

Referat af møde i SOF-OUH

Tidspunkt: 7. juni 2018, kl. 14.00 -16.00
Sted: Ørbækvej 100, Lokale 3.s.54 (Fløj III, stuen)

Deltagere

Anette Pedersen, *Oversygeplejerske, Hjertemedicinsk Afd. B, OUH (formand for IPG for forebyggelse)*

Marianne Lundegaard, *Oversygeplejerske, Afd. O, OUH (næstformand for SOF og formand for IPG for behandling og pleje)*

Søren Jakobsen, *Ledende overlæge, afd. G, OUH Svendborg*

Asger Kudahl, *Chefkonsulent, Odense Kommune (formand for IPG for genoptræning og rehabilitering)*

Jan Lindegaard, *Sundheds- og forebyggelseschef, Odense Kommune (formand)*

Erik Holk, *Praktiserende læge, Praksiskoordinator*

Allan Vittrup, *Chefkonsulent, Odense Kommune (sekretær)*

Gæster

Birthe Mette Pedersen, *Programchef, Region Syddanmark*

Hanne Josefsen, *Patientrettet Forebyggelse, Esbjerg Kommune*

Arne Gårn, *Programleder, Steno Diabetes Center Odense*

Lisbeth Møller Andersen, *Sundhedsfaglig konsulent, OUH*

Afbud

Anne Højmark Jensen, *Sundhedschef, Svendborg Kommune*

Signe Lunn Walls, *Leder af Ældre & Sundhed, Assens Kommune*

Anne Lise Zilmer, *Chefterapeut, Rehabiliteringsafdelingen, OUH*

Hanne Vestergaard, *Ledende overlæge, Afd. X, OUH.*

Carsten Henriksen, *Praktiserende læge, Praksiskoordinator*



SOF-OUH
Samordningsforum OUH

www.ouh.dk/wm480373

SOF-OUH møde
Den: 7. juni 2018

Referent:
Allan Vittrup Pedersen

Almen Praksis

Assens Kommune

Faaborg-Midtfyn Kommune

Kerteminde Kommune

Langeland Kommune

Nordfyns Kommune

Nyborg Kommune

Odense Kommune

Svendborg Kommune

Ærø Kommune

OUH Odense og Svendborg Sygehus

1. Godkendelse af dagsorden

Godkendt.

2. Referat fra 3. april 2018 (bilag 1)

Godkendt på mail.

3. Implementering af forløbsprogram for mennesker med diabetes (bilag 2 - 5)

Birthe Mette Pedersen og Hanne Josefsen holder et kort oplæg og vil på mødet indgå i dialog om implementering af forløbsprogrammet (35 min).

Sundhedsforum Fyn samt Lisbeth Møller Andersen inviteres til at deltage i punktet.

Sagsfremstilling:

Sundhedskoordinationsudvalget har godkendt et nyt tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes.

De lokale samordningsfora (somatik) skal koordinere den lokale implementering af forløbsprogrammet på tværs af sygehusenheder, kommuner og almen praksis. De lokale samordningsfora (psykiatri) forholder sig til forløbsprogrammet og justerer lokale samarbejdsaftaler og procedurer i henhold hertil. Som bilag til dette dagsordenspunkt vedlægges en detaljeret implementeringsplan.

Forløbsprogrammet er udviklet i tæt samarbejde med patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Dette har resulteret i et stærkt fokus på samarbejde og kommunikation, og på hvordan vi mere systematisk kan inddrage patienter og pårørende.

Forløbsprogrammet er bygget op omkring de situationer, hvor mennesker med diabetes er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, deltagelse i kommunale forebyggelsesstilbud, indlæggelser på sygehus etc.). Programmet beskriver roller og opgaver for de involverede aktører i disse situationer. Derfor kan forløbsprogrammet bruges som:

- Et kortfattet opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for udarbejdelse af sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med diabetes.

OK18 for praktiserende læger er indarbejdet i forløbsprogrammet for diabetes.

Der er som en del af forløbsprogrammet udviklet en kommunikationspakke, som skal systematisere kommunikationen fra sundhedsprofessionelle til patienter og pårørende. Formålet er at sikre et ensartet højt kommunikationsniveau og at mindske antallet af enkeltituationer, hvor patienter og pårørende af den ene eller anden grund oplever en mangelfuld kommunikation. Kommunikationspakken er vedlagt som bilag.

