middelfart kommune, for at se på en mulighed for en kvalificering af auditmaterialet – formentlig d. 22. maj?

Vi følger op på audit processen til næste møde d. 04.09.12

4) Status på to møder om diabetes i Fredericia og Middelfart i marts.

De to formidlings møder forløb over alt forventning: Der var et rigtig flot fremmøde af såvel læger som praksisansatte. Alle fremmødte havde en positiv indstilling og mange gav udtryk for, at det var et rigtig godt undervisningstilbud. I Fredericia kom ca. 50 personaler fra praksis!

Møderne blev afholdt som fyraftensmøder mellem kl. 15.30 – 17.00. Mødet var bygget op med praksiskoordinatoren som mødeleder, og herefter fremlagde såvel sygehus som kommuner deres tilbud. Det fremstod klart som en styrke, at man fremstillede sig som et tilbud på tværs af 3 sektorer. Metoden til denne formidling er hentet i Kolding og man har planlagt et lignende møde i Vejle til efteråret.

Effekten ses ved at koordinatoren bruges og der er godt gang i den.

Konklusion på pkt. 4:

En rigtig god måde at skabe konneks mellem de 3 parter!

Lis viderebringer denne evaluering til samordningsfora og til praksisenheden.

5) KOL

Specialeansvarlig sygepl. Lone Pihl, Vejle Sygehus fremlægger deres forløb – se slide (Gitte vil du sende dem til os). Alle dem de har i forløb er stort set henvist korrekt til dette forløb.

Elsé Marie Grimstrup, Fredericia Sygehus, supplerer, der hvor Fredericia afviger fra den forløbsbeskrivelse, som Lone fremlægger:

Fredericia har kun 4 hold pr. år. 8 – 10 patienter pr. hold gennemfører. Patientens bopæl kan være afgørende for om de kan/vil deltage. Det ses hyppigt, at de patienter som har en FEV < 50 % og dermed ifølge modellen skulle være på sygehuset, men bor syd for Kolding ikke magter at komme frem og tilbage, og dermed melder fra.

Det er der en sygeplejerske, som laver fortesten indeholdende lungefunktionstest, motivations grad og patienten har samtale med diætist om energidrik og D-vit. mangel.

I selve skoleforløbet er der en undervisningsgang med en yngre læge i hovedudd., som bl. a. fortæller om lungernes opbygning, sygdommens opståen, progression og behandlingsmuligheder. Patienterne er glade for denne undervisning.

Fysioterapeuten går meget til patienten de sidste gange omkring, hvordan de tænker at vedligeholde de nye funktioner ved træning. Nogle henvises til et videre forløb i kommunerne

Begge steder er der kun få eller ingen pårørende som deltager.

Vejle sygehus/Vejle kommune har en gensidig aftale om, at hvis det opleves, at patienten er stratificeret forkert, kan de henvise til hinandens tilbud og blot orientere praktiserende læge. Ved næste KOL hold i Vejle får de ligesom i Fredericia undervisning ved diætist

Vejle Kommune: De laver også en fortest indeholdende lungefunktionstest og har diætist. Camilla har en opgørelse med – se indscannet, som viser at 49,1 % af dem de har i forløb stratificeres til gruppe 2, altså en patientgruppe som ifølge modellen burde være i forløb på sygehuset, men de har fået det kommunale tilbud, fordi de ikke ønsker at deltage på sygehuset. Der kan være flere årsager, men ligesom i Fredericia kan nogle af begrundelserne skyldes afstanden. Faktisk overvejes det, om man skal lave et lokalt hold i Give, pga. afstands/transport problemerne.

Fredericia Kommune: Her er man en del af KOALA projektet, og det opleves at patienterne er testet godt af, og dermed korrekt stratificeret.

Kolding kommune har samme oplevelse af, at der er flere patienter i det kommunale tilbud, som ifølge modellen burde være i sygehusets tilbud.

AnneMette synes, at man i en højere grad skal henvise til kommunernes KOL-rehabilitering frem for til vedligeholdelses træning, da patienten her møder terapeuter frem for træningsassistenter.

Opsummeret kører forløbene som de skal for de patienter som er henvist til forløb, men det ser ud som om, at der er et problem med en del patienter der stratificeres til gruppe 2, idet de vælger det kommunale tilbud. Flere af disse patienter begrundet deres valg med, at de ikke oplever sig som syge, og hvorfor skal de så på sygehuset, hvor andre ikke magter transporttid mv. frem og tilbage til et sygehus. Charlotte siger at hun sidder med præcis det samme billede fra praksis.

Hvad gør vi ved det?

Vi er enige i, at frem for at lade modellen styre os, så må vi lave et tilbud som virker.

Konklusion på pkt. 5:

Alle kommuner sender tal til Lis på, hvor mange "gruppe 2" patienter som vælger at gå i kommunen frem for i sygehuset – ligesom Camillas model, - senest d. 1. juni. 2012.

Lis laver et oplæg til samordningsfora: Hun laver oplæg, som indenda er kommenteret pr. mail af gruppens medlemmer. Oplægget går på, om vi skal flytte det specialiserede KOL-rehabiliterings tilbud for gruppe 2 patienterne ud i lokale forhold i kommunerne, altså et fælles tilbud hvor eksperterne kommer til patienten. Tilbuddet indeholder fortsat de samme elementer, men foregår fysisk i kommunerne og hvor kommunen tilkøber sig den specialiserede undervisning fra det tilknyttede sygehus. Der er næste møde i samordningsfora d. 14.06.12

6) Evt:

Underudvalgets næste møde er d. 04.09.12 – send emner til Lis som ønskes drøftes på næste møde.

/Hanne Andersen