



Referat

Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

Side 1 av 16

Vår ref:
15/00019

Vår dato
02.09.2015

Tid **Torsdag 18. juni 2015 kl. 12.00 til 16.00**
Sted **Møterom 106, Tune-teknikeren, Sarpsborg**

Tilstede fra kommunene:		Varamedlemmer:	
Faste medlemmer:			
Jon Erik Olsen (nestleder)	✓	Guro Steine Letting	
Kjersti Gjørsund	✓	Kirsti Engedahl	
Halvard Bø	✓	Gina Brekke	
Heidi Eek Guttormsen	✓	Silje Bruland Lavoll	
Lise Storhaug	✓	Sonja Rønneberg	
Tilstede fra sykehuset:			
Irene Dahl Andersen (leder)	✓	Liv Marit Sundstøl	✓
Bente Kristin Husvik	✓	Linda Haukeland	
Odd Petter Nilsen	✓	Bernt Werner Pettersen	
Einar Gløersen	f	Tore Krogstad	
Stein Bruland	✓		
Observatører:			
Mona Larsen	f	Bjørn Tandberg	✓
Benny Adelved	✓	Bjørn-Tore Martinussen	
Veronica Løken	f	Karen M. Brasetvik	f
		Venche Sandstad	✓

f = forfall ✓ = møtt

Kopi til:		
Varamedlemmer ADMS	Samhandlingskontakter	Fylkesmannen i Østfold
Østfold fylkeskommune	KS Østfold	Høgskolen i Østfold
Helse Sør-Øst	Adm. dir. SØ	Postmottak kommuner i Østfold

Innhold

BESLUTNINGSSAKER	3
Sak 075-15 Godkjenning av referat fra møte 21.mai 2015.....	3
Sak 076-15 Sluttrapport fra klinisk utvalg (R10) – forebygging	3
Sak 077-15 Revidering av retningslinje 10 – forebygging	4
Sak 078-15 Søknader om samhandlingsmidler april 2016.....	4
Sak 079-15 Utskrivningsklare pasienter.....	5
Sak 080-15 Partnerskapsmøte om kvalitetsparametere	6
Sak 081-15 Samarbeidsavtale om smittevern	7
Sak 082-15 Retningslinje 11 og «Rød respons» når OUS overtar AMK	8
DRØFTINGSSAKER.....	8
Sak 083-15 Sluttrapport fra klinisk utvalg (R8) – jordmortjenester.....	8
Sak 084-15 Revidering av retningslinje 8 – jordmortjenester.....	9
Sak 085-15 USK-pasienter - forbedringspunkter overfor fastleger	9

Postadresse
Sykehuset Østfold HF
Postboks 300, 1714 Grålum

Besøksadresse
Tune teknikeren
Tuneveien 20
1710 Sarpsborg

Telefon
Sekretariat
913 55 288

E-postadresser
Leder Irene.Dahl.Andersen@so-hf.no
Sekretariat Jon.Jaeger.Gasvatn@so-hf.no
Internett www.sykehuset-ostfold.no



Referat

Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

Side 2 av 16

Vår ref:
15/00019

Vår dato
02.09.2015

Sak 086-15 Orientering fra det faglige utvalg KAD	10
ORIENTERINGSSAKER.....	10
Sak 087-15 Statistikk avviksmeldinger	10
Sak 088-15 Statistikk utskrivningsklare pasienter.....	10
Sak 089-15 Referat fra kliniske utvalg / annet	10
a) Referat fra KAD 220415.....	10
b) Referat fra KAD 200515.....	10
c) Statusrapport fra samarbeidsprosjektet ALERT og HHLR.....	10
Sak 090-15 Innovasjon og forskning	11
Sak 091-15 SØ 2015	11
Sak 092-15 Info om endringer som kan påvirke den annen part	11
EVENTUELT	11
Vedlegg sak 080-15 Kvalitetsparametere	12
Vedlegg sak 082-15 Alarmering av lege i vakt	15

Irene Dahl Andersen
leder

Jon J. Gåsvatn
sekretariat adms

Postadresse
Sykehuset Østfold HF
Postboks 300, 1714 Grålum

Besøksadresse
Tune teknikeren
Tuneveien 20
1710 Sarpsborg

Telefon
Sekretariat
913 55 288

E-postadresser
Leder Irene.Dahl.Andersen@so-hf.no
Sekretariat Jon.Jaeger.Gasvatn@so-hf.no
Internett www.sykehuset-ostfold.no

BESLUTNINGSSAKER

Sak 075-15 Godkjenning av referat fra møte 21.mai 2015

Behandling 18.06.15:

- Sak 056-15, 4.kulepunkt endres til: Hvis en ikke får tak i relevant fagperson så kan pasienten sendes inn uten konferering, hvis pasientens helsetilstand tilsier det. En må gi beskjed til akuttmottaket ved sykehuset om at pasienten er på vei.

Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg godkjenner referat fra 21.mai 2015 med endringen i sak 056-15.