Som en del af forløbsprogrammets implementering flytter sygehusenes opgaver i forbindelse med specialiseret patientuddannelse og genoptræning af mennesker med diabetes ud i de kommunale forebyggelsestilbud, med virkning senest fra den 1. januar 2019.

I forbindelse med flytningen skal der være en særlig opmærksomhed på at sikre kompetenceudvikling og aftaler om flytningen af den sygdomsspecifikke patientuddannelse og den specialiserede genoptræning fra sygehus til kommune. Her kan Region Syddanmarks Ledelsesakademi bistå SOF'erne med facilitering og planlægning af kompetence-

udvikling. Kontakt Gitte Stage Løff (Gitte.Stage.Loeff@rsyd.dk) for at træffe aftale herom. Behovet for løbende kompetenceudvikling efter flytning aftales lokalt i de enkelte SOF.

Psykiatrisk Samordningsforum Fyn har på mødet den 15. maj 2018 drøftet forløbsprogrammet for mennesker med diabetes. PSOF-Fyn bemærker, at:

"Der er behov for en særlig opmærksomhed på folk med psykiske udfordringer, da en del af denne gruppe er underbehandlet ift. somatisk sygdom. Sekretariatet sikrer formidling af problemstillingen til SOF ifm. implementeringen af forløbsprogrammet."

Indstilling

Det indstilles, at SOF-OUH:

1. Drøfter implementeringen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med diabetes – herunder bemærkningerne fra Psykiatrisk Samordningsforum Fyn
2. Beder IPG for Forebyggelse om at forestå implementeringen – herunder udarbejde en lokal implementeringsplan, hvori det beskrives, hvordan implementeringen håndteres, hvilke initiativer der iværksættes og tidsplan herfor

Referat

Birthe Mette præsenterede forløbsprogrammet for diabetes. Det er målet, at forløbsprogrammet skal systematisere samarbejdet om patientforløb for mennesker med diabetes og hjælpe borgere med multisygdom med tilrettelæggelse af deres samlede forløb på tværs af sygehuset, praksissektoren og flere forskellige kommunale forvaltninger.

Forløbsprogrammet beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats, og udgangspunktet er den bedste viden, anbefalinger og lovgivning på området.

Det er samlet set et omfattende materiale, og tanken er da også, at det skal anvendes fremadrettet som opslagsværk i det daglige arbejde på området.

Forløbsprogrammer er udarbejdet i samarbejde med patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, kommuner og almen praksis. I denne proces er det bl.a. kommet frem, at mange patienter og pårørende oplever kommunikationen med dem som mangelfuld, og der er derfor også udarbejdet informationsmateriale til patienterne – herunder en checkliste til kommunerne.

Den sygdomsspecifikke patientuddannelse og specialiserede genoptræning (kun for patienter med type 2) flyttes fra sygehusene til kommunerne senest 1/1 2019. Henvielse fra sygehus i form af en afklarende samtale i kommunerne (så man sammen kan finde ud af, hvad behovet er og tage højde for forskelligheden i kommunernes tilbud).

Der vil ske en overdragelse fra sygehuset med bl.a. undervisningsmateriale. Steno tager ansvar for, at dette sker i hele regionen, og at materialet er ens hele vejen rundt.

Forløbsprogrammet afspejler overenskomst med almen praksis.

Der er tilsvarende overensstemmelse med de fokusområder og det arbejde, som er planlagt for Steno Diabetescenter Odense.

Det er uklart for kommunerne, hvor mange patienter, det drejer sig om, men Lisbeth Møller Andersen oplyste, at de har spurgt de medicinske afdelinger om omfanget af den eksisterende undervisning, og denne opgørelse udsendes med referatet til mødedeltagerne (ligesom oplægget).

Arne Gårn supplerede med, at der må forventes lidt flere kursister i kommunerne end i det regionale system pga. nærheden til de nye tilbud. OUH har desuden oplevet ventelister, og der skal laves en aftale om disse patienter inden opgaveoverdragelse.

Mange af patienterne er i job, så de kommunale tilbud kan med fordel tilrettelægges efter, hvornår borgerne kan møde op.

Vedr. specialiserede genoptræningsplaner for patientgruppen, så er der ikke forventning om, at der bliver mange af denne slags.

Arne Gårn orienterede om udviklingen af digitalt tilbud om patientuddannelse, som flere kommuner er med i afprøvning af. Specialisterne og webinar-oplæg tilrettelægges af flere kommuner sammen. Der er store perspektiver i denne løsning.

På forespørgsel blev det oplyst, at kommunikation omkring patienterne og de pårørende kan rummes i SAM:BO, som det fungerer nu.

Asger Kudahl spurgte ind til forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation, som er revideret. Birthe Mette har været involveret i arbejdet i Sundhedsstyrelsen, og hun oplyste, at det ligger i Følgegruppen for Behandling og Pleje under DAK. Der lægges ikke op til de større ændringer.

Jan Lindegaard foreslog, at IPG for forebyggelse selv skriver kommissoriet for implementering af forløbsprogrammet. Gruppen kan herefter iværksætte arbejdet med implementeringen, og sideløbende sende kommissoriet til godkendelse i SOF OUH på det kommende møde.

Oplægget samt opgørelsen af eksisterende undervisningshold på OUH udsendes med referatet til mødedeltagerne.

4. Præsentation af planerne for det tværsektorielle område i SDCO

Oplæg v/programleder Arne Gårn fra Steno Diabetes Center Odense (30 min)

Sagsfremstilling

I forlængelse af ovenstående punkt er programleder Arne Gårn fra Steno Diabetes Center Odense inviteret til at præsentere planerne for det tværsektorielle område i SDCO med særligt fokus på, hvordan SDCO kan bidrage til implementering af forløbsprogrammet for diabetes.

Præsentationen skal samtidig give et tydeligere billede af, hvad SDCO er for en størrelse, og hvilke samarbejdsflader, man kan forvente at få med centeret over de kommende år.

Indstilling

Det indstilles, at SOF-OUH præsenteres for planerne for det tværsektorielle område i Steno Diabetes Center Odense med mulighed for efterfølgende spørgsmål

Referat

Arne Gårn introducerede indledningsvist Steno Diabetescenter Odense og præsentere de fire overordnede spor med særligt vægt på det tværsektorielle arbejde. Steno fungerer formelt som en afdeling under OUH, men dækker hele regionen, hvor de øvrige sygehuse tilknyttes som partnersygehuse.

Der skal iværksættes projekter inden for forebyggelse og tidlig opsporing, patientuddannelse og rehabilitering samt tværsektoriel behandling af type 2-diabetes. I alt 15 projekter beskrives, og det er tanken at inddrage fagfolk i nødvendigt omfang fra afdelingerne og fra kommunerne.

Videncenterfunktionen skal koordineres på tværs af de fem regionale centre, så der ikke bliver forskel i formidling af viden nationalt, men ellers er der en sund og naturlig konkurrence mellem centrene. Der lægges dog op til et tæt samarbejde og koordination på tværs af landet.

Elektroniske patientuddannelse er en del af planerne, og det rummer et stort potentiale. Arne Gårn oplyste, at de generelt vil arbejde med generiske løsninger – herunder model for undervisningen i kommunerne, hvis der er interesse for det. Løsningerne vil på denne baggrund kunne finde anvendelse ved andre kronikergrupper.

Særlig støtte til den gruppe, som ikke har så nemt ved at følge anbefalingerne til det gode og sunde liv med diabetes type 2. Dette ved AP måske allerede, når diagnosen stilles, og her skal de kunne rekvirere særlig støtte og foranstaltninger – fx besøg af diætist.

Tanker om nedsættelse af et rådgivende advisory boards (Patientbord, Videnskabeligt board og et Tværsektorielt board med deltagelse af kommunerne).

Oplæg sendes med referatet til mødedeltagerne.

5. Svendborg som demensvenligt sygehus og status vedr. faglige anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens

Oplæg v/Ledende overlæge, afd. G, OUH Svendborg Søren Jakobsen (20 min).

Sagsfremstilling

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet faglige anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens. Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal medvirke til, at mennesker som skal undersøges for mulig demens får en høj og mere ensartet kvalitet af udredningen og behandlingen. Det skal blandt andet ske ved at samle demensudredning og behandling på færre, tværfaglige enheder i tråd med demenshandlingsplanen.

Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen på baggrund af rådgivning fra en bredt sammensat arbejdsgruppe. Målgruppen for anbefalingerne er beslutningstagere og planlæggere i landets regioner og på private sygehuse samt sundhedsfagligt personale, der beskæftiger sig med udredning og behandling af demens i sekundærsektoren.

Indstilling

Det indstilles, at SOF-OUH på baggrund af oplæg fra Søren Jakobsen drøfter status vedr. Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens

Referat

Søren Jakobsen holdt et oplæg om Svendborg som demensvenligt sygehus samt implementeringen af de faglige anbefalinger til organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens. Inspirationen er hentet fra sygehuse i Australien og England, som har arbejdet med udviklingen af demensvenlige enheder.

OUH Svendborg Sygehus har fået tildelt 7,2 mio. kr. fra puljemidler i SST, som skal anvendes til kompetenceudvikling af i alt ca. 1600 medarbejdere fra alle faggrupper.

Tids- og procesplan blev gennemgået.

Der henvises til oplægget, som udsendes sammen med referatet, for yderligere informationer.

6. Behovsvurderinger for borgere med kræft (bilag 6)

Asger Kudahl indleder (5 min).

OUH har gennem de seneste år gjort en stor indsats for at implementere gennemførelse af behovsvurderinger i forbindelse med behandlingsforløbene på de forskellige afdelinger, der behandler patienter med kræft.

Ikke desto mindre må kommunerne konstatere, at antallet af modtagne behovsvurderinger er væsentlig mindre end forventet og i Odense Kommune oven i købet faldende.

Estimeret ud fra tal i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram diagnosticeres op mod 1.200 borgere i Odense Kommune årligt med en kræftdiagnose, og Sundhedsstyrelsen anslår, at 25% af borgerne har behov for en fagprofessionel indsats. Kommunen modtog 45 behovsvurderinger i 2017. OUH's erfaringer er:

- at nogle borgere ikke ønsker at deltage i en behovsvurderingssamtale i 2017
- at nogle borgere ikke har behov for offentlig støtte
- at nogle borgere har behov, der ikke medfører en henvendelse til kommunen
- at nogle borgere ikke ønsker en kommunal involvering i et afdækket behov for støtte

Samlet set er det en meget lille andel af borgere med kræft, som kommunen kommer i kontakt med.

Indstilling

Det indstilles, at SOF OUH drøfter muligheden for en aftale mhp. at bane vej for, at kommunerne kan kontakte borgeren efter udskrivelse som en tillægsaftale til Aftale om behovsvurdering, og at Asger Kudahl får til opgave at arbejde videre med dette.

Referat

Der er opbakning til at arbejde videre i det nuværende spor og således enighed om, at patienten må kontaktes. Der er formentlig en del patienter, som vil sige nej, men her vil sygehuset spørge ind til, om kommunen må kontakte patienten, ligesom ved rygestop. Det blev på denne baggrund besluttet, der kan arbejdes videre som skitseret af Asger Kudahl.

7. Godkendelse af kommissorium for udvalg for KOL (bilag 7 - 8)

Anette Pedersen indleder (5 min).

Sagsfremstilling

SOF-OUH har tidligere godkendt nedsættelse af et permanent udvalg for KOL på linje med Diabetesudvalget, og drøftet udkast til kommissorium. Der foreligger nu et færdigt kommissorium fra IPG for Forebyggelse til godkendelse. Udvalgets sammensætning er på plads, OUH har formandsposten og hertil følger sekretærbistand. Det forventes, at OUH meget snart har udpeget en sekretær til udvalget.

Indstilling

Det indstilles, at SOF-OUH godkender kommissoriet for udvalg for KOL

Referat

Alle kommuner er repræsenteret i udvalget. Kommissoriet har været behandlet tidligere i SOF OUH i forhold til det indholdsmæssige, og nu er sekretærfunktionen kommet på plads. Kommissoriet er dermed godkendt.

8. Orientering fra Implementeringsgruppen for Genoptræning og Rehabilitering

Ingen møder siden sidst. Der vil dog fremadrettet være en særlig opmærksomhed omkring de nye regler for genoptræning. Det vil lægge pres på sygehuset for at lave genoptræningsplan hurtigere. Af hensyn til den nye behandlingsgaranti på 7 dage, så kræver det samme dagsplaner, når de bliver udskrivning. Nok mest problem for ambulatorierne og i mindre grad i sengeafsnittene. Anne Lise Zilmer tager det op på hele OUH med afsæt i de eksempler, som Asger Kudahl har fundet til næste møde i IPG.

9. Orientering fra Implementeringsgruppen for Behandling og Pleje

Marianne Lundegaard orienterede om planlægning af én temadag som de tre tværgående IPG arrangerer. Tænkes en halv dag med info om opdatering af SAM:BO, og resten af dagen om dialog i sektorovergange.

10. Orientering fra Implementeringsgruppen for Forebyggelse

Birthe Mette Pedersen har besøgt IPG og Steno Diabetescenter Odense kommer næste gang. Arbejde med kommissorium for implementering af forløbsprogrammet kommer til at fylde. Efter sommeren kommer rapporten om ernæring til småtspisende.

11. Referat fra fællesmøde om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen på Fyn og øer 26. februar 2018 (bilag 9 - 10)

Referat af fællesmøde om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen på Fyn og øer 26. februar 2018 vedlægges til orientering sammen med plancherne fra mødet.

Referat

Det er OUH, som er initiativtager til møderne, og dermed også i forhold til opfølgning herpå. Der er flere initiativer i gang som følge af møderne, og OUH vurderer, om der er behov for at rejse konkrete initiativer mv. i regi af SOF OUH.

12. Pixi-udgave med organiseringen af det tværsektorielle arbejde

Jan Lindegaard indleder (bilag 11 - 12)

På SOF-mødet den 3. april 2018 blev det aftalt, at Sekretariatet udarbejder en pixi-udgave af organiseringen i det tværsektorielle arbejde mhp. at skabe overblik for mødedeltagerne. Beskrivelse m. organisationsdiagram samt oversigt over samarbejdsaftaler og indsatser i Sundhedsaftalen 2015-2018 vedlægges til orientering.

Referat

Taget til orientering.

13. Referat af fællesmøde mellem SOF OUH og PSOF-Fyn den 5. april 2018

Jan Lindegaard indleder (bilag 13)

Referat fra møde mellem formandskaberne ved PSOFF og SOF-OUH og inviterede eksperter vedlægges til orientering for SOF.

Referat

Mødet den 5. april med deltagelse af formandskaberne for IPG omhandlede Sam:Bo aftale for Socialpsykiatrien, Minimering af udeblivelser hhv. KRAM screening og opfølgning.

Marianne Lundegaard spurgte ind til det besluttede vedr. fremadrettet fokus på især udsatte gruppers udeblivelser i psykiatrien. Der var opbakning til denne model.

I forhold til KRAM-screening skal det vurderes, om det er hensigtsmæssigt at ansætte en projektmedarbejder med kendskab til både sygehuse og kommunerne for en periode, som kan binde områderne sammen. Finansieres gennem udviklingsmidler i PSOF-Fyn og SOF OUH.

14. Årshjul 2018 (bilag 14)

Mødedatoer i 2018: 25. september og 13. november. Resterende møder afholdes begge fra kl. 14:00 – 16:00. Link (<http://www.ouh.dk/wm480373>) til dagsordener og referater.

15. Eventuelt

Judith Mølgaard er gået på pension – Marianne Lundegaard varetager funktionen i SOF
Jan Lindegaard går på pension – endnu er ingen afløser udpeget.

Allan Vittrup udsender link til Fælleskommunalt Sundhedssekretariat vedr. KOL Landsdelsprogrammet med referatet. Linket kommer her:
<https://faelleskommunalsundhed.dk/kol-program/>

16. Punkter til næste møde i SOF-OUH 25. september 2018

Oplæg om KOL landsdelsprogrammet v/kommunal programleder Bodil Hylleberg og regional programleder Lise Døj-Bendixen (30 min).