

Det gode patientforløb - Hoftenære brud

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark

www.fremtidenssygehuse.dk



Region Syddanmark

Forløbsprogram, patienter med:

Hofte nære brud

1. Indledning	2
2. Behandling – hvor og hvordan	2
3. Beskrivelse af nuværende forløb	3
3.1 Generelle kendetegn for nuværende forløb	3
3.2 Aktivitet 2007	4
3.3 Patientforløb på de enkelte sygehuse	6
4. Fremtidens gode patientforløb	6
4.1 Overvejelser vedr. omlægning og mulighed for accelereret forløb.....	8
5. Konklusioner og anbefalinger vedr. fremtidens gode patientforløb for ortopædkirurgiske patienter.....	9
Bilag – projektgruppe	11
Bilag - patientforløb.....	11

1. Indledning

Denne type af patienter udgør en meget stor del af de ortopædkirurgiske afdelingers patienter. Der er tale om akutte patienter med akut operationsbehov og et relativt stort sengedagsforbrug. Der er tillige tale om ældre/gamle patienter og der er på trods af stor interesse for at forbedre behandlingen fortsat stor morbiditet og høj mortalitet relateret til patientgruppen, som også ofte lider et funktionstab som følge af bruddene.

Phd. studerende er netop ved at færdiggøre sine studier vedrørende epidemiologien relateret til patienter med hoftenære brud, og en konklusion er at der faktisk over de seneste år er set en faldende incidensrate, men pga en stigning i antallet af ældre borgere nå der alligevel forventes en marginal stigning i antallet af patienter af denne type.

Pga det store antal har patientgruppen været omgærdet af stor interesse og der er således udarbejdet et tværfagligt referenceprogram for patientgruppen (programmet er aktuelt ved at blive revideret). Patientgruppen er også en af NIP grupperne. Der er også i flere afdelinger arbejdet med forløbsprogrammer med det formål at øge kvaliteten og accelerere patientforløbene.

2. Behandling – hvor og hvordan

Der er tale om akutte patienter med et akut operationsbehov, men operation kan godt ske "næste" dag. Patienterne kan således i princippet modtages på alle ortopædkirurgiske afdelinger, også selv om der ikke opereres i aften/natte timerne.

En del af patienterne vil have konkurrerende lidelser eller være alment svækkede således at der er behov for relativ avanceret anæstesi og opvågning.

Patienterne indbringes normalt til en af skadestuerne uden foregående varsel, således at visitation før indbringelse til sygehus er sjælden.

Før eller efter operation kan patienterne flyttes til anden afdeling, dette opfattes normalt – af patienter og pårørende - som en dårlig service, og forlænger normalt forløbene. Specielt overflytning før operation opfattes som værende uhensigtsmæssig.

Operativ behandling og forventet udvikling

Som det fremgår af de indledende data behandles de fleste patienter med osteosyntese (åben påpladssætning og fiksation med skruer, søm eller såkaldt glideskrue). Dette er behandlinger der kan foregå på de fleste normale operationsstuer, såfremt disse er store nok til at rumme et såkaldt ekstentionsleje (strækleje) og en såkaldt C-bue (røntgengennemlysningsapparat).

En mindre gruppe behandles med primær proteseforsyning som ordentligvis foregår på en såkaldt flowstue (højsteril stue). Antallet af patienter der behandles på denne måde må forventes at stige, idet de nyeste forskningsresultater viser at proteseforsyning for visse af patienterne (forskudte collum femoris frakturer) er at foretrække frem for osteosyntese.

Forebyggelse

Bruddene opstår som regel ved fald eller snublen og meget ofte i eget hjem. Der er tale om lavenergitraumer som udløser brud pga osteoporotiske knogler.

Forebyggelse kan rettes mod fysiske årsager til fald (dårlig belysning, løse tæpper osv.) og mod osteoporose og mod medicinske lidelser der giver anledning til svimmelhed ol.

3. Beskrivelse af nuværende forløb

3.1 Generelle kendetegn for nuværende forløb

Tertiær forebyggelse

Det alt overvejende problem for gruppen af patienter med hoftefraktur er høj dødelighed (ca. 25-33% er døde efter et år) og dermed kortere restlevetid, snarere end nye frakturer, idet kun ca 9 % vil opleve yderligere frakturer i restlevetiden (Tine Nymark, Phd afhandling under færdiggørelse). Derfor skal indsats have umiddelbar effekt for at have nytte. Tertiær forebyggelse skal derfor have karakter af en generel indsats med umiddelbar effekt, såsom optimering af hverdagslivet, medicinering, ernæring m.v. Den kommende nye version af referenceprogrammet anbefaler, at der gives calcium og vitamin D supplement fast til alle patienter som osteoporoseprofylakse og mhp styrkelse af muskelfunktionen. (Evidensgrad A). Desuden anbefales vurdering af mulighed for generel faldforebyggelse efter retningslinjerne i Sundhedsstyrelsens vejledning om faldforebyggelse fra 2006.

Dette indebærer afklaring af fire grundlæggende spørgsmål (havde patienten bevidsthedstab i forbindelse med faldet, oplever/har patienten daglige gang- eller balanceproblemer, har patienten oplevet flere (mere end et) fald inden for sidste år og lider patienten af svimmelhed). Hvorefter der i en struktureret proces (algoritme) kan iværksættes:

- yderligere geriatrisk vurdering
- generel medicinsk vurdering
- osteoporoseudredning.

Disse initiativer skal således ikke iværksættes rutinemæssigt, men efter nøje overvejelser af nytteeffekt. Vurderingen inddrager også Almen Praksis, som er grundelementet i faldudredning. Den pgl. algoritme har været undersøgt i Odense siden 1.4. 2007 i et samarbejde mellem skadestuen og Geriatrisk afd. G med tilskud fra indenrigsministeriet og afrapporteres i løbet af 2008. Der er et igangværende MTV projekt i regionen (Endokrinologisk afd. M, afd. O, OUH og det gamle Ribe amt), som skal afklare de økonomiske og effektmæssige konsekvenser af generel osteoporoseudredning for alle.

Før ankomst til sygehus

Bruddene opstår ofte i eget hjem og den naturlige reaktion er at kalde 112, hvorefter patienten indbringes til nærmeste skadestue. Under transporten er eneste relevante behandling lejring og smertebehandling.

Efter ankomst til sygehus

På mistanke om et hofteært brud bør der umiddelbart startes smertestillende behandling. Det vurderes hensigtsmæssigt at anlægge smerteblokade frem for behandling med opider. Der skal desuden sikres god lejring og hurtig diagnostik, der normalt er en normal røntgenundersøgelse.

Når diagnosen er bekræftet bør forberedelse til, og planlægning af, operation ske umiddelbart. (Sker i henhold til klinisk forløbsprogram)

Operation

Skal ske akut, men kan afvente fasteperiode og kan godt ske dagen efter bruddet er opstået. Der er rimelig evidens for at det er fordelagtigt at foretage operation indenfor to døgn og helst indenfor et døgn idet morbiditeten dermed reduceres. Samtidig har de fleste patienter og pårørende svært ved at acceptere andet end relativ umiddelbar operation. I forbindelse med operationen skal der iværksættes medicamentel tromboseprofylakse og infektionsprofylakse iht. Referenceprogram.

Anæstesi

Som standard anvendes spinalbedøvelse, hvis muligt.

