

Møtereferat fagutvalg KAD

8.februar 2022 kl. 12-14

Møtested: Teams

TILSTEDE:

Kommunene:

Mosseregionen: Ingen

Fredrikstadregionen: Guro Steine Letting (leder),
Hanne Kornæsæther Holmgren, Hanne Skaldehaug

Indre Østfoldregionen: Veronica Tomasgaard

Sarpsborgregionen: Linn Kristin Rosten, Hanne Fjellberg

Haldenregionen: Ingen

Sykehuset Østfold:

Odd Petter Nilsen

Line Fjell

Fastlege: Dag Eivind Syverstad

Gjest: Vivian Nystrøm – sak 4-22

Kopi til:

Strategisk Samhandlingsutvalg

Faglig Samhandlingsutvalg

Referent:

Odd Petter Nilsen

Referat:

Sak 01-22	Godkjenning av referat møte 23.11.21 (vedlagt) – Referatet ble godkjent
Sak 02-22	Status / oppfølging – •
	Saker til drøfting / vedtak
Sak 03-22	Kompetanseplan KAD-enhetene Status på arbeidet med bl.a. fagdag mars 2022: • Fagdagen er utsatt pga. corona, men planen er å avholde denne før sommeren
Sak 04-22	Bruk av KAD Bakgrunn: KAD ble etablert for at pasienter som ellers ville vært sendt akuttmottaket i sykehus og som kan behandles i kommunen, skulle få like god eller bedre behandling lokalt. KAD skal altså avlaste sykehuset. Sengekapasitet og økonomiske ressurser ble tatt fra sykehuset og overført kommunene for å etablere og drifte KAD-enhetene. • Har vi de riktige pasientene? • Beleggsprosenten er nå ca. 40 % i snitt. Det er ikke god utnyttelse av plassene og avlaster ikke sykehuset som forutsatt. Hva skal til for å øke beleggsprosentene på KAD? • Hvorfor henviser ikke fastleger og legevakter flere pasienter til KAD? Vivian Nystrøm, PhD stipendiat ved UIO/intensivsykepleier og forfatter av "Medisinsk behandlingskvalitet ved kommunale akutte døgnplasser" innledet. Se https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/fond-og-legater/allmenmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt/hva-hvis-noe-skjer-i-natt/ Vivian innledet med å presentere funn fra sin første artikkel: Trygghet:

	<ul style="list-style-type: none"> • De som hadde hospitert / hadde kjennskap til KAD var tryggere på å henvise • Usikkerhet om det var medisinsk forsvarlig • KAD-sløyfen er et godt tiltak • Sykepleierne ønsket en detaljert behandlingsplan • Pasientene er svært fornøyde og vil dit! <p>Kompetanse og ansvar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lege kun på dagtid – legene har juridisk ansvar for pasient også når de ikke er på vakt • Bekymret for medisinsk kompetanse • Sykepleiertjenesten er god <p>Samarbeid mellom tjenestenivåene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid med sykehusleger ble beskrevet som mer hierarkisk <p>Brukermedvirkning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er en integrert del av behandlingen • Enkelte pasienter / pårørende har urealistiske forhåpninger til behandling <p>Veronika skriver oppgave sammen med flere: De lager et enkelt flytskjema for å identifisere de rette pasientene som kan henvises fra interne tjenester knyttet til Helsehuset (legevakt o.a.). Dette skal bl.a. bidra til økt trygghet for alle som involveres. De skal teste ut en pilot i løpet av kort tid.</p> <p>Annet: Mange leger kjenner ikke til KAD. De fleste synes det er tungvint å legge inn på KAD.</p> <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det må lages en god informasjon (brosjyre) til de som skal henvise til KAD: Hva er KAD – hva kan vi behandle – hvordan henviser du osv. Lokale møteplasser i kommunene kan også brukes for å spre budskapet. • Invitere fastleger inn til besøk/hospitering på KAD (bl.a. LIS-legene). • Kan innleggelse forenkles og struktureres bedre – inkl. behandlingsplan? • KAD-direkte er lite brukt, men behandlere i akuttmottaket har fått god informasjon om ordningen. Usikkert hvor enkelt det er for disse å finne de rette pasientene. • DIPS på KAD skal gi støtte og trygghet i KAD-enheten for behandling. • Gode prosedyrer og kompetanse på KAD gir trygghet for å ta imot flere pasienter • Rask informasjon til fastleger at: Nå er det ledige plasser på KAD! • KAD-direkte og KAD-sløyfe belaster akuttmottaket og skal ikke være den vanlige veien inn i KAD. KAD-sløyfe er et tilbud for å få utelukket alvorlige differensialdiagnoser, men skal ikke brukes som en generell innleggelsesmåte for alle pasienter. Hver KAD må se på egen praksis. • Helsefelleskapet bør sende innspill til Nasjonal helse og sykehusplan om behov for videreutvikling av KAD – hvor skal vi?
Sak 05-22	<p>KAD-utvalget – struktur og ledelse</p> <p>Det foreslås at ledelsen av utvalgsmøtene går på omgang blant KAD-enhetene med funksjonstid 1 år.</p>

	<p>Samhandlingssekretariatet ved samhandlingssjefene er sekretariat for utvalget og deltar i møtene.</p> <p><i>Forslaget godkjennes. Her er oversikten over hvilke enheter som skal ha ledervervet de kommende årene.</i></p> <p>2022: Sarpsborg</p> <p>2023: Moss</p> <p>2024: Indre Østfold</p> <p>2025: Fredrikstad</p> <p>2026: Halden</p>
Sak 06-22	<p>Årsrapport</p> <p>Forslag til årsrapport 2021 var vedlagt innkallingen.</p> <p><i>Forslaget ble vedtatt uten endring</i></p>
Sak 07-21	<p>KAD-direkte – Status på arbeidet i akuttmottaket for hvordan de i større grad identifiserer aktuelle – (det kommer fremdeles få KAD-direktepasienter)</p> <p><i>Akuttmottaket informerer internt i flere kanaler til de berørte yrkesgruppene for å gjøre mer bruk av ordningen</i></p>
	Orienteringer
Sak 08-22	<p>Referat fra siste møte i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)/Faglig samarbeidsutvalg (FSU)</p>
Sak 09-22	<p>KAD-direkte skal nå være lagt inn i databasen som et valg under «Innlagt fra». Alle KAD-ene har fått oppskrift utarbeidet av Morten Andersen i Sarpsborg</p>
Sak 10-22	<p>DIPS på KAD – pilot Fredrikstad starter i løpet av våren.</p>
Sak 11-22	<p>Forum for sykehjemsmedisin – er på et planleggingsstadium - det planlegges 6 møter pr. år – kan erstatte klinikermøtene. Vi melder inn ønske om at «KAD-medisin» skal være et tema på kursserien.</p>
Eventuelt:	<p>Fredriksstad Blad laget et fint oppslag om KAD i Fredrikstad. Avisen tok kontakt. KAD-ene kan kontakte lokalavis og oppfordre til omtale av tilbudet. Kjennskap til tilbudet trykker pasientene.</p>

Guro Steine Letting
Leder KAD-utvalget