

Det gode patientforløb - Epilepsi/kramper

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark

www.fremtidenssygehuse.dk



Region Syddanmark

Forløbsprogram, patienter med:

Epilepsi

1. Indledning	2
2. Behandling	2
3. Beskrivelse af nuværende forløb	3
3.1 Generelle kendetegn for nuværende forløb	3
3.2 Kvalitativ tilgang til patientforløb – hvordan gør vi det i praksis?	4
4. Beskrivelse af ”best practice” patientforløb	6
4.1 Organisation	6
4.2 Patientselektion	7
4.3 Diagnosticering	7
4.4 Behandling.....	8
4.5 Ambulant pakkeforløb – epilepsi udredning.....	9
4.6 Overvejelser vedr. omlægning og mulighed for accelereret forløb.....	10
5. Beskrivelse af fremtidens gode patientforløb	11
6. Konklusion	12
6.1 Perspektivering	12
Bilag.....	13
Bilag – definitioner aktivitetsdata	13
Bilag – aktivitetsopgørelse 2007 – inklusiv pædiatriske afdelinger	15
Bilag – projektgruppe	17

1. Indledning

Epilepsi er en af de hyppigst forekommende neurologiske sygdomme. Den optræder hos ca. 1% af befolkningen, og det betyder, at over 55.000 mennesker i Danmark har epilepsi.

Tabel 1: Region Syddanmarks aktivitet 2007 for patienter med diagnosekoden epilepsi

Region Syddanmark	Epilepsi DG40.0-DG40.9	Status epilepticus DG41.0-DG41.9	Kramper DR56.8	Dissociative kramper DF445
Sygehus indlæggelser	911	33	302	6
Ambulante besøg	6.033	35	767	5
Antal sengedage (afdeling) ¹	3.358	137	791	8
Gennemsnitlig liggetid (afdeling) ²	3,43	3,51	2,53	1,33
Indlæggelser med røntgenundersøgelse	371	14	160	1
Ambulante besøg med røntgenundersøgelse	275	6	44	0
Antal EEG under indlæggelse	157	6	51	0
Antal EEG ambulant	392	3	36	0
Indlæggelse med intensiv behandling	39	12	12	1
Gns. Intensiv tid (timer)	22,41	36,58	44,08	8,00
Genindlæggelser (<1 måned)	42	1	7	1
Gns. Liggetid (sygehus) ³	3,53	3,82	2,97	1,33

Kilde: SydLIS – patientforløbsrapporter 6. marts 2008.

Aktiviteten i ovenstående tabel er eksklusiv aktivitet på pædiatriske afdelinger.

Ovenstående tabel viser kun aktiviteten for de patienter, som har den pågældende aktionsdiagnose. Det skal her bemærkes, at langt de fleste EEG foretages hos patienter, der er under udredning for epilepsi.

I bilagene vises aktiviteten fordelt på sygehus. Man skal dog være opmærksom på, at nogle sygehuse overflytter patienterne til et andet sygehus til rehabilitering, medens andre sygehuse har hele patientforløbet. Dette kan give forskelle i den gennemsnitlige liggetid, selvom der ikke er nogen forskel for patientforløbene.

2. Behandling

De behandlingsmæssige muligheder af epilepsi forudsætter, at der er stillet en korrekt diagnose - og en klassifikation af epilepsitype og syndrom, så patienten på det rette grundlag kan få den optimale rådgivning og behandling.

¹ Antal sengedage (afdeling) er det antal sengedage patienten er indlagt, dog tælles udskrivningsdagen ikke med. Der tælles sengedage for afdelingsindlæggelser med den pågældende aktionsdiagnose.

² Gennemsnitlig liggetid for afdelingsindlæggelser med pågældende aktionsdiagnose.

³ Gennemsnitlig liggetid for sygehusindlæggelser med pågældende aktionsdiagnose.

Det er et velkendt problem, at epilepsidiagnosen kan være vanskelig at stille, og at epileptiske anfald kan forveksles med andre anfaldslidelser. Erfaringen er, at 10% - 20 % af patienter, der behandles for epilepsi, ikke har diagnosen.

Medicin mod epilepsi skal tages dagligt for at forebygge og nedsætte risikoen for anfald. Der er tale om langtidsbehandling, der for de fleste strækker sig over flere år - og for nogle eventuelt livslangt.

Det er af afgørende betydning, at medicinen tåles godt og ikke er forbundet med væsentlige akutte eller kroniske bivirkninger. Med de medicinske behandlingsmuligheder, som i dag er til rådighed, kan ca. 70% af alle med epilepsi opnå anfaldskontrol. Af de 30% med anfald vil en del i væsentlig grad være psykisk og socialt belastet af sygdommen. Enkelte af disse patienter vil kunne opereres.

Medicinsk behandlingsresistent epilepsi er forbundet med social stigmatisering, førtidspensionering og øget dødelighedsrisiko som følge af anfald, pludselig uventet død og selvmord.

Epilepsidiagnosen er ofte forbundet med betydelige psykosociale konsekvenser som fx angst og depression, forsinket udvikling og indlæring samt tab af arbejdsevne, kørekort mm.

3. Beskrivelse af nuværende forløb

3.1 Generelle kendetegn for nuværende forløb

Før ankomst til sygehus: Patienten har anfaldsfænomener i form af: bevidstløshed og kramper i arme og ben, halvsidige kramper +/- påvirket bevidsthed, fjernhedstilfælde, andre anfald med formodet epileptisk genese. De fleste patienter med epilepsi behandles i ambulatoriet. Et mindre antal patienter indlægges via vagtlæge, 112 eller anden afdeling.

Efter ankomst til sygehus: På mistanke om epilepsi udredes patienten akut eller elektivt med neurologisk undersøgelse, EKG, EEG, blodprøver og CT-skanning eller MR-skanning.

Melding til primærsektoren: Skal ske i henhold til aftalen mellem Region Syddanmark og kommunerne.

Behandling: Ved indlæggelse eventuelt medicinsk behandling. Beskytte patient for skader ved eventuelle fornyede anfald. Patienten observeres og ernæringsscreenes. Enkelte patienter gennemgår kirurgisk behandling.

Rehabilitering: Retter sig mod eventuelt bagvedliggende sygdom/årsag.

Behandling efter udskrivning: I de fleste tilfælde følges patienten ambulant på sygehuset. I enkelte tilfælde laver egen læge eventuelt kontrol af behandlingen.

3.2 Kvalitativ tilgang til patientforløb – hvordan gør vi det i praksis?

Fase Stationær	Klinisk tema	Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus						Sydvestjysk Sygehus				Sygehus Sønderjylland				Sygehus Lillebælt				
		Odense	Svendborg	Fåborg	Nyborg	Ærø	Ringø	Esbjerg	Grindsted	Brørup	Rehab Varde	Sønderborg	Haderslev	Aabenraa	Tønder	Kolding	Fredericia	Vejle	Give	Middelfart
Primær sektor	Primært symptom/indgang Anfaldsfænomen	X	X			X		X	X	X		X	X	X	X	X		X		
Præhos- pitalt	Visitation/henvisning Henvisningsform → 112, skadestuen, almen praksis	X	X			X		X	X	X		X	X		X		X			
Sygehus sektor Stationært	Udredning:																			
	CTC/MR-scanning	X	X					X				X	X	X		X		X		
	Blodprøveanalyse	X	X					X				X	X	X		X		X		
	EEG:																			
	Standard-EEG	X						X				X						X		
	Søvn-EEG	X						X				X						X		
	Døgnoptagelse ⁴											X						X		
	Behandling:																			
	Intensiv overvågning	X	X					X				X		X		X		X		
	Medicin Kirurgi	X	X			X		X				X	X	X	X	X		X		
Socialrådgiver	X										X	X	X	X	X					
Pleje: Anfaldsobservation	X	X			X		X				X	X	X	X	X		X			
Patientinformation Udlevering af skriftlig mat.	X						X				X				X		X			
Visitation/Udskrivning: Opfølgning i ambulatoriet	X						X				X						X			

⁴ Ambulatorisk EEG-monitorering

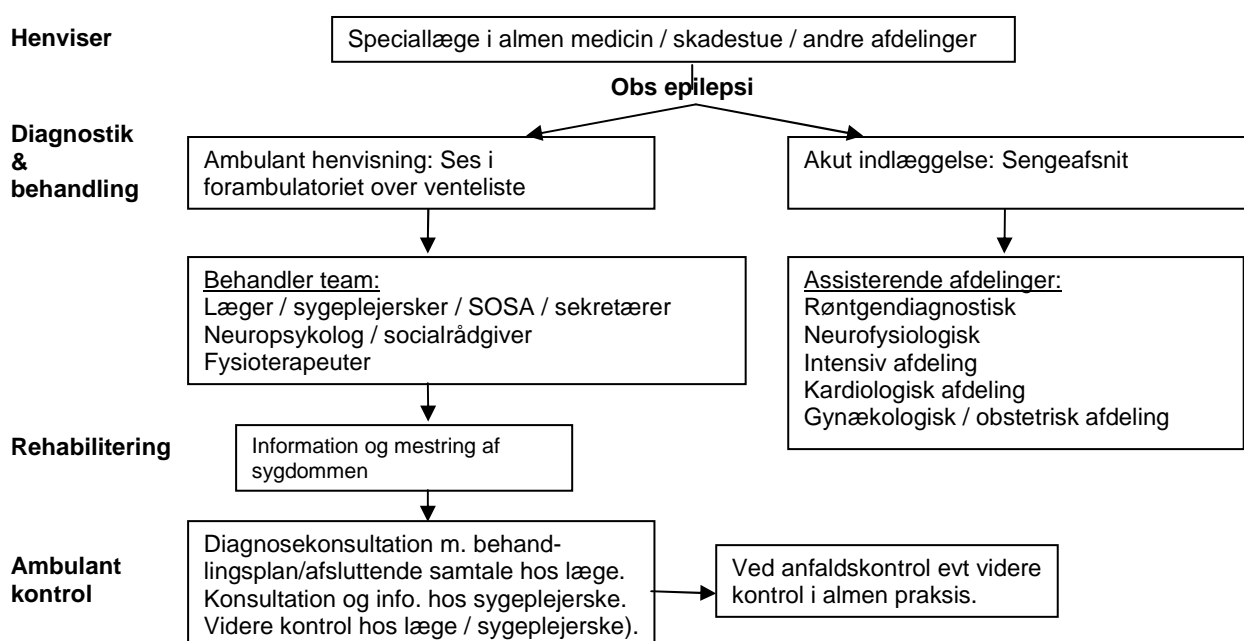
Fase ambulant	Klinisk tema	Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus						Sydvestjysk Sygehus				Sygehus Sønderjylland				Sygehus Lillebælt				
		Odense	Svendborg	Fåborg	Nyborg	Ærø	Ringe	Esbjerg	Grindsted	Brørup	Rehab Varde	Sønderborg	Haderslev	Aabenraa	Tønder	Kolding	Fredericia	Vejle	Give	Middelfart
Sygehus sektor Ambulant	Udredning CTC/MR-scanning	X						X				X					X			
	EEG:																			
	Standard EEG	X						X				X					X			
	Søvn-EEG	X						X				X					X			
	Døgnoptagelse											X					X			
	Behandling: Medicin	X						X				X					X			
	Socialrådgiver	X										X								
	Pleje: Sygeplejekonsultationer	X										X						X		
	Patientinformation: Udlevering af skriftlig mat.	X						X				X						X		
Ambulant opfølgning	X						X				X						X			
Primær sektor Posthos- pitalt	Behandling	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
	Patientinformation	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
	Opfølgning/kontroller	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
	Rehabilitering	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	

4. Beskrivelse af "best practice" patientforløb

Projektgruppen har valgt en tilgang, der siger, at epilepsi kan være sekundær til en livstruende sygdom, da nogle patienter får epilepsi på grund af hjernetumor. Patienter over 50 år med focalt krampeanfald har en risiko på 40% for at anfaldet skyldes en hjernetumor. For patienter generelt med focalt krampeanfald er der en risiko på 5%-10% for, at anfaldet skyldes en hjernetumor. Dette betyder, at patienten skal udredes og behandles hurtigt.

Best practice patientforløbet er illustreret nedenfor.

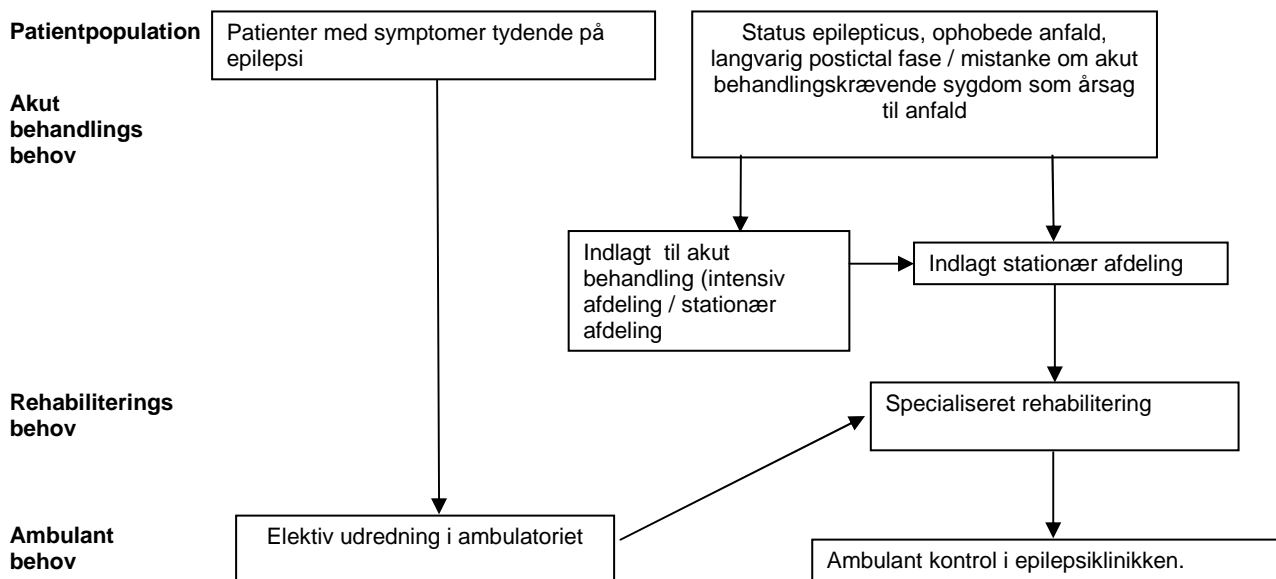
4.1 Organisation



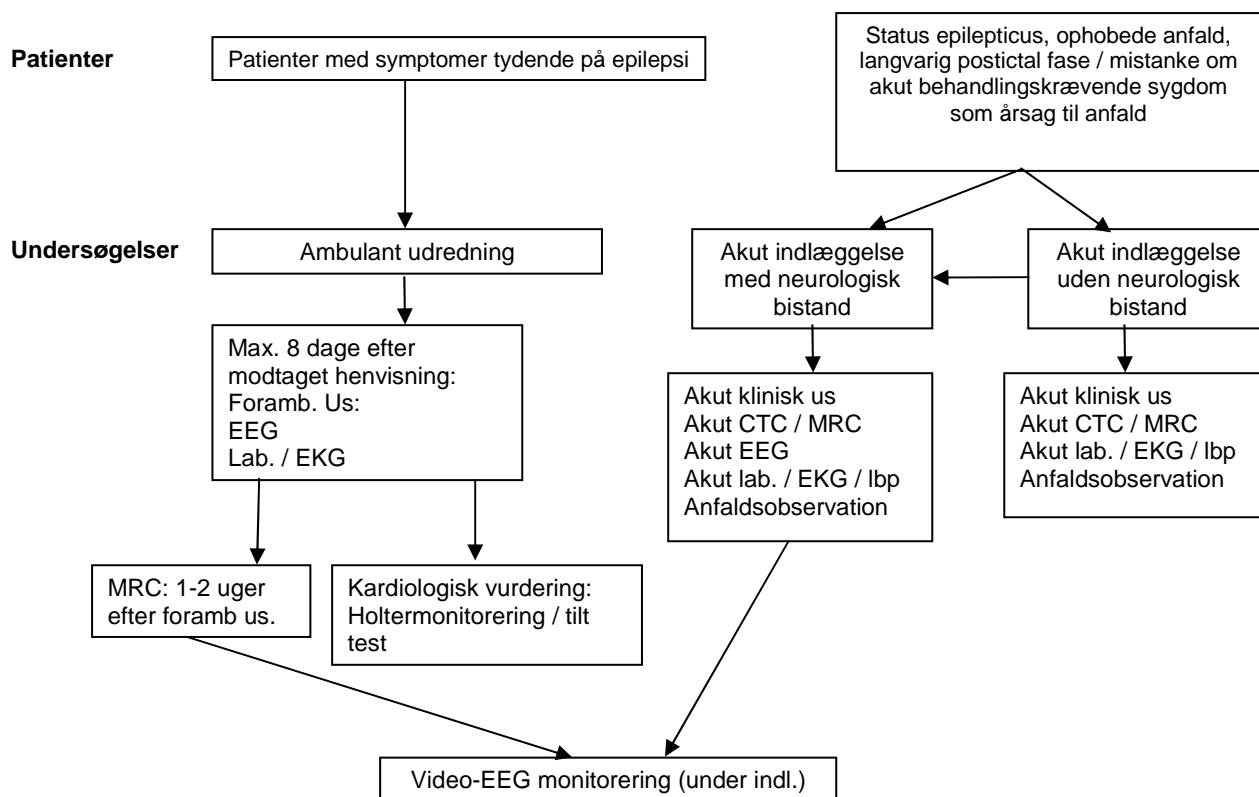
Epilepsi kan være en stigmatiserende og socialt invaliderende sygdom. Sygdommen kan skyldes en blodprop i hjernen, en hjernesvulst eller en tilgrundlæggende sygdom i hjernevævet, som ikke giver andet udslag end epilepsien. Uanset årsag rammer selve anfaldene mennesket på sårbare kernepunkter i den personlige identitet som selvværdsfølelse, social position, evt. erhvervssevne (kørekort). Punkter, der er ligeså invaliderende som benbruddet eller andre synlige fysiske lidelser. Det er derfor vigtigt, at patienten sættes i stand til at leve et normalt liv med sygdommens følger. Det kræver en målrettet indsats at undgå, at personen lider varig skade. Behandlingen foregår i et teamsamarbejde mellem speciallæge og sygeplejerske i ambulatoriet og fortsætter i kontakten mellem patient og egen læge. Optimalt bør teamet ud over speciallægen og sygeplejersken omfatte socialrådgiver og psykolog.

I processen lærer patienten sygdommen at kende. Det tilstræbes, at patienten bliver i stand til at leve et tilfredsstillende liv så tæt på det tidligere som muligt indenfor de begrænsninger, sygdommen i det enkelte tilfælde kan sætte. For de pårørende er sygdommen skræmmende, hvorfor indsatsen også retter sig mod de pårørende for at undgå skadevirkninger på familielivet og patientens sociale liv i bredere forstand.

