

# **Notat om udgående og rådgivende funktion fra det højt specialiserede niveau samt udgående og rådgivende apopleksiteams**

## **1. Baggrund**

Sundhedsstyregruppen ønskede at ensrette de udgående apopleksiteams jf. de generelle principper for udgående og rådgivende funktioner. Opgaven blev udvidet i forbindelse den faglige og kapacitetsmæssige gennemgang af neurologien i Region Midtjylland i 2019, hvor der var et ønske om at se på muligheden for at tilbyde en udgående og rådgivende funktion fra det højt specialiserede niveau, jf. kommissoriet.

Dette notat beskriver de overvejelser, der ligger til grund for den foreslåede fælles model for udgående og rådgivende apopleksiteams i Region Midtjylland.

## **2. Opgaver givet i kommissoriet**

Arbejdsgruppen fik følgende opgaver:

- A. Afklare behov for udgående og rådgivende funktion fra hovedfunktionsniveauet
- B. Komme med anbefaling til model og relevante målgrupper for udgående og rådgivende funktioner
- C. Vurdere, hvad der er den mest relevante og effektive måde lave de udgående og rådgivende funktioner på ift. f.eks. merværdi for patienterne relativt ift. øget brug af telemedicin
- D: Belyse de økonomiske konsekvenser ved en anbefalet model kontra situationen i dag
- E: Afklare behov for udgående og rådgivende funktion fra det højt specialiserede niveau

Punkt A-D omhandler APO-teams, mens punkt E omhandler udgående og rådgivende funktion fra det højt specialiserede niveau.

### **A. Afklare behov for udgående og rådgivende funktion fra hovedfunktionsniveauet:**

I forbindelse med neurologiplanen i 2012 blev der oprettet udgående og rådgivende apopleksiteams i de 5 klynger i Region Midtjylland. De 5 klynger har på nuværende tidspunkt udarbejdet hver sin samarbejdsaftale. Etableringen af de udgående apopleksiteams var og er fortsat en nødvendighed for at kunne opretholde de accelererede forløb for apopleksipatienter, som visiteres til hovedfunktionsniveau samt det store patientflow på de akutte apopleksiafsnit.

### **Sammenligning af de nuværende apopleksiteams i de 5 klynger:**

Det er fælles for de 5 apopleksiteams, at de varetager hospitalsopgaver i borgerens eget hjem og koordinerer overgangen mellem hospital og kommune. Apopleksiteamet varetager opfølgning i form af telefonkonsultation og/eller hjemmebesøg.

Tabel 1: Sammenligning af de fem APO-teams.

	<b>Horsens-klyngen</b>	<b>Midt-klyngen</b>	<b>Randers-klyngen</b>	<b>Vest-klyngen</b>	<b>Aarhus-klyngen</b>
<b>Målgruppe</b>	Akutte apopleksi-patienter 18+ år  TCI patienter	Akutte apopleksi-patienter 18+ år	Akutte apopleksi-patienter 18+ år  TCI patienter	Akutte apopleksi-patienter 18+år	Akutte apopleksipatienter 65+år
<b>Opgaver</b>	Følger op på patienter udskrevet fra Stroke, AUH  Følger op på patienter udskrevet fra hovedfunktions-senge på Medicinsk Afdeling, RH Horsens	Følge op på patienter udskrevet fra Stroke, AUH og akut apopleksiafsnit, HEV  Apo-teamet varetager opgaver i f.t. hovedfunktions-senge i Neurologi, RH Viborg, men ptt afsluttes på hospitalet.	Følger op på patienter udskrevet fra akut apopleksiafsnit Stroke, AUH  Følger op på patienter udskrevet fra hovedfunktions-senge på Medicinsk Afdeling, RH Randers  Følge-hjem ordning fra hovedfunktions-senge	Følger op på patienter fra akut apopleksiafsnit, HEV	Følger op på patienter udskrevet fra Stroke og Ældresygdomme AUH
<b>Bemanding</b>	Der er tilknyttet fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske og læge	Der er tilknyttet fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske og læge	Der er tilknyttet fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske og læge	Der er tilknyttet fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske og læge	Der er tilknyttet fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske og læge
<b>Organisering af APO-teams</b>	Medicinsk Afdeling, RH Horsens, frem til maj 2020	Neurologisk Afdeling, HEM	Medicinsk Afdeling, RH Randers, frem til maj 2020	Neurologisk Afdeling, HEV	Ældresygdomme, AUH

Den primære forskel mellem de nuværende apopleksiteams er, at apopleksiteams i Horsens- og Randers-klyngerne følger op på TCI-patienter, hvilket de øvrige apopleksiteams ikke gør.

Derudover er det en primær forskel, at apopleksiteams i Midt- og Vest-klyngerne overvejende følger op på patienter, som udskrives fra akutfunktionerne, mens de 3 andre apopleksiteams også følger op på patienter, som udskrives fra hovedfunktionssenge.

Den model, som er aftalt på nuværende tidspunkt i Midtklyngen, hvor patienter hurtigt overdrages til kommunerne med minimalt overlap mellem regionale og kommunale funktioner, forudsætter, at apopleksiteamet er tæt tilknyttet hovedfunktionssengene, at der er et tæt og koordineret samarbejde mellem hospital og kommuner, og at kommunerne har de nødvendige neurofaglige kompetencer.

## **B. Anbefaling til model og relevante målgrupper for udgående og rådgivende funktioner:**

Vedlagt notatet er udkast til en fælles samarbejdsaftale for udgående og rådgivende apopleksiteams i Region Midtjylland.

Kernen i den fælles samarbejdsaftale er:

- Samarbejdsaftalen omfatter patienter med apopleksi på hovedfunktionsniveau, som udskrives fra akut apopleksiafsnit i Hospitalsenheden Vest eller Aarhus Universitetshospital
- APO-teamet varetager ikke-afsluttede hospitalsopgaver i borgerens eget hjem efter udskrivelse fra hospitalet
- De udgående og rådgivende apopleksiteams skal være tværfagligt sammensat, og skal som minimum bestå af læge (neurolog/geriater), fysioterapeut, ergoterapeut og sygeplejerske med stor neurofaglig viden. Ved behov skal de udgående og rådgivende teams kunne indhente rådgivning eller henvise patienten til andre faggrupper, eksempelvis diætist, logopæd eller neuropsykolog
- Klyngerne afholder audit en gang årligt for at sikre kvaliteten i indsatsen
- Klyngerne evaluerer en gang årligt det tværsektorielle samarbejde
- Der er mulighed for at udvide modellen lokalt

Der er i udkastet til den fælles samarbejdsaftale taget højde for en anbefaling fra arbejdsgruppen om, at aftalen alene bør dække patienter/borgere med akut apopleksi på hovedfunktionsniveau. Denne anbefaling hænger sammen med, at borgere med akut apopleksi på hovedfunktionsniveau typisk har ganske korte indlæggelser inden udskrivning til eget hjem eller en kommunal døgnplads.

Der kan være enkelte patienter fra de øvrige grupper, der er omfattet af forløbsprogrammet for voksne med erhvervet hjerneskade, som også kan profitere af opfølgning fra et udgående og rådgivende apopleksiteam, men det bør, såfremt det skønnes nødvendigt, formuleres i supplerende lokale aftaler.

Den fælles model lægger overvejende op til en fælles model i forhold til patienter, som udskrives fra de akutte apopleksiafsnit på Regionshospitalet Holstebro og Aarhus Universitetshospital.

Arbejdsgruppen har på nuværende tidspunkt ikke været i stand til at beskrive en fælles model for opfølgning af de patienter, hvor komorbiditet og komplikationer har fordret behandling og rehabilitering under indlæggelse i en hovedfunktionsseng. Dette dels grundet de organisatoriske forandringer, der er på vej i forhold til hovedfunktionssenge på Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitetshospital og dels grundet forskelle i den regionale og kommunale organisering. Arbejdsgruppen anbefaler, at det aftales lokalt i klyngerne i hvilket omfang, det udgående og rådgivende apopleksiteam skal følge op på patienterne/borgerne, som udskrives efter rehabilitering under indlæggelse på hovedfunktionsniveau (en hovedfunktionsseng).

Udskrivningen af apopleksipatienter følger de generelle regler for udskrivning, som er aftalt mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen. APO-teamet knyttes som noget særligt til udskrivningen af disse patienter.

Modellen er baseret på de principper for udgående funktioner, som Sundhedsstyregruppen har godkendt:

1. Modellen er målrettet borgere med et særligt behov – patienter med apopleksi, som kan udskrives hurtigere, når de bliver tilknyttet APO-teamet.
2. Modellen sikrer, at patienterne behandles på det rette specialiseringsniveau.
3. Modellen beskriver anvendelsen af telemedicin – telemedicin anvendes i det omfang, det giver mening i de enkelte patientforløb.

4. Modellen beskriver, hvordan hospitaler og kommuner samarbejder om at udvikle modellen – klyngerne evaluerer modellen en gang årligt.
5. Kompetenceudvikling – modellen beskriver behovet for fortsat udvikling af samspillet mellem hospital, kommuner og almen praksis og opruste på rådgivning, kompetenceudvikling, relationer og tilgængelighed. De udgående funktioner bør derfor, hvor det er relevant, tjene et rådgivende og kompetenceudviklende formål. Det betyder, at de udgående funktioner også kan have en superviserende eller undervisende funktion, og at der f.eks. indgår medarbejderrotation eller delestillinger. Kompetenceudvikling går begge veje – dvs. både fra hospital til kommuner og almen praksis og modsat. Den undervisende funktion kan også være for borgeren, således at borgere og pårørende indgår som en aktiv part i eget forløb.
6. Udgående funktioner skal bygge på evidensbaseret viden – udgående funktioner skal bygge på eller generere evidensbaseret viden. Etablering og udvikling af udgående funktioner skal bygge på tilgængelig viden eller være med til at generere ny viden. Der findes i øjeblikket meget få konkrete evalueringer af udgående funktioner. Der er brug for at styrke viden og tværsektoriel forskning om de udgående funktioner – hvordan tilrettelægges tilbuddene bedst med størst mulig effekt for borgerne. I dette arbejde skal der så vidt muligt inddrages effektmål relateret til både borgeren, faglig kvalitet og økonomi samt tages afsæt i de fælles nationale mål for sundhedsvæsenet.

### **C. Vurdering af hvad der er den mest relevante og effektive måde lave de udgående og rådgivende funktioner på ift. f.eks. merværdi for patienterne relativt ift. øget brug af telemedicin:**

Arbejdsgruppen har drøftet muligheden for at levere tilbuddet fra apopleksiteamet via telemedicin. Arbejdsgruppen konkluderer, at mange af apopleksiteamets ydelser kan leveres telemedicinsk og, at dette allerede anvendes i vid udstrækning. Indsatsen fra apopleksiteamet vil dog i mange tilfælde fordrer et møde med borgeren, og muligheden for at foretage observationer af borgeren i eget hjem. Det er derfor ikke relevant udelukkende at basere tilbuddet på telemedicin.

Telemedicin kan anvendes indenfor disse fire områder:

- Faglig rådgivning
- Rådgivning i hjemmet, særligt ved de pårørende, som bor langt væk fra patienten
- Udskrivningskonferencer
- Telerehabilitering i hjemmet, som kan være et supplement til fysisk kontakt

Konkrete tiltag på det telemedicinske område aftales bilateralt mellem hospitalet og kommunen.

### **D. Belysning af de økonomiske konsekvenser ved en anbefalet model kontra situationen i dag:**

Den model for udgående og rådgivende apopleksiteams, som er beskrevet i samarbejdsaftalen, lægger sig tæt op ad de modeller, som allerede er etableret i klyngerne. Den nye model adskiller sig ved, at den skaber grundlag for et tættere samarbejde mellem hospitalet og kommunen om sikring af kvaliteten af patientforløbet, og at den beskriver, hvordan parterne følger op på samarbejdsaftalen. Som følge heraf er det ikke forventningen, at modellen medfører øgede udgifter for hverken region eller kommuner, eller skaber opgaveglidning.

### **E. Afklare behov for udgående og rådgivende funktion fra det højt specialiserede niveau:**

Arbejdsgruppen har også behandlet den i kommissoriet stillede opgave i forhold til udgående og rådgivende funktioner fra det højt specialiserede niveau, Hammel Neurocenter.

Arbejdsgruppen er ikke nået frem til en anbefaling vedr. udgående og rådgivende funktion fra det højt specialiserede niveau. Dette begrundes i følgende:

- Der er behov for en nærmere afdækning af indhold og målgruppe for en sådan funktion
- De økonomiske omkostninger ved en udgående funktion skal kortlægges, således at behov, udbytte og omkostninger kan sættes i forhold til hinanden
- Der er behov for at afvente resultaterne fra det nationale puljeprojekt "Udgående funktion fra sygehuse med højt specialiseret funktion i neurorehabilitering", 2018-2020, og disse bør indgå i det videre arbejde

Arbejdsgruppen anbefaler, at der arbejdes videre med dette i andet regi, efter resultater fra ovenstående projekt foreligger.

### **3. Perspektivering**

Gruppen har følgende overvejelser om fremtidige indsatser:

- Klyngerne bør overveje, hvordan de fremadrettet organiserer sig således, at den samlede opgave løses efter LEON og med fokus på sammenhængende forløb for patienterne/borgerne af høj kvalitet
- Klyngerne bør overveje, om de vil iværksætte fælles kompetenceudvikling, eksempelvis i form af fælles skolebænk eller udveksling
- Klyngerne kan indgå lokale aftaler om en udvidelse af patientgruppen. I så fald skal klyngen dele sine erfaringer med de andre klynger med henblik på at udbrede indsatsen regionalt
- Det bør overvejes, om aftalen på sigt kan udvikles til også at omfatte patienter, som udskrives fra hovedfunktionssengene
- Denne samarbejdsaftale bør integreres i kommende samarbejdsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade
- Forud for udarbejdelse af en samarbejdsaftale om udgående og rådgivende funktion fra det højt specialiserede niveau, kan der med fordel udarbejdes en kortlægning af eksisterende tilbud og efterspørgsel, inklusiv økonomiske beregninger, således at en ny arbejdsgruppe sikres et fælles grundlag for at kunne pege på anbefalinger