Efter operationen

Så hurtigt som muligt – og gerne inden for et par timer – skal der startes mobilisering iht klinisk forløbsprogram. Der skal sikres god smertebehandling og ernæring, og planlægningen af udskrivelse og genoptræning skal påbegyndes. Der er efterfølgende et behov for fortsat genoptræning i primærsektoren. Nogle steder har man etableret et tæt samarbejde med geriater, ved tilsyn, ved aftalt stuegang eller ved overflytning til geriatrisk afdeling i efterforløbet. Der foreligger ikke endnu forskningsresultater der kan vurdere effekten på postoperativ morbiditet, mortalitet og funktion, udover at man ved at liggetiden normalt forlænges. Sund fornuft tilsiger at der bærer være en positiv effekt og emnet er oplagt for yderligere forskning.

Kontroller

Der er forskellig praksis, men såfremt man ønsker et kontrolbesøg med røntgen er det mest hensigtsmæssige tidspunkt efter 4 mdr. En sådan kontrol er en væsentlig forudsætning for at kunne vurdere behandlingsresultaterne løbende.

3.2 Aktivitet 2007

Af nedenstående opgørelser ses, at der i alt i 2007 blev indlagt 2895 patienter med aktionsdiagnose overfladisk læsion af hofte og lår, åbent sår på hofte og lår *eller* hoftebrud.

Sygehus	Indlæggelser DS70, DS71, DS72	Gns. liggetid	Gns. liggetid	Gns. liggetid
		(afd.)	(sgh.)	(region)
Kolding-Fredericia	205	10,09	11,62	11,78
OUH	817	9,64	10,13	10,9
Sydvestjysk sygehus*	513	6,16	10,79	
Sygehus Fyn	389	7,43	15,11	15,3
Sygehus Sønderjylland	609	6,55	9,02	9,06
Vejle-Give	362	4,23	11,66	11,91
Grand Total	2895	7,43	10,37	10,69

* incl. 1604 sengedage for 104 hofte-nære fraktur patienter på Rehab-Varde

Af disse 2895 patienter blev i alt 2099 behandlet med frakturkirurgi eller enkeltsidig indsættelse af ledprotese i hofte eller lår (DRG-gruppe 0818 og 0822).

Størsteparten af de resterende 796 patienter er blevet konservativt behandlet for brud i bækken og lår.

På næste side ses de gennemsnitlige liggetider.

Sygehus	DRG-gruppe	Indlæggelser	Gns. liggetid	Gns. liggetid	Gns. liggetid
			(afd.)	(sgh.)	(region)
Kolding-Fredericia	0818 Frakturkirurgi i hofte, lår, knæ eller underben	111	11,75	12,79	13,01
	0822 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	41	11,56	12,95	13,08
Subtotal		152	11,7	12,83	13,03
OUH	0818 Frakturkirurgi i hofte, lår, knæ eller underben	593	9,48	9,9	10,53
	0822 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	56	12,16	12,52	12,78
Subtotal		649	9,71	10,11	10,71
Sydvestjysk sygehus*	0818 Frakturkirurgi i hofte, lår, knæ eller underben	274	6,34	7,53	7,63
	0822 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	99	6,95	9	9,07
Subtotal		373	6,5	7,91	8
Sygehus Fyn	0818 Frakturkirurgi i hofte, lår, knæ eller underben	190	6,96	14,99	15,05
	0822 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	68	8,16	17,86	18,14
Subtotal		258	7,28	15,72	15,83
Sygehus Sønderjylland	0818 Frakturkirurgi i hofte, lår, knæ eller underben	360	6,83	9,06	9,09
	0822 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	102	8,12	10,99	10,99
Subtotal		462	7,11	9,48	9,5
Vejle-Give	0818 Frakturkirurgi i hofte, lår, knæ eller underben	157	3,52	12,74	13,34
	0822 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	48	5,48	12,95	12,95
Subtotal		205	3,98	12,79	13,25
Grand Total		2099	7,85	10,67	10,95

*excl. overflytninger/sengedage på Varde-rehab

En gennemgang af eksisterende forløb viser, at der er en vis forskel i de gennemsnitlige liggetider. Ovenfor er vist de gennemsnitlige liggetider, på den primære afdeling (ortopædkirurgisk afdeling), inden for sygehusenheden, og inden for regionen som helhed.

Det er relevant at se på især den gennemsnitlige liggetid inden for en sygehusenhed, idet flere af regionens sygehuse har/eller har haft patientforløbene organiseret således, at patienterne er blevet overført til genoptræning på en anden afdeling efter endt operation. I Vejle overflyttes patienterne efter 2 – 3 dage til sengeafsnit i Give, mens patienterne i Esbjerg overflyttes til enten Varde eller Grindsted. Sygehus Fyn overflytter patienterne til geriatrisk sengeafsnit.

Disse flytninger fra ét sengeafsnit på en matrikel til et andet sengeafsnit på en anden matrikel vurderes at forlænge det samlede indlæggelsesforløb, hvilket understøttes af ovenstående opgørelse.

3.3 Patientforløb på de enkelte sygehuse

På alle regionens sygehuse har der de senere år været arbejdet med forløbsprogrammer med det formål at øge kvaliteten og accelerere patientforløbene. Resultat heraf har bl.a. været en reduktion i liggetiderne.

Odense Universitetshospitals opgørelser over udviklingen i liggetid viser en reduktion i liggetiden fra 1999 til 2005. I 2006 og frem stiger liggetiden, hvilket tilskrives det faktum at op mod ca. 125 patienter flyttes internt fra Odense til Middelfart pr. år, en trafik der startede i 2006 og øgedes i 2007.

I det tidligere Vejle Amt blev der af en til formålet nedsat programledelse udarbejdet et Dag-til-Dag-Program for patienter med hoftenære brud. Dette program med tilhørende kliniske retningslinier beskriver et optimalt set-up fra indlæggelse til udskrivelse. Dette program følges af sygehuse i det tidligere Vejle Amt (Vejle og Kolding).

Patientforløbene på sygehuse er illustreret i bilag. Heraf ses, at patientforløbene organisatoriske er meget ens. Den væsentligste forskel vedrører "interne" flytninger efter operation med henblik på genoptræning. På nogle sygehuse indgår "interne" flytninger som er en del af patientforløbet, mens patientforløbet på andre sygehuse forbliver på én matrikel indtil patienten er færdigbehandlet. Nedenfor er nævnt de sygehuse, hvor der sker "interne" flytninger mellem matrikler inden for sygehuse:

- på Sydvestjysk Sygehus overflyttes nogle patienter fra Esbjerg til Grindsted eller Varde, hvis de ikke kan udskrives 7. eller 8. dag
- på OUH overflyttes nogle patienter fra Odense til Middelfart
- på Vejle Sygehus overflyttes nogle patienter fra Vejle til Give, hvis de ikke kan udskrives 1. eller 2. dag.

4. Fremtidens gode patientforløb

Der er tale om akutte patienter som oftest indbringes til sygehuse uden forudgående lægelig visitation. Disse patienter må derfor i fremtiden forventes kun at skulle indbringes til akutsygehuse, hvor der forudsættes at man vil kunne håndtere alle (de allerfleste) patienter, uafhængigt af f.eks. ASA gruppe

Patienterne er karakteriseret ved at være ældre og ofte fragile, ofte med flere konkurrerende medicinske lidelser. Der er almen enighed om at operation (af morbiditetshensyn) bør foretages inden for senest et døgn og at patienterne forinden bør være medicinsk/anæstesiologisk velforberedte. Der skal således være kapacitet til at kunne operere indenfor et døgn og til at sikre denne præoperative udredning og forberedelse. Der må i fremtiden forventes flere indgreb af alloplastikkarakter, idet anbefalingerne vedrørende operationsmetode ændres i disse år (fra hovedsageligt at anbefale osteosyntese til i højere grad at anbefale hemi- eller totalalloplastik), hvorfor der også skal være den tilstrækkelige flowstue-kapacitet.

Den præoperative smertebehandling bør være multimodal og foregå efter en fast procedure. Det er ikke endnu afklaret præcist hvilket smertebehandlingsregime der er det optimale.

Efter operation skal der iværksættes hurtig mobilisering (indenfor timer).

Overflytning af patienterne til andre sygehuse i forløbet findes ikke hensigtsmæssigt. Dels skaber det kontinuitetsbrud, dels forlænger det indlæggelsestiden og med sikkerhed øges antallet af arbejdsprocesser (transaktioner).

Der er tillige enighed om at efterforløbet bør bygge på en tværfaglig rehabiliteringsproces (beskrevet i et forløbsprogram der gerne dag for dag beskriver forløbet). Herved sikres også at der sammenhæng mellem vores, patienternes, de pårørendes og primærsektorens forventninger til forløbet).

Det synes endnu ikke afklaret om overflytning til geriatrisk afdeling bør anbefales. Hvorimod der er enighed om at geriatrisk medvirken i efterforløbet har god effekt.

Elementer fra "joint-care" principperne kan og bør appliceres også på denne patientgruppe.

Der er tale om så stor en patientgruppe at der bør kunne allokeres særskilte rammer og dedikeret personale til den tværfaglige primære rehabiliteringsopgave. Terapiaktiviteter bør være en integreret del af afdelingen.

Det er forsøgt at anvende patienthotel til denne gruppe af patienter. Gevinsten har været marginal, idet der er tale om en relativ intensiv rehabiliteringsopgave, med behov for døgnobservation i indlæggelsesforløbet.

I forløbet skal der indarbejdes rutiner for præ- og postoperativ smertebehandling, tromboseprofylakse, antibiotikaproylakse, ilt-terapi og overvejelser vedrørende osteoporoseprofylakse.

Med henblik på at skabe et glidende forløb, bør der også være en klar aftale med kommunerne vedrørende hjemtagning og fortsat rehabilitering i primærregi.

Der er uenighed om behovet for kontrolbesøg. Det synes dog hensigtsmæssigt med mindst en kontrol på sygehuset (hos læge eller fysioterapeut) alene af den grund at patientgruppen er så stor, at der er behov for løbende vurdering og beskrivelse af muligheder for justering af indsatsen. Samtidig er en stor del af patienterne præget af kognitive lidelser der betyder at problemer ikke nødvendigvis medfører henvendelse.

Såfremt der sikres optimale forhold skønnes det at liggetiden kan holdes på mellem 8 og 10 dage som gennemsnitsbetragtning.

4.1 Overvejelser vedr. omlægning og mulighed for accelereret forløb

Aktivitetsopgørelsen fra tidligere afsnit viste, at der er en forskel i de gennemsnitlige liggetider på godt 6 dage mellem det sygehus, der har den laveste liggetid (SHS: 9,5 dage) og det sygehus, der har den længste liggetid (SHF: 15,8 dage).

Hvis man ser på de gennemsnitlige liggetider på sygehusene, ses, at Sygehus Sønderjylland har den korteste gennemsnitlige liggetid 9,5 dage, hvilket er inden for det interval på 8 – 10 dage, som gruppen vurderer at være en realistisk målsætning som gennemsnitsbetragtning.

Hvis alle sygehusenes gennemsnitlige liggetider reduceres til 9,5, vil der på regionsniveau være et potentiale i form af reducerede sengedage på 15% på regionsniveau.

Som det ses nedenfor, vil dette potentiale være forskelligt fra sygehus til sygehus.

Sygehus	DRG 0818 + DRG 0822 Aktionsdiagnose: DS70, DS71, DS72	2007	Gns. liggetid som SHS	Potentiale Sengedage	Potentiale i %
Kolding-Fredericia	Indlæggelser	152	152		
	Sengedage	1946	1444	502	26%
	Gennemsnitlig liggetid – sygehus	12,8	9,5		
OUH	Indlæggelser	649	649		
	Sengedage	6555	6166	389	6%
	Gennemsnitlig liggetid – sygehus	10,1	9,5		
Sydvestjysk Sygehus	Indlæggelser	373	373		
	Sengedage*	4025	3544	481	12%
	Gennemsnitlig liggetid – sygehus	10,79	9,5		
Sygehus Fyn	Indlæggelser	258	258		
	Sengedage	4051	2451	1600	39%
	Gennemsnitlig liggetid – sygehuse	15,7	9,5		
Sygehus Sønderjylland	Indlæggelser	462	462		
	Sengedage	4389	4389	0	0%
	Gennemsnitlig liggetid – sygehus	9,5	9,5		
Vejle-Give	Indlæggelser	205	205		
	Sengedage	2624	1948	677	26%
	Gennemsnitlig liggetid – sygehus	12,8	9,5		
	Sengedage i alt	23589		3648	15%

* incl. sengedage Rehab Varde

Der er i ovenstående opgørelse alene set på gennemsnitlige liggetider. Der er ikke set på kvalitative aspekter som eksempelvis efterlevelse af NIP-standarder. Reduktion i gennemsnitlige liggetider skal kunne gennemføres under forudsætning af, at kvaliteten kan opretholdes.

5. Konklusioner og anbefalinger vedr. fremtidens gode patientforløb for ortopædkirurgiske patienter

Projektgruppen har - på baggrund af beskrivelsen af gode patientforløb for patienter med hoftenære brud (denne rapport) og beskrivelsen af gode patientforløb for patienter der får foretaget hoftealloplastikker – haft en generel drøftelse af fremtidsscenarier, der relaterer sig til dimensionering og indretning af fremtidens sygehuse for ortopædkirurgiske patienter. Konklusionerne og anbefalingerne er sammenfattet nedenfor:

Fælles akut modtagelse

Alle akutte ortopædkirurgiske patienter vil – som hovedregel – blive modtaget i akutsygehusets fælles akutmodtagelse. Den fælles akutmodtagelse tænkes ikke indrettet med en-sengsstuer, men i stedet med flere senge i samme rum (evt. med skydevægge mellem sengene) idet en sådan indretning giver god mulighed for observation og central overvågning.

Der bør være "mini"-laboratorie og "mini"-røntgen m. scannere i direkte fysisk tilknytning til akut modtagelsen.

Der bør være mulighed for at foretage akutte operationer i den fælles akutte modtagelses traumerum.

Behandlingsfaciliteter

Den store volumen i ortopædkirurgien tilsiger, at ortopædkirurgien på akutsygehusene organiseres med "egne" operationsfaciliteter både til akut og elektiv kirurgi, herunder eventuelt også ambulante kirurgi. Der er visse driftsmæssige gevinster ved at have den akutte og den elektive kirurg samlet på samme matrikel.

Der bør indrettes flow-stuer på alle matrikler.

Opvågning og intermedieafsnit

Der vil fortsat være behov for opvågningsafsnit til ortopædkirurgiske og andre kirurgiske patienter af hensyn til en tæt postoperativ observation. Det kan overvejes, om disse senge kan etableres i tæt tilknytning til den fælles akut modtagelse – fælles for alle specialer.

Genoptræning og sengeafsnit

Genoptræning/mobilisering startes for langt de fleste patienter 1. postoperative dag – og bør foregå alle ugens syv dage. Det er afgørende, at sengeafsnittene særligt til ortopædkirurgiske patienter indrettes således, at de fysiske rammer understøtter mulighederne for genoptræning eksempelvis med aktivitetsrum i direkte tilknytning til sengeafdelingens opholdsrum og gode udendørs faciliteter. Genoptræning af ortopædkirurgiske patienter bør være en integreret del af opholdet i sengeafsnittet.

Indretning af en-sengsstuer betyder, at m2 på indretning af samtale-rum, undersøgelsesrum og EPJ-rum på sengeafsnittene kan "spares", idet disse aktiviteter kan foregå på patientens sengestue.

Det anbefales, at nybygning og udbygning af fremtidens sygehuse sikrer, at der skabes tilstrækkelig fysisk kapacitet til, at hele patientforløbet kan foregå på samme matrikel, idet det ikke findes hensigtsmæssigt hverken ud fra et patienthensyn eller et driftsmæssigt hensyn at overflytte patienterne til andre sygehuse i forløbet. Dels skaber det kontinuitetsbrud, dels forlænger det indlæggelsestiden og med sikkerhed øges antallet af arbejdsprocesser (transaktioner).

Joint care

Joint care konceptet stiller særlige krav til den fysiske indretning af sygehusene, idet der – i takt med at konceptet udbredes til stadig flere patientgrupper - i højere grad bliver behov for store (møde)lokaler med plads til afholdelse af patientseminarer og informationsmøder og gode lokaler/faciliteter til bespisning af patienterne.

Personale

Det vil i stigende grad blive vanskeligt at rekruttere personale, derfor er det vigtigt at der i forhold til rekruttering og fastholdelse af personale indtænkes gode fysiske forhold for personalet.

Dimensionering

Erfaringerne viser, at systematisk arbejde med optimering af patientforløb reducerer liggetiderne – og der vil fortsat være potentiale herfor. Herudover vurderes det, at kommunerne i fremtiden vil overtage mere og mere af genoptræningen af især de ældre patienter, hvilket ligeledes vurderes at reducere sengebehovet.

Hovedmekanismerne i forhold til den fremtidige ortopædkirurgiske patient vurderes at være:

1. Mere ambulante behandling og mindre stationær behandling
2. Flere accelererede forløb
3. Omlægning fra stationær til ambulante behandling
4. Omlægning fra akut til subakut behandling

Alt i alt vurderes den ortopædkirurgiske aktivitet på lang sigt at skulle anvende 70% af den nuværende sengekapacitet – under forudsætning af, at de ambulante faciliteter udbygges væsentligt.

Bilag – projektgruppe

Formand	OUH/Svendborg	Jens Peter Steensen	Direktør
Sekretær	Sundhedstaben, Region Syddanmark	Helene Vestergaard	Chefkonsulent
Medlemmer	Kolding, Ortopædkirurgisk afdeling	Steen A. Schmidt	Ledende overlæge
	Vejle, Ortopædkirurgisk afdeling	Dorthe T. Lund	Oversygeplejerske
	Vejle, Anæstesiologisk afdeling	Hans Mandø	Overlæge
	Odense, Ortopædkirurgisk afdeling O	Niels Dieter Röck	Ledende overlæge
	Odense, Ortopædkirurgisk afdeling O	Marianne Lundegaard	Oversygeplejerske
	Odense, Terapien	Annie Hornemann-Helms	Ledende fysioterapeut
	Middelfart, Anæstesiologisk afdeling	Tommy Grøndal Nielsen	Overlæge
	Svendborg, Geriatrisk afdeling	Søren Jakobsen	Overlæge
	Svendborg, Ortopædkirurgisk afdeling	Henrik Noer	Ledende overlæge
	SHS, Aabenraa, Ortopædkirurgisk afd.	Marianne Breddam	Overlæge
	SHS, Aabenraa, Ortopædkirurgisk afd.	Helle Overgaard	Oversygeplejerske
	SHS, Sønderborg, Terapien	Kinne Møller Sørensen	Fysioterapeut
	SVS, Ortopædkirurgisk afdeling	Per Riegels-Nielsen	Overlæge
	SVS, Ortopædkirurgisk afdeling	Lene Eg	Ledende oversygeplejerske
	SVS, Ortopædkirurgisk afdeling	Jane Birkebæk	Kl. sygeplejelære
	Praksis	Martin Munk	Prak. læge, praksiskonsulent OUH

Bilag - patientforløb

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark