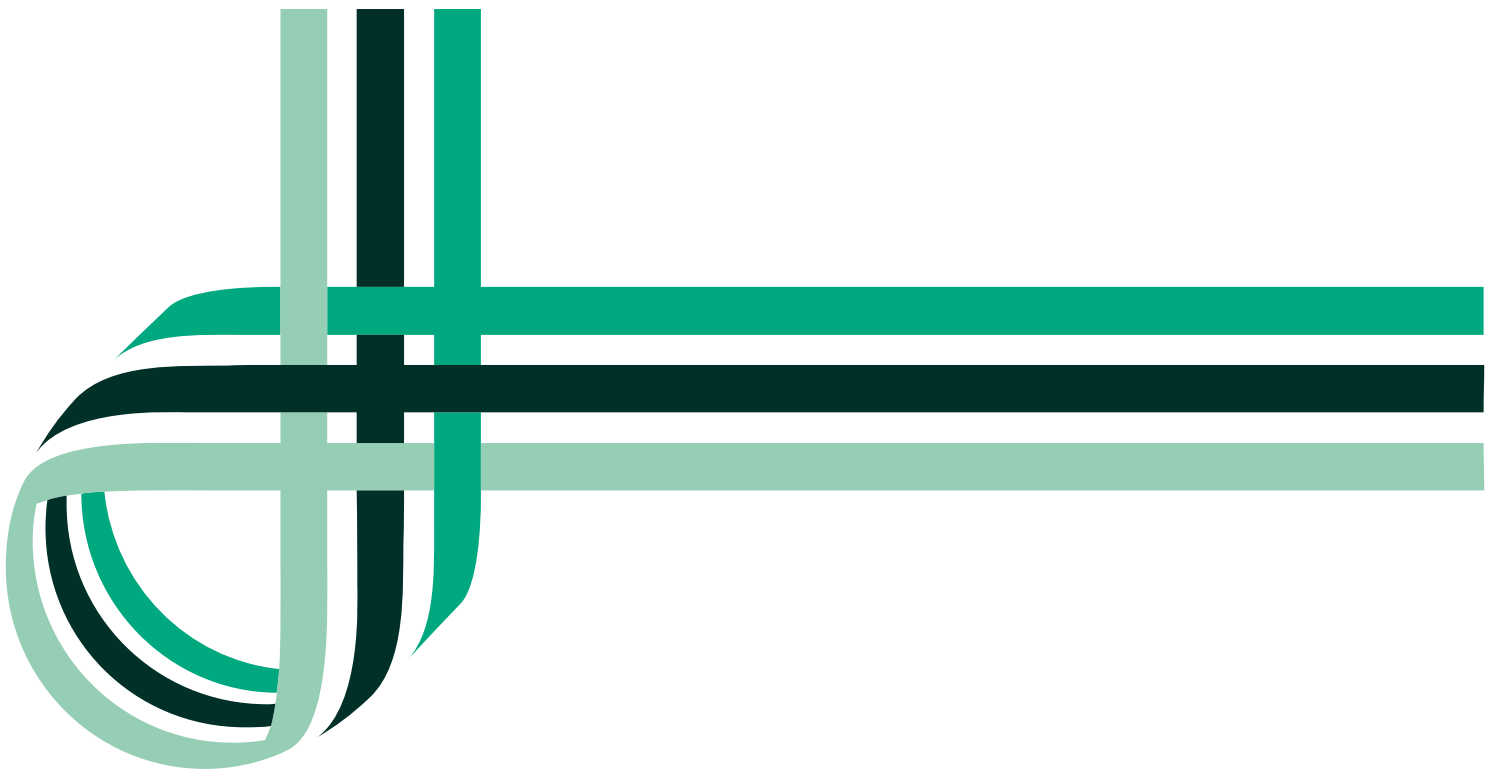


Apopleksiteams i Region Midtjylland - Udgående og rådgivende funktion for borgere med apopleksi på hovedfunktionsniveau

Samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen



Indholdsfortegnelse

1. Baggrund	3
2. Formål.....	3
3. Målgruppe	4
3.1. Definition hovedfunktionsniveau	4
4. Udgående og rådgivende apopleksiteams	5
5. Opgaver.....	5
5.1. Apopleksiteams opgaver.....	6
5.2. Kommunens opgaver	7
6. Kvalitetssikring af patientforløb.....	7
7. Evaluering af samarbejdet	8
8. Implementering	9
9. Referencer	9

1. Baggrund

I forbindelse med omlægningen af den regionale neurologi i 2012 blev det politisk besluttet, at der i hver klynge skulle oprettes udgående regionale apopleksiteams. Patienter/borgere med nyopstået apopleksi, som blev visiteret til hovedfunktionsniveau, skulle efter omlægningen udskrives tidligere til videre rehabilitering i eget hjem eller på kommunal døgnplads; og de regionale apopleksiteams skulle være med til at understøtte og sikre en god overgang fra hospitalet til kommunen.

I efteråret 2017 godkendte Sundhedsstyregruppen fælles principper for udgående og rådgivende funktioner¹. Sundhedsstyregruppen bad samtidig klyngerne vurdere eksisterende udgående funktioner ud fra principperne. Flere klynger pegede i den forbindelse på, at det kunne være relevant at se nærmere på og videreudvikle de eksisterende tilbud til borgere, der har haft en apopleksi, med henblik på at sikre en mere ensartet model for de udgående og rådgivende regionale apopleksiteams i alle klynger. Sundhedsstyregruppens formandskab besluttede efterfølgende at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på udarbejdelse af en fælles model for udgående og rådgivende funktion for borgere med apopleksi.

Samarbejdsaftalen beskriver udgående og rådgivende funktion for borgere med apopleksi visiteret til hovedfunktionsniveau og er baseret på de principper for udgående funktioner, som Sundhedsstyregruppen har godkendt.

2. Formål

Det overordnede formål med samarbejdsaftalen og den fælles model er at sikre ensartede, velkoordinerede og effektive forløb på tværs af sektorerne i Region Midtjylland for patienter/borgere med apopleksi, som udskrives direkte fra de akutte apopleksiafsnit til eget hjem eller midlertidig plads i kommunalt regi. Modellen understøtter således det nære sundhedsvæsen.

Målet med samarbejdsaftalen og den fælles model er at sikre et fælles grundlag for samarbejdet på tværs af sektorerne. Derudover er målet:

- At patienten/borgeren og eventuelle pårørende oplever, at indsatsen er sammenhængende og koordineret
- At indsatsen foregår uden unødige forsinkelser og med udgangspunkt i en individuel plan udarbejdet på baggrund af patientens behov og forudsætninger
- At opgaverne varetages på det rette specialiseringsniveau

¹ Notat om principper for udgående og rådgivende funktioner, godkendt af Sundhedsstyregruppen den 6. september 2017:

<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/sundhedsstyregruppen/060917/bilag-1-pkt.-5.pdf>
Model for principper for udgående og rådgivende funktioner:

<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/sundhedsstyregruppen/060917/bilag-2-pkt.-5.pdf>

- At sektorerne sikrer kvalitet i det samlede patientforløb jf. regionale og nationale kvalitetsmål samt Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade²

Gældende rammeaftaler, lovbekendtgørelser samt Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens vejledninger og anbefalinger skal til enhver tid følges.

3. Målgruppe

Målgruppen for samarbejdsaftalen er patienter/borgere med akut apopleksi³ på hovedfunktionsniveau, som udskrives direkte fra de akutte apopleksiafsnit til eget hjem eller midlertidig plads i kommunalt regi, og hvor det akutte apopleksiafsnit vurderer, at patienten har behov for opfølgning ved apopleksiteamet

Samarbejdsaftalen beskriver, hvilke krav hospitalerne og kommunerne som minimum skal opfylde. Klyngerne kan lokalt aftale eksempelvis at lade samarbejdsaftalen omfatte patienter med transitorisk cerebral iskæmi (TCI) og patienter udskrevet efter rehabilitering under indlæggelse på hovedfunktionsniveau.

3.1. Definition hovedfunktionsniveau

Hovedfunktionsniveauet er et af de tre specialiseringsniveauer i forhold til specialeplanen for neurologi. De andre specialiseringsniveauer er regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. For nærmere definition af niveauerne, se: Høringsudkast "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" s 69.

I høringsudkast til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" defineres hovedfunktionsniveauet på følgende måde:

Begrænset (let til moderat) kompleksitet. Endvidere kan det dække patienter, hvor der vurderes at være et ringe rehabiliteringspotentialer pga. væsentligt nedsat fysisk og mental funktionsevne før den aktuelle hjerneskade er opstået

- *Den almene tilstand er stabil*
- *Lette til moderate sensomotoriske funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden*
- *