Sak 076-15 Sluttrapport fra klinisk utvalg (R10) – forebygging

Administrativt samarbeidsutvalg vedtok i sak 113-14 å nedsette et klinisk utvalg for revidering av retningslinje 10 – samarbeid om forebygging.

Det kliniske utvalget avga sin sluttrapport 19.3.2015

Drøfting 21.05.15:

- Helsefremmende arbeid er kommunens ansvar
- Forebygging felles ansvar
- Lærings/mestrings tiltak rettet mot foreldre/foresatte er et felles ansvar
- Savner konkrete satsingsområder

Resultat av drøfting 21.05.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg takker det kliniske utvalget for godt utført arbeid.
2. Det kliniske utvalget anmodes om å sette sine anbefalinger inn i retningslinjen og konkretisere mer i forhold til samhandlingen.
3. Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til foreløpig orientering med de bemerkninger som fremkom i møtet.
4. Saken settes opp til beslutning i juni-møtet.

Det kliniske utvalget har utarbeidet forslag til revidering av retningslinje 10 – jfr. sak 060-15

Behandling 18.06.15:

- Må se på hvordan vi ønsker å se på /evaluere hvordan anbefalinger blir fulgt opp.
- Retningslinjer skal evalueres hvert andre år og vi har da et oppfølgingspunkt
- Kanskje få en statusrapport ved årsslutt i forhold til aktuelle saker

Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg takker det kliniske utvalget for godt utført arbeid
2. Administrativt samarbeidsutvalg tar sluttrapporten til orientering
3. Sekretariatet foretar en gjennomgang av behandlede saker for å se på hvilke saker det er aktuelt å følge opp med en statusgjennomgang

Sak 077-15 Revidering av retningslinje 10 – forebygging

Administrativt samarbeidsutvalg vedtok i sak 113-14 å nedsette et klinisk utvalg for revidering av retningslinje 10 – samarbeid om forebygging. Det kliniske utvalget har avgitt sin sluttrapport jfr. sak 059-15. Det kliniske utvalget har også utarbeidet forslag til revidering av retningslinje 10.

Drøfting 21.05.15:

- Retningslinjens overskrift bør begrenses til forebygging og innholdet bør gå på det vi skal samhandle om.

Resultat av drøfting 21.05.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg ber det kliniske utvalget om å legge inn sine anbefalinger i forslag til revidert retningslinje, slik at disse blir så konkrete som mulig.
2. Administrativt samarbeidsutvalg tar for øvrig saken til orientering.
3. Saken settes opp til beslutning i juni-møtet.

Behandling 18.06.15:

- I pkt. 3, tredje kulepunkt strykes ordet: «primær-»
- I pkt. 5, femte kulepunkt skal lyde: «formidler mulighet til å forebygge»
- I pkt. 6, første kulepunkt strykes setningen: «Det bør vurderes....»

Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg godkjenner revidert forslag til retningslinje 10 med de endringer som fremkom i møtet.
2. Revidert retningslinje 10 iverksettes fra 1.7.2015.

Sak 078-15 Søknader om samhandlingsmidler april 2016

Samhandlingsmidlene er tenkt brukt som sykehusets bidrag til samarbeidsprosjekter med kommunene for å finne gode tiltak som understøtter samhandlingsreformen.

Innen fristen 1.april 2015 er det kommet søknader fra følgende:

- a) SØ-Senter for lindrende behandling (PFL – IP)
- b) SMP Moss (Oppsøkende ungdomsteam/ROP/LAR)
- c) Moss kommune (Rehabilitering SØ-Jeløy-Moss)
- d) SØ-Klinisk ernæring (Underernæring)
- e) DPS HS (Pas.forløp ADHD voksne)
- f) SØ-A2 (Gjensidig tillit – trygge pasientforløp)

Drøfting 21.05.15:

- Positivt innstilt til søknadene b, c, e og tvilende til søknadene a, d og f.

Resultat av drøfting 21.05.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering med de bemerkninger som fremkom i møtet.
2. Saken settes opp til beslutning i juni-møtet.

Behandling 18.06.15:

•

Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg har behandlet søknader om samhandlingsmidler i henhold til retningslinje og intensjon for tildeling av samhandlingsmidler med følgende resultat:
 - a) SØ-Senter for lindrende behandling (PFL – IP)
Behandling: *Søknad avslås da prosjektet ikke er forankret i kommunehelsetjenesten.*
 - b) SMP Moss (Oppsøkende ungdomsteam/ROP/LAR)
Behandling: *Søknaden innvilges da prosjektet ansees å være i tråd med intensjonene for tildeling av samhandlingsmidler. Prosjektet svarer på Administrativt samarbeidsutvalg sine signaler knyttet til behandlingen av sluttrapporten fra klinisk utvalg om ROP-pasienter (sak 019-14). Det bevilges kr. 300 000 til prosjektene.*
 - c) Moss kommune (Rehabilitering SØ-Jeløy-Moss)
Behandling: *Søknaden innvilges delvis da prosjektet ansees å være i tråd med intensjonene for tildeling av samhandlingsmidler. Det bevilges kr. 300 000 til pilotprosjektet. Det forutsettes at evalueringsrapporten synliggjør eventuell overføringsverdi til andre HF og kommuner og anbefaler nødvendige tiltak i forhold til implementering.*
 - d) SØ-Klinisk ernæring (Underernæring)
Behandling: *Søknad avslås da prosjektet ikke er forankret i kommunehelsetjenesten.*
 - e) DPS HS (Pas.forløp ADHD voksne)
Behandling: *Søknaden innvilges da prosjektet ansees å være i tråd med intensjonene for tildeling av samhandlingsmidler. Det bevilges kr. 230 000 til prosjektet. Det forutsettes at prosjektet skisserer nødvendige tiltak knyttet til å utnytte overføringsverdien.*
 - f) SØ-A2 (Gjensidig tillit – trygge pasientforløp)
Behandling: *Søknad avslås da prosjektet fremstår som driftsrelaterte tiltak som allerede er iverksatt blant annet som følge av samhandlingsreformen.*
2. De resterende samhandlingsmidlene, kr 1 160 750,- stilles i utgangspunktet til disposisjon for samhandlingstiltak knyttet til utskrivningsklare pasienter (USK) og kommunale øyeblikkelig hjelp (KAD) plasser.

Sak 079-15 Utskrivningsklare pasienter

Administrativt samarbeidsutvalg har tidligere initiert at det er ønskelig med en egen sak knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Følgende vedlegg fulgte saken til drøftingsmøtet 21.mai:

- Kommunerepresentantene i Administrativt samarbeidsutvalg har utarbeidet et drøftingsnotat
- Praksiskoordinatoren har foretatt en undersøkelse blant fastleger vedrørende uheldige episoder knyttet til utskrivning fra sykehuset (se sak 085/15)

Drøfting 21.05.15:

- Kommunene opplever i økende grad at SØ bestiller institusjonsplass i strid med retningslinjene og at det ikke følger med funksjonsbeskrivelse. Dialogen synes også å være mer tilspisset.
- Samhandlingsavdelingen vil ta runder på avdelingene og informere om retningslinjene og gi råd og veiledning knyttet til USK pasientene og samhandlingen. Avdelingen har også nylig revidert brosjyre til pasient/pårørende som synliggjør ansvaret sykehus/kommune.
- Samhandlingsavdelingen bør også sende denne brosjyren til pasientorganisasjonene slik at de er informert om hvem som har ansvar for hva.
- Vi arbeider med å få USK pasienter som tema på et B0-møte- et informasjonsmøte for alle avdelinger. Aktuelt å trekke med kommuneoverlege på et slikt møte.
- Viktig at kommunene melder avvik når slike tilfeller oppstår. Det gir oss mulighet til å gå direkte på dem som ikke etterlever retningslinjene.
- Denne saken må sees i sammenheng med ønsket fra partnerskapsmøtet om å bli enige om relevante kvalitetsparametere (jfr. sak 063-15)

Resultat av drøfting 21.05.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering med de bemerkninger som fremkom i møtet.
2. Saken settes opp til beslutning i juni-møtet.
3. Innspillene fra fastlegene/praksiskoordinator settes opp som egen sak i neste møte slik at en kan drøfte hvor en skal kanalisere de ulike forslagene.

Behandling 18.06.15:

- Inn- og utskrivning på sykehus burde være fast punkt på agenda i Administrativt samarbeidsutvalg.
- To kommuner og SØ har hatt tilsyn knyttet til utskrivning. Rapporten bør opp som sak i Administrativt samarbeidsutvalg og resultatene presenteres for partnerskapsmøtet.
- Sykehuset må kunne skrive sin vurdering av hva pasienten trenger av oppfølging uten at det oppfattes som en bestilling av kommunale tjenester. Det er kommunen som tildeler tjenester.
- Sykehuset bør skrive: ...bør vurderes for...
- Det er planlagt at representanter for kommuneoverlegene skal presentere problematikk knyttet til utskrivningsklare pasienter på et B0-møte (allmøte) i Sykehuset i august.

Vedtak 18.06.15

1. Inn- og utskrivning av pasienter settes som fast post på agenda til Administrativt samarbeidsutvalg
2. Tilsynsrapporten for SØ og kommuner knyttet til utskrivning, settes opp som egen sak
3. Partene tar synspunktene som har fremkommet i forbindelse med saken med seg i det videre arbeidet for å forbedre praksis knyttet til utskrivningsklare pasienter.
4. Administrativt samarbeidsutvalg understreker partenes ansvar for å implementere og etterleve retningslinjene og samarbeidsavtalen samt sørge for at oppgave- og ansvarsdeling blir respektert.

Sak 080-15 Partnerskapsmøte om kvalitetsparametere

I henhold til gjeldene retningslinje 12 skal Partnerskapsmøtet fastsette kvalitetsparametere og drøfte resultater. Administrativt samarbeidsutvalg har fått i oppdrag å velge metode og tilnærming i forhold til å oppfylle dette punktet i retningslinjen. Ekstraordinært partnerskapsmøte er berammet 7.september 2015.

Drøfting 21.05.15:

- Det finnes mye tilgjengelig statistikk, vi må se hva som er relevant i denne sammenheng.
- HSØ/KS presenterer nå snart en samhandlingsstatistikk med masse nyttig informasjon.
- Vi har også vår egen KAD-statistikk samt rapportpakke 2
- Det er også mange muligheter i DIPS hvis en har en klar formening om hvilke data en ønsker.

- Revisjon/tilsyn av samarbeidet om USK-pasienter gjøres nå hos flere – dette vil gi oss indikasjoner på forbedringspunkter.
- Det drives følgeforskning på KAD om pasienttilfredshet og kvalitative intervjuer med fastleger, for å utforske deres perspektiv på tilbudet om desentraliserte akutte helsetjenester. I tillegg forberedes det en retrospektiv studie om bruk av KAD plasser (juni 15).
- De største avvikene finner vi ved USK og i forhold til manglende medisinalister ved innleggelse.
- Vi må se på USK og reinnleggelser samt bruk av KAD plasser.
- Det er evidensbasert viten vi trenger, og statistiske data som gir klare indikasjoner
- Trenger kanskje bistand til å se på datakvalitet og analyse av data.
- Vi har mye data knyttet til Innleggelse og utskrivning og avvik
- Må kunne enes om hvilke forhold vi bør følge nøye, og hvor det er behov for mer «dypdykk».
- Kanskje invitere pasientkoordinatorene i kommunene for å høre hva de opplever i hverdagen.
- Får informasjon fra KAD-utvalget i juni møtet
- Bør nedsette en liten gruppe som ser grundigere på dette.

Resultat av drøfting 21.05.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering med de bemerkninger som fremkom i møtet.
2. Det nedsettes en arbeidsgruppe som tar utgangspunkt i innspillene fra drøftingen og ser nærmere på aktuelle kvalitetsparametere.
3. Saken settes opp til beslutning i juni-møtet.

Det er sendt forespørsel til rådmannsutvalget med henvisning til drøftingen i Administrativt samarbeidsutvalg 21.mai då. om de har ytterligere innspill i sakens anledning. Arbeidsgruppen har utarbeidet et notat som ble ettersendt medlemmene av Administrativt samarbeidsutvalg. Odd Petter Nilsen redegjorde for arbeidsgruppens forslag.

Behandling 18.06.15:

-

Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg takker arbeidsgruppen for vel utført arbeid
2. Arbeidsgruppens notat vedlegges referatet og presenteres for partnerskapsmøtet for å få signaler på hva Administrativt samarbeidsutvalg skal arbeide videre med.

Arbeidsgruppens notat er [vedlagt](#)

Sak 081-15 Samarbeidsavtale om smittevern

Sykehuset Østfold og kommunene i Østfold har hatt en avtale om smittevern bistand siden 1999. Avtalen har ikke blitt revidert siden den trådte i kraft. Forslaget til revidert avtale fulgte saken.

Drøfting 21.05.15:

- Kommune har stor nytte av den bistand de får fra smittevern avdelingen.
- Samarbeidet på dette området bidrar til god forebygging.

Resultat av drøfting 21.05.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering med de bemerkninger som fremkom i møtet.
2. Saken settes opp til beslutning i junimøtet.

Behandling 18.06.15:

-

Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg godkjenner den fremlagte reviderte avtalen.
2. Revidert avtale trer i kraft fra 1.januar 2016.

Sak 082-15 Retningslinje 11 og «Rød respons» når OUS overtar AMK

I forbindelse med at OUS overtar ansvaret for AMK har det vært nødvendig å foreta en revidering av prosedyren for varsling av lege i vakt. Etter møte medlemmer i UFAB og AMK-OUS har det blitt utarbeidet et forslag til revidert prosedyre som er ettersendt medlemmene av Administrativt samarbeidsutvalg.

Drøfting 21.05.15:

- AMK flytter 15.juni
- Ullevål deltar nå på UFAB møter – positive møter
- UFAB har gitt sin tilslutning til ny rutine
- UFAB er et faglig utvalg under ADMS. Det er naturlig at ADMS godkjenner rutinen, selv om SØ nå har valgt at OUS tar over ansvaret for AMK.

Resultat av drøfting 21.05.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering
2. Saken settes opp til beslutning i juni.

Revidert prosedyre for «Alarmering av lege i vakt ved kjørekode 1 (rød respons)» ble ettersendt medlemmene av Administrativt samarbeidsutvalg.

Behandling 18.06.15:

-

Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg godkjenner den fremlagte reviderte prosedyren.
2. Prosedyren vedlegges referat og trer i kraft fra vedtaksdato.

Prosedyren er [vedlagt](#)

DRØFTINGSSAKER

Sak 083-15 Sluttrapport fra klinisk utvalg (R8) – jordmortjenester

Administrativt samarbeidsutvalg vedtok i sak 124-14 å nedsette et klinisk utvalg som fikk i oppgave å oppdatere dagens retn.linje 8 – samarbeid om jordmortjenester som følge av nye nasjonale retningslinjer, samt utarbeide forslag til tilhørende avtale/rutine som skisserer oppgave- og ansvarsfordeling knyttet til barselomsorgen.

Det kliniske utvalget har avlevert sin sluttrapport med anbefalinger.

Drøfting 21.05.15:

- Dette kan ha store konsekvenser for kommunene – ønskelig at beslutning fattes etter sommeren.
- I retningslinjen er ikke ansvaret for første hjemmebesøk plassert. I sluttrapporten er dette ansvaret plassert hos kommunene.
- Retningslinjen må være utgangspunktet for endringene.
- Endringene som innføres bør evalueres etter kort tid.
- Må også drøfte oppgavedeling
- Må sjekke ut status og muligheter i forhold til elektronisk melding

Resultat av drøfting 21.05.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg takker det kliniske utvalget for godt utført arbeid.

2. Saken settes opp til ny drøfting i juni, og representant(er) fra det kliniske utvalget inviteres. Hilde Erlandsen jordmor i Moss kommune og barnelege Marcus Schmidt ved SØ var tilstede og besvarte spørsmål knyttet til sluttrapporten og forslaget til revidert retningslinje.

Ny drøfting 18.06.15:

- God rapport med faglige argumenter
- Liggetiden på sykehus har gradvis gått ned over tid, så det blir ingen endring der når en kommer inn på Kalnes. Vi har et etterslep i forhold til å dekke behovet for oppfølging av mor/barn i den første uken etter at de har kommet hjem.

Resultat av ny drøfting 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering med de bemerkninger / innspill som fremkom i møtet.
2. Saken settes opp til behandling i september-møtet.

Sak 084-15 Revidering av retningslinje 8 – jordmortjenester

Det kliniske utvalget som har utarbeidet forslag til avtale/rutine som skisserer oppgave- og ansvarsfordeling knyttet til barselomsorgen jfr. sak 064-15, har utarbeidet forslag til revisjon av retningslinje 8.

Drøfting 21.05.15:

-

Resultat av drøfting 21.05.15

1. Saken settes opp til ny drøfting i juni, og representant(er) fra det kliniske utvalget inviteres.

Hilde Erlandsen jordmor i Moss kommune og Barnelege Marcus Schmidt ved SØ var tilstede og besvarte spørsmål knyttet til sluttrapporten og forslaget til revidert retningslinje.

Ny drøfting 18.06.15:

- I retningslinjen i forhold til ansvar, står det «samarbeid». Hvis ansvaret for oppfølging plasseres ett sted så må dette endres i retningslinjen.

Resultat av ny drøfting 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar forslaget til revidert retningslinje til orientering
2. Saken settes opp til behandling i september-møtet.

Sak 085-15 USK-pasienter - forbedringspunkter overfor fastleger

Praksiskoordinatoren har foretatt en undersøkelse blant fastleger vedrørende uheldige episoder knyttet til utskrivning fra sykehuset som også inngår i denne saken.

Drøfting 18.06.15:

- Flott at praksiskonsulentene og fastlegene har involvert seg i samhandlingen på denne måten.
- Klarer vi å få til en forbedring på disse punktene det pekes på, så har vi kommet langt i forhold til fastlegene.

Resultat av drøfting 18.06.15

1. Partene tar synspunktene som har fremkommet i forbindelse med saken med seg i det videre arbeidet for å forbedre praksis knyttet til utskrivningsklare pasienter.
2. Praksiskoordinator ser på hva som kan kanaliseres til arbeidet med elektronisk kurve, hva som kanaliseres til journalutvalget og hvordan langtidsoppfølging av kreft kan sees i forhold til pakkeforløpene.
3. Oppfølging av innspillene inngår som en del av fast sak på agenda i Administrativt samarbeidsutvalg om utskrivningsklare pasienter (jfr. sak 079/15)

Sak 086-15 Orientering fra det faglige utvalg KAD

Anders Schönbeck som leder av KAD-utvalget redegjorde for status på KAD-tilbud og for tankegangen bak fagutvalgets forslag til minimumsnivå innenfor bemanning, kompetanse og utstyr som de mener er nødvendig for å oppfylle reformen og avtalens intensjoner i forhold til KAD-tilbudet.

Drøfting 18.06.15:

-

Resultat av drøfting 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar redegjørelsen til orientering
2. Saken settes opp til ny drøfting i september-møtet.

ORIENTERINGSSAKER

Sak 087-15 Statistikk avviksmeldinger

Oversikt over samhandlingsavvik som ikke er lukket for januar til og med desember 2014 ble fremlagt
Oversikt over samhandlingsavvik for 2015 som ikke er lukket og hvor fristen er passert ble fremlagt
Oversikt over samhandlingsavvik for mai 2015 ble fremlagt

Behandling 18.06.15:

-

Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering

Sak 088-15 Statistikk utskrivningsklare pasienter

Oversikt over utskrevne pasienter innen somatikk for januar-april 2015 ble fremlagt
Oversikt over utskrevne pasienter innen psykiatri pr. 3.6. 2015 som har ligget for lenge ble fremlagt

Behandling 18.06.15:

- Det er vanskelig for kommunene å forstå oversikten fra psykisk helsevern. Det medfører at det er tilsvarende vanskelig å sette inn tiltak.
- Irene Dahl Andersen skal se hvordan man kan konkretisere og gjøre oversikten til et bedre redskap for å bedre samhandlingen rundt disse pasientene

Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering med innspill som framkom i møtet

Sak 089-15 Referat fra kliniske utvalg / annet

Følgende referat ble fremlagt:

- a) Referat fra KAD 220415
- b) Referat fra KAD 200515
- c) Statusrapport fra samarbeidsprosjektet ALERT og HHLR

Behandling 18.06.15:

- Det er mulig det foreligger noen misforståelser knyttet til samarbeidsprosjektet ALERT og HHLR i forhold til øvrige liknende tiltak i kommunene. Sekretariatet bes informere samarbeidsprosjektet.

Vedtak 18.06.15

1. Administrativt samarbeidsutvalg tar referatene til orientering

Sak 090-15 Innovasjon og forskning

Administrativt samarbeidsutvalg vedtok i sak 050-14 at innovasjon og forskning skal være fast punkt på dagsorden, slik at partene kan orientere hverandre om aktuelle saker som skjer på dette området.

Sak 091-15 SØ 2015

Sak 092-15 Info om endringer som kan påvirke den annen part

Fredrikstad kommune har åpnet Østsiden sykehjem. Dette er et flott nytt og moderne sykehjem tilrettelagt for demens. Onsøyheimen er nå stengt og skal rehabiliteres

EVENTUELT

-

Kvalitetsparametere for samhandlingen i Østfold – drøftingsgrunnlag til ADMS

I henhold til gjeldende retningslinje 12 skal Partnerskapsmøtet fastsette kvalitetsparametere og drøfte resultater. Det er ikke konkret beskrevet hvilke parametere som skal brukes, hvilke måleverktøy som er relevante og tilgjengelige og hva de enkelte målingene indikerer av kvalitet for samarbeidet.

Arbeidsgruppen, nedsatt av AD MS, har fått i oppdrag å foreslå noen viktige kvalitetsparametere og skissere hva de kan gi av kunnskap.

Gruppen har tatt utgangspunkt i samhandlingsreformens intensjoner om:

- Kompetanseheving i kommunene
- Økt tilgang til helsetjenester der pasientene bor
- Sømløse pasientforløp
- Gode avtaler om ansvarsfordeling og kommunikasjon / dokumentasjon
- Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten (SHT) til kommunene – oppgaver skal løses på laveste effektive nivå. - Bremse veksten i bruk av SHT

I hvilken grad kan vi måle om samhandlingsreformens intensjoner oppfylles og hvordan måler man kvaliteten i pasientbehandlingen?

Hvilke parametere har betydning for å forstå / beskrive kvaliteten på samarbeidet?

Hva finnes av analyser / statikk i dag og hva mangler vi?

I hovedsak går samhandlingen mellom sykehus og kommuner langs to akser: Før/i stedet for og etter sykehusopphold

Kompetanseheving og tilbud i kommunene

Kommunene må være i stand til å håndtere pasienter med større behov for medisinsk oppfølging og behandling enn tidligere. Det gjelder forløp før / i stedet for innleggelse på sykehus og etter sykehusopphold. Hjemmetjenesten må dreie kompetanse fra rene pleie- og omsorgsoppgaver til mer medisinsk behandling.

Før / i stedet for sykehusinnleggelse:

- Sikre tilstrekkelig kompetanse / tilbud / organisering for å forebygge sykdom, hindre forverring av sykdom
 - Mulige parametere:
 - Frisklivstilbud for aktuelle / utsatte grupper – kan måles
 - Verktøy / kompetanse for å identifisere utsatte grupper – kan måles
 - Tilgang på / organisering av legeressurser som fanger opp pasienter tidlig i sykdomsforløp (proaktive fastleger, egen lege tilknyttet hjemmetjenesten) – kan måles
 - Lærings- og mestringstilbud – kan måles
 - Antall øyeblikkelig-hjelp-pasienter henvist til SØ – måles i dag, pr. kommune
 -
 - Kommunal akutte døgnplasser - KAD
 - Maksimal utnyttelse av tilbudet. Tilbudet må ha med tilstrekkelig kompetanse og tilstrekkelig diagnostiske verktøy slik at pasienter som kan behandles lokalt blir behandlet lokalt i stedet for å bli lagt inn på sykehus.
 - Mulige parametere
 - Tilstrekkelig legeressurser med rett kompetanse – kan måles, men krever enighet om nivå

- Tilstrekkelig diagnostiske verktøy for å sikre at de riktige pasientene legges inn - kan måles, men krever enighet om nivå
- Utnyttelsesgrad av senger / antall pasienter – Måles i dag, egen registrering / statistikk
- Antall henvisninger fra fastleger og legevakter til tilbudet – måles i dag. Avhenger av informasjon om og tillit til tilbudet – kan måles
- Er det de rette pasientene som legges inn på tilbudet? – Følgforskning pågår i samarbeid sykehus/kommuner (høst 2015)
- Pasienttilfredshet med tilbudet – følgforskning pågår. Data er innhentet.
- Antall øyeblikkelig-hjelp-pasienter henvist til SØ – måles i dag, pr. kommune (finnes det godt sammenligningsgrunnlag (Vestfold)?
- Tilgjengelighet til konferering med og vurdering av sykehuslege for avklaring av behandling / behandlingsnivå – måles i dag

Etter sykehusopphold:

- Sikre tilstrekkelig kompetanse / tilbud slik at utskrivningsklare pasienter fra sykehuset behandles forsvarlig
 - Mulige parametere**
 - Antall pasienter som mottas utskrivningsdagen – måles i dag
 - Antall pasienter som må ligge på sykehus i påvente av kommunalt tilbud – måles i dag
 - Antall reinnleggelser i sykehus i løpet av 1-3 dager – måles i dag (Hdir)
 - Kan si noe om at pasienten ikke var utskrivningsklar likevel (sykehusets ansvar) eller at tilbudet ikke var tilstrekkelig i kommunen
 - Antall «reinnleggelser» internt i kommunen til høyere omsorgsnivå – måles i dag?
 - Kan si noe om dårlig informasjon fra sykehuset om pasientens tilstand / behov for bistand eller kvaliteten på kommunens vedtak om omsorgsnivå.
 - Rehabilitering på rett nivå – kan måles?

Om sikring av kompetanse

- Kompetanseplaner på bakgrunn av kartlegging i kommunene som sikrer at rett / tilstrekkelig kompetanse er til stede i kommunene for å løse oppgavene – kan måles
- Tilgang av personell med nødvendig kompetanse ved tilsetning eller avtale – kan måles
- Samarbeid med sykehuset om kompetanseheving: Antall relevante kurs (i forhold til behov), deltakelse i kurs, hospitering- kan måles
- Sikre kompetanseoverføring i konkrete pasienttilfeller før/ved utskrivning – måles?

Sømløse pasientforløp

- Antall helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem som er utarbeidet – kan måles (hvor mange trenger vi?)

Ansvarsfordeling, kommunikasjon, kommunikasjonsverktøy, dokumentasjon og avtaler

- Er våre avtaler tilstrekkelig presise for en fornuftig ansvarsfordeling? – ADMS har løpende revisjon av retningslinjer og prosedyrer
- Ansvarsoverføring av oppgaver fra sykehus til kommunene har lite fokus
- Kommunikasjon i pasientbehandling har fått bedre kvalitet med innføring av elektroniske PLO-meldinger

- Dokumentasjon av kommunikasjonen er sikret ved elektroniske meldinger
- Sikring av nødvendig dokumentasjon til samarbeidspartner har følgende mangler:
 - Korrekt medikamentoversikt ved innleggelse og utskriving
 - for få oversikter sendes (begge veier)
 - for liten kvalitetssikring av innholdet
 - for sene overføringer (etter utskriving),
 - sykehuset sikrer ikke at hjemmesykepleie mottar oversikt.

Styringsdata og datakvalitet

I dag har vi tilgang til følgende data:

- Rapportpakke 1 (lokal) – Aktivitetsdata KAD – god kvalitet
- Rapportpakke 2 (lokal) – kommunes forbruk av spesialisthelsetjenester – god kvalitet
- Reinnleggelser i SØ pr. kommune (30 dager) – fra SØ's EPJ - godkvalitet
- Reinnleggelser i SØ pr. kommune (fra dag 1) – fra H-dir. – usikker kvalitet
- Utskrivningsklare pasienter pr. kommune – god kvalitet
- Overliggende USK-pasienter pr. Kommune – god kvalitet
- Statistikk / rapport på samhandlingsavvik – god kvalitet på overordnet nivå, men for lite brukt og litt grovmasket
- Ny web-statistikk (juni 2015) – et samarbeid mellom HSØ og KS

Sarpsborg 11. juni 2015

Alf Johnsen – kommuneoverlege Askim

Anders Schönbeck – medisinsk ansvarlig KAD/legevakt Fredrikstad

Dag Eivind Syverstad – fastlege / praksiskonsulent

Odd Petter Nilsen – samhandlingssjef SØ

Alarmering av lege i vakt i kommunene ved kjørekode 1 (rød respons)

Prosedyren gjelder for samhandling AMK Oslo og vaktleger/legevaktssentraler i Østfold. Vedtatt i UFAB april 2015 og godkjent av Administrativt Samarbeidsutvalg 18.juni 2015.

Formål:

Prosedyren skal bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp. Dette skjer ved at legevaktssentral og kommunal lege i vakt

- får kunnskap om alle ambulanse-utkall i kjørekode 1, dvs. etter kriterier for «rød respons» i «Norsk index for medisinsk nødhjelp»
- på dette grunnlag i hvert enkelt tilfelle skal kunne vurdere behov og muligheten for innsats fra kommunal lege /helsetjeneste

Gjelder:

AMK-operatorer, legevaktssentraler og vaktleger i kommunene.

Bakgrunn:

I henhold til «Akuttmedisinforskriften» (2015-03-20-231) skal kommunene gjennom kommunal legevaktordning bidra til at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunene skal samarbeide med helseforetakene om å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester.

I Østfold vil «øyeblikkelig hjelp»-situasjoner i hovedsak bli ivaretatt av ambulansetjenesten i samarbeid med AMK. Korte avstander innebærer at ambulansen i de aller fleste tilfeller vil nå frem til pasienten for kommunal lege, samtidig som avstanden inn til sykehus kort. Videre har ambulansen tilgang til medisinsk ekspertise i form av veiledning fra egen lege ved Sykehuset Østfold. Det å vente på at kommunal lege kommer til stede, vil derfor i de fleste tilfeller kun være en forsinkende faktor.

I enkelte tilfeller vil det likevel være aktuelt at kommunal lege rykker ut til pasienten. Likeledes vil det for ambulansen være aktuelt å konferere med kommunal lege om videre tiltak i en del situasjoner, f.eks. der hvor ambulanseoppdraget ved fremkomst til pasienten nedgraderes fra kjørekode 1(rød) til kjørekode 2 (gul). Nedgradering skjer i samarbeid mellom ambulanspersonalet og den kommunale legen.

Fremgangsmåte:

- Lege i vakt skal alltid være tilkoblet nødnettet ved å ha radioen påslått. Dette gjelder både ved beredskapsvakt på dagtid og ved vakt ved legevaktssentral på kveldstid/i helger.
- Ved alle ambulanse-utkall med kjørekode 1, dvs etter kriteriene for "rød respons" i "Norsk indeks for medisinsk nødhjelp", skal varslingen omfatte den aktuelle legevaktssentral og lege i vakt i den aktuelle kommunen. Dette gjelder uavhengig av tid på døgnet og hvilken vaktordning som gjelder i området.
- Legen skal etter å ha mottatt varslingen, kvittere for denne ved å trykke på aktuell tast "godta" på radioen. Dette viser AMK at legen har mottatt varslingen. Ytterligere informasjon vil komme opp i displayet på radioen.

- AMK vil så komme med et muntlig oppkall som går samtidig til ambulans og vaktlege i aktuell kommune, der det opplyses om type hendelse og retning for oppdraget. Tekst kommer også opp på TransMobile nettbrett.
- Etter muntlig oppkall fra AMK skal legen trykke PTT knapp (flat tast), vente 1 sekund og si:
 - «mottatt vaktlege (kommunenavn) - jeg avventer» eller
 - «mottatt vaktlege (kommunenavn) - jeg rykker ut»

Hvis legen ønsker ytterligere informasjon trykkes grønn knapp på radioen. Legen vil da komme i kontakt med AMK i en "en-til-en-samtale".

- Dersom AMK ser at det er behov for bistand av lege i vakt, tar AMK direkte kontakt med legen via radio i utalarmeringsgruppa.
- Mottak av varsling som nevnt over kan ivaretas av legevakten under forutsetning av at lege i vakt er tilgjengelig for legevakten uten vesentlig tidsspille. Legevakten varsler da legen etter egne prosedyrer. Legevakt, eventuelt legen, gir tilbakemelding til AMK om lege rykker ut eller ikke.
- Dersom legen som har vakt ikke rykker ut til pasienten, skal han/hun – på linje med AMK-legen – være tilgjengelig for ambulanspersonellet for rådgivning og diskusjon via radio.
- Dersom en ved legevaktsentralen på dagtid ser at annen kommunal lege er tilgjengelig vesentlig nærmere pasienten enn legen som har vakt, skal en sammen med legen som har vakt, vurdere hvorvidt det er aktuelt å forsøke å få tak i den aktuelle legen (via telefonsystemet).
- I de tilfeller der legen har gjort en vurdering, skal dette dokumenteres i legens journalsystem. I tillegg kommer selvsagt dokumentasjon av kontakt og behandling dersom han/hun rykker ut.