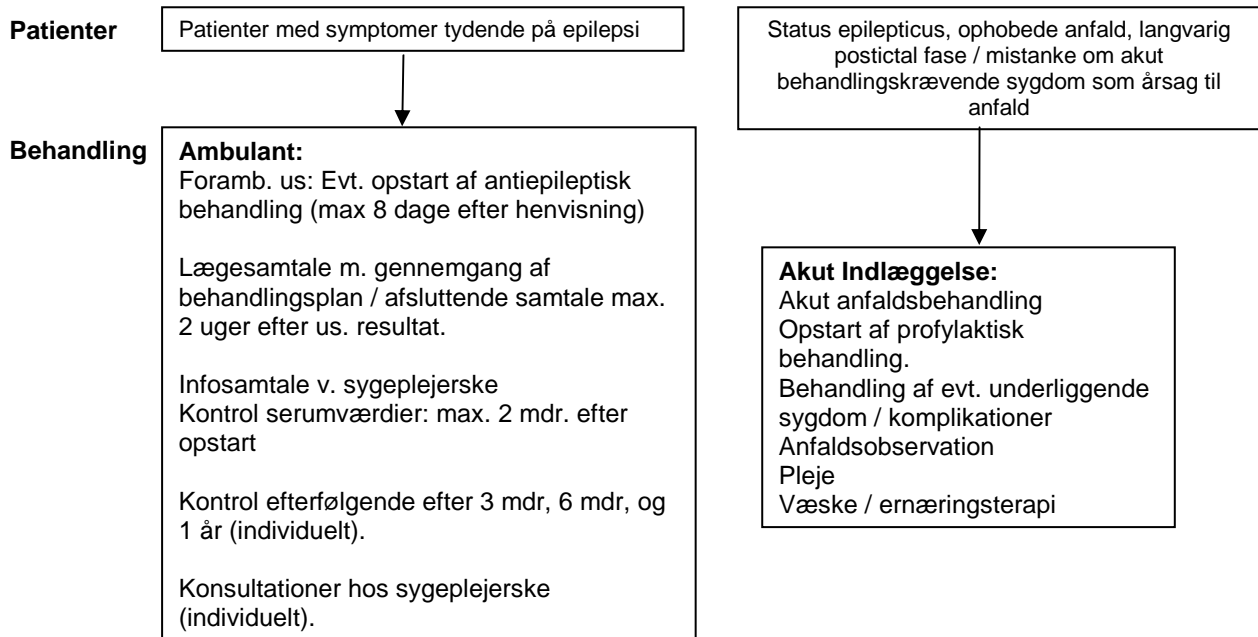
4.2 Patientselektion



4.3 Diagnosticering

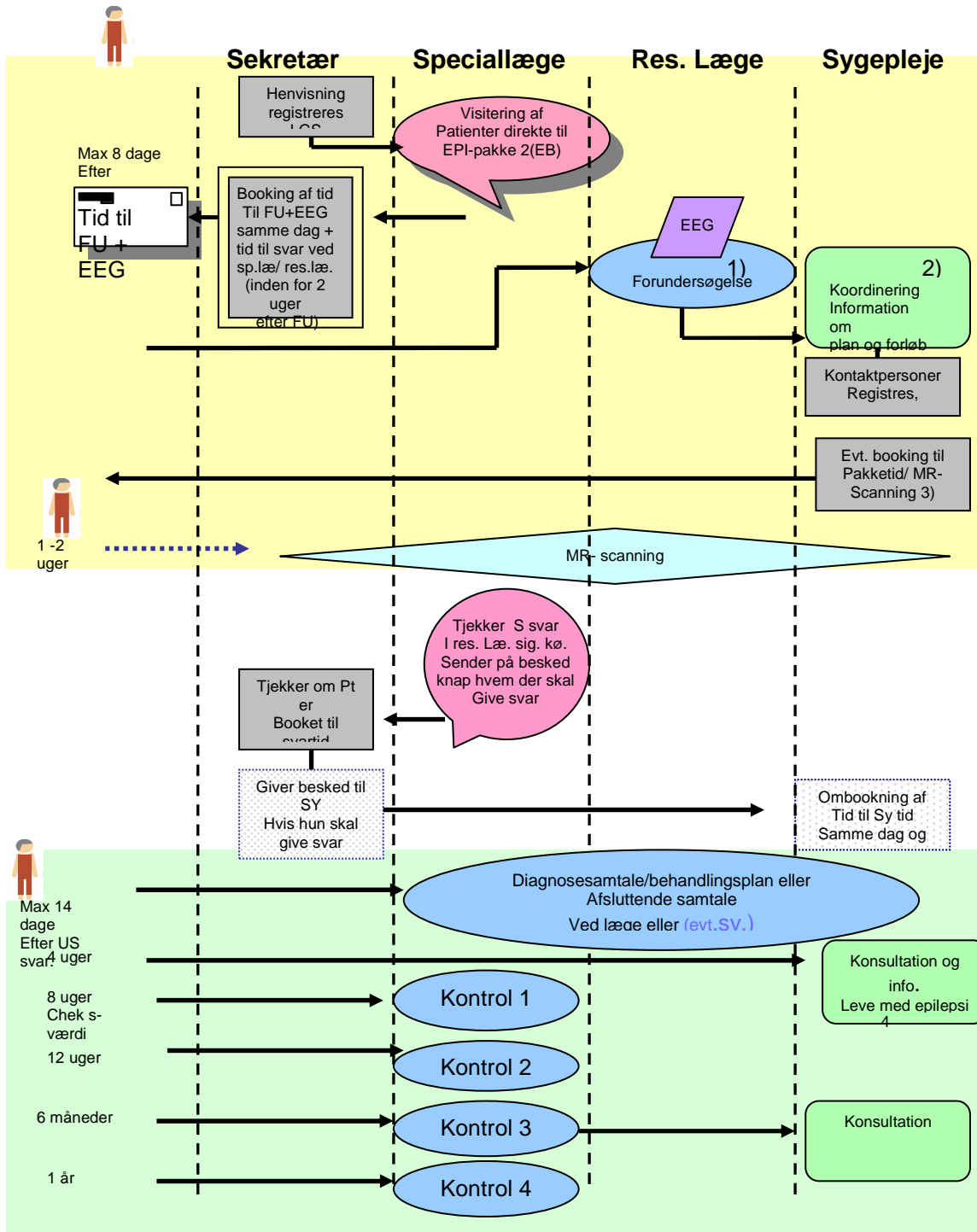


4.4 Behandling



4.5 Ambulant pakkeforløb – epilepsi udredning

Som best practice for det ambulante område, er projektgruppen enige om, at patienterne skal tilbydes ambulante pakkeforløb jf. nedenstående flowdiagram.



Princip for pakkeforløbet: Forundersøgelse (FU) og EEG med straks-svar samme dag ved læge, MR bookes af sygeplejerske (SY) hvor relevant. Videre forløb består af rehabiliteringsdel ("leve med epilepsi") og medicinsk behandlingsdel ved samtale hvor patient for slutsvar (s-svar) på MR. I GS = I Grønt System. Sp.læ/res.læ = speciallæge/reservelæge. EB = initialer for visiterende overlæge. 1 res Læ sig. Kø = Første reservelæges signeringskø i EpJ – dvs. der, hvor prøvesvar kommer ind i journalen og bliver set. SV = sygeplejerske.

4.6 Overvejelser vedr. omlægning og mulighed for accelereret forløb

Best practice giver ikke nogle væsentlige ændringer i tilgangen til patienterne. Behandlingsmuligheder og patientkategorier forventes status quo.

På baggrund af disse overvejelser ser projektgruppen ikke en umiddelbar mulighed for at omlægge fra stationær behandling til ambulans behandling eller mulighed for at reducere antal sengedage pr. indlæggelse.

Udviklingen i antal epilepsipatienter forventes at stige på baggrund af den demografiske udvikling. Ca. 10% af apopleksipatienterne får også epilepsi, hvorfor udviklingen for apopleksipatienter har betydning for antallet af epilepsipatienter. Der forventes en stigning på 36% i antallet af apopleksipatienter frem til 2025. Dette giver alene en stigning i antal epilepsipatienter på 13%. Derudover forventes den demografiske udvikling at øge antallet af epilepsipatienter, således at antallet af epilepsipatienter totalt frem til 2025 forventes at stige med 18%. Der forventes ikke et fald i den gennemsnitlige liggetid og antal besøg pr. patient, hvorfor der også må forventes en stigning på 18% for antal sengedage, antal besøg og antallet af afledte undersøgelser.

Det skal bemærkes, at det ikke har været muligt at finde relevant litteratur til beskrivelse af den fremtidige udvikling i antallet af epilepsipatienter.

Der er forskel i den gennemsnitlige liggetid på de enkelte sygehuse i Region Syddanmark. Dette skyldes forskelle i casemix, og det er dermed ikke et udtryk for, at liggetiden kan reduceres på enkelte sygehuse.

5. Beskrivelse af fremtidens gode patientforløb

Projektgruppen foreslår, at der laves en konstruktion, hvor patienterne tildeles senge med mulighed for intensiveret overvågning.

Nødvendigt setup for den akutte epilepsipatient

Epilepsipatienterne skal ligge på akutsygehus.

Patienten skal modtages på en neurologisk eller intern medicinsk afdeling. Såfremt patienten indlægges på en intern medicinsk afdeling, skal der være mulighed for neurologisk assistance f.eks. ved telemedicinsk opkobling.

Følgende teknologier skal være tilgængelige:

- Anfaldsobservation – intensiveret overvågning
- Umiddelbar adgang til billeddiagnostisk udredning.
- Der etableres et regionalt beredskab for akut EEG, hvor personalet medbringer mobilt udstyr.
- Videoovervågning (et sted i regionen)
- Bemandet EEG-overvågningsafsnit (et sted i regionen)
- Ambulante EEG-hætter på alle matrikler, der udreder epilepsipatienter
- Mulighed for semi intensive senge.

Efterfølgende ambulant opfølgning

Der ønskes en intensivering og kvalitetsforbedring af den ambulante opfølgning. Dette indebærer ambulant opfølgning efter indlæggelse og, at rehabilitering skal tilbydes individuelt og i forhold til de problemstillinger patienten står med, således at der f.eks. fokuseres på de psykosociale aspekter.

6. Konklusion

Hvad angår dimensionering af de fremtidige sygehuse henvises til rapporten "Den forventede udvikling i aktiviteten indenfor specialet neurologi".

Projektgruppens konklusioner:

- Epilepsi er en potentiel stærk invaliderende sygdom, som kræver intervention med blandt andet psykosocial aspekt.
- Epilepsi kan være tegn på potentiel livsfarlig sygdom og kræver derfor hurtig udredning og behandling.
- Epilepsipatienter bør modtages på akutsygehuse i neurologisk eller intern medicinsk afdeling. Hvis patienten modtages på intern medicinsk afdeling, skal der være adgang til neurologisk bistand f.eks. ved telemedicinsk opkobling.
- Projektgruppen forventer en vækst på ca. 13% de næste 10-15 år alene på baggrund af udviklingen i antallet af apopleksipatienter.
- Det forventes ikke, at aktiviteten vil flukturere
- Der er behov for en teknologisk oprustning særligt på EEG området
- Historisk har det været en svag og til dels usynlig patientgruppe, men det tyder på, at patientgruppen bliver mere synlig og vil stille større krav til udredning og behandling af epilepsi

6.1 Perspektivering

Projektgruppen vurderer, at forslagene i rapporten ved simple organisatoriske justeringer og mindre investeringer kan implementeres. Umiddelbart er det de fysiske rammer og personaleressourcer, der er udfordringen.

Det foreslås, at de enkelte sygehusenheder tager rapporten til sig og nedsætter arbejdsgrupper til implementering af anbefalingerne, således at anbefalingerne kan omsættes til praksis lokalt.

Bilag

Bilag – definitioner aktivitetsdata

Område:	Sundhedsområdet	Udarbejdet af:	Inge Lise Udbye Christiansen
Afdeling:	Sundhedsdokumentation	E-mail:	IngeLise.Christiansen@RegionSyddanmark.dk
Journal nr.:		Telefon:	7663 1655
Dato:	22. februar 2008		

Notat

Definitioner

Tabel med aktivitet for unikke personer

Indlæggelser: Indlæggelser er lig antal afdelingsudskrivninger. Indlæggelser af raske ledsagere er ikke medregnet. Indlæggelser af raske nyfødte er medregnet.

Ambulante besøg: Antal ambulante besøg er inkl. besøg før eller efter en sygehusindlæggelse og inkl. besøg foretaget samme dag på samme afdeling. Ambulante besøg er ekskl. telefonkonsultationer. Ambulante besøg omfatter også røntgenundersøgelser o.lign. uden besøg på ambulatoriet i den kliniske stamafdeling.

Sengedage: Antal dage en patient er indlagt. Det er typisk på en sengeafdeling, men det kan også være på en intensivafdeling eller på et patienthotel eller. Den dag patienten udskrives tæller ikke som en senge dag. Der regnes med 1 senge dag både hvis patienten udskrives på indlæggelsesdagen, og hvis patienten udskrives dagen efter indlæggelsesdagen.

Aktionsdiagnose: Den diagnose, der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om.

Kontakter personer: Antal unikke cpr-numre der har været enten indlagt eller til ambulante besøg.

Kontakter personer – Indl. Personer = Antal personer der kun har været i ambulante behandling

Kontakter personer – Besøg personer = Antal personer der kun har været indlagt

Tabel med røntgen- og operationsaktivitet, samt intensive indlæggelser

Indlæggelser: Indlæggelser er lig antal afdelingsudskrivninger. Indlæggelser af raske ledsagere er ikke medregnet. Indlæggelser af raske nyfødte er medregnet.

Indlæggelser med røntgenundersøgelser: Indlæggelser, hvor der under indlæggelsen er registreret en røntgenundersøgelse (En SKS-kode, som starter med UX).

Indlæggelser med operation: Indlæggelser, hvor der under indlæggelsen er registreret en operation. (En SKS-kode, som starter med K).

Ambulante besøg: Antal ambulante besøg er inkl. besøg før eller efter en sygehusindlæggelse og inkl. besøg foretaget samme dag på samme afdeling. Ambulante besøg er ekskl. telefonkonsultationer. Ambulante besøg omfatter også røntgenundersøgelser o.lign. uden besøg på ambulatoriet i den kliniske stamafdeling.

Ambulante besøg med røntgenundersøgelser: Ambulante besøg, hvor der på besøgsdagen er registreret en røntgenundersøgelse (En SKS-kode, som starter med UX).

Ambulante besøg med operation: Ambulante besøg, hvor der under besøget er registreret en operationskode (En SKS-kode, som starter med K).

Indlæggelser med intensiv behandling: Indlæggelser, hvor patienten under indlæggelsen har været overført til det intensive afsnit på sygehuset.

Tabel med genindlæggelser, liggetid og ambulante besøg

Indlæggelser: Indlæggelser er lig antal afdelingsudskrivninger. Indlæggelser af raske ledsagere er ikke medregnet. Indlæggelser af raske nyfødte er medregnet.

Sygehusindlæggelser: Sygehusindlæggelser er lig antal sygehusudskrivninger. Forskellen til afdelingsudskrivninger er, at patienten kan være indlagt på flere afdelinger under én sygehusindlæggelse. Hvis en bestemt afdeling vælges, tælles det antal sygehusudskrivninger, hvor den valgte afdeling er første afdeling patienten har været indlagt på.

Regionsindlæggelse: Antal udskrivninger i Region Syddanmark, hvor der tages højde for, at nogle patienter er overført mellem Regionens sygehuse. Hvis et bestemt sygehus eller afdeling vælges, tælles det antal udskrivninger, hvor det valgte sygehus eller den valgte afdeling er første sygehus/afdeling, patienten har været indlagt på.

Genindlæggelser: Genindlæggelse på samme afdeling med samme aktionsdiagnose inden for henholdsvis 1 uge, 1 måned og tre måneder.

Gennemsnitlig liggetid: Gennemsnitlig liggetid for henholdsvis afdelings-, sygehus og regionsindlæggelser. Der tages udgangspunkt i den første afdeling patienten har været indlagt på.

Ambulante besøg før/efter indlæggelse: Det gennemsnitlige antal ambulante besøg henholdsvis 1 måned og tre måneder før/efter en indlæggelse på samme afdeling som indlæggelsen. Har patienten været indlagt to gange og har været til ambulante besøg ind imellem, tæller det ambulante besøg kun med én gang før eller efter, og i forhold til den indlæggelse, der er tættest på det ambulante besøg.

Bilag – aktivitetsopgørelse 2007 – inklusiv pædiatriske afdelinger

Sygehus	Sygehus indlæggelser	Indl. per person	Ambulante besøg	Besøg per person	Kontakter personer	Antal sengedage	Gns. liggetid	Indlæggelse r med røntgenundersøgelse	Ambulante besøg med røntgenundersøgelse	Indlæggelse r med intensiv beh.	Gns. intensiv tid(timer)	Genindl. (<1 måned)	Gns. Liggetid (sgh.)	Gns. amb. Besøg eft. indl.(3 mdr)
DG40 - Epilepsi														
Kolding-Fredericia	160	1,38	406	2,13	268	345	2,13	40	29	6	17,17	13	2,17	0,46
OUH	321	1,29	2.199	1,72	1.366	1.438	4,37	123	104	8	7,03	21	4,47	0,46
Sydvestjysk sygehus	181	1,31	1.083	1,58	741	590	3,01	60	46	4	8,25	20	2,93	0,57
Sygehus Fyn	82	1,21	38	1,19	88	186	2,19	31	1	6	24,32	2	2,24	0,18
Sygehus Sønderjylland	193	1,34	1.460	2,46	669	708	3,05	63	47	6	33,17	5	3,51	0,35
Vejle-Give	195	1,34	2.282	2,4	986	666	3,36	76	134	13	28,23	9	3,16	0,64
	1.132		7.468			3.933	3,27	393	361	43	21,03	70	3,35	0,46
DG41 - Status epilepticus														
Kolding-Fredericia	11	1,09	9	3	12	36	3	3	3	4	58,25	1	2,64	0,33
OUH	23	1,19	16	1,23	29	53	2,12	5	1	7	18,04	1	2,22	0,32
Sydvestjysk sygehus	8	1,22	3	1,5	10	60	5,45	7	1	3	8,33	0	7,25	0,09
Sygehus Fyn	3	1	2	1	5	8	2,67	1	0	3	41	0	2,67	0
Sygehus Sønderjylland	10	1,83	5	2,5	8	14	1,27	1	0	1	17	1	1,2	0,09
Vejle-Give	2	1	6	1,5	6	6	3	1	1	0	0	0	3	0
	57		41			177	2,77	18	6	18	29,13	3	2,88	0,22

Kilde: Patientforløbsrapporter SydLLIS, den 6. marts 2008

Sygehus	Sygehus indlæggelser	Inkl. per person	Ambulante besøg	Besøg per person	Kontakter personer	Antal sengedage	Gns. liggetid	Indlæggelser med røntgenunder søgelse	Ambulante besøg med røntgenunder søgelse	Indlæggelser med intensiv beh.	Gns. intensiv tid(timer)	Genindl. (<1 måned)	Gns. Liggetid (sgh.)	Gns. amb. Besøg eft. indl.(3 mdr)
DR568 - Kramper, andre ikke specificeret														
Kolding-Fredericia	52	1,06	66	1,57	81	101	1,9	15	6	1	17	1	1,96	0,63
OUH	99	1,04	244	1,24	259	343	3,4	48	24	6	81,5	2	4,11	0,37
Sydvestjysk sygehus	109	1,06	132	1,38	171	186	1,6	57	5	2	3	2	1,64	0,61
Sygehus Fyn	18	1,05	10	1	29	26	1,3	10	0	1	6,08	0	1,28	0,45
Sygehus Sønderjylland	95	1,21	318	6,63	108	232	2,4	29	8	3	11	5	2,95	0,38
Vejle-Give	23	1,05	103	1,58	75	53	2,3	10	7	1	1	0	2,35	0,39
	396		873			941	2,3	169	50	14	39,4	10	2,64	0,48
DF445 - Dissociative kramper														
Kolding-Fredericia	2	1	3	1	5	2	1	1	0	1	8	0	1	0
OUH	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0
Sydvestjysk sygehus	1	1	2	1	2	3	3	0	0	0	0	0	3	1
Vejle-Give	2	2	1	1	1	2	1	0	0	0	0	1	1	0
	6		6			8	1,3	1	0	1	8	1	1,33	0,17

Kilde: Patientforløbsrapporter SydLLIS, den 6. marts 2008

Bilag – projektgruppe

Formand	Sygehus Sønderjylland	Henrik Villadsen	Lægefaglig direktør
Sekretær	Økonomistab	Bodil Nørgaard Dahlhus	Fuldmægtig
Medlemmer	Vejle Sygehus	Carsten Bisgaard	Ledende overlæge
	Kolding, Fysioterapien	Kirsten Madsen	Specialeansvarlig fysioterapeut
	SHS, Sønderborg, Neurologisk afdeling	Amette Wildschjötz	Ledende overlæge
	SHS, Sønderborg, Neurologisk afdeling	Bodil Jørgensen	Oversygeplejerske
	SHS, Sønderborg, Neurologisk afdeling	Tobias Lindke	Overlæge (neurofysiologi)
	Odense, Neurologisk afdeling	Søren Bak	Overlæge
	Odense, Neurologisk afdeling	Helle Vahl Aalykke	Afdelingssygeplejerske
	Odense, Neurologisk afdeling	Marianne J. Kjeldsen	Overlæge
	Odense, Neurologisk afdeling	Jan Pedersen	Akst. afdelingssygeplejerske
	SVS	Rie Møller	Ledende diætist
	SVS, Neurologisk klinik	Marry-Jette K. Rasmussen	Klinikchef
	Vejle, Røntgenafdelingen	Finn Mathiesen	Overlæge
	SHF, Medicinsk afdeling	Inger Ottesen Henriksen	Overlæge
	SHF, Ringe	Gitte Jepsen	Udviklingsterapeut
	Varde, Rehabilitering	Susanne Asmussen	Specialeansvarlig fysioterapeut
	Praksis	Rudie Lindgren	prakt.læge/praksiskonsulent neurologisk afd. Vejle

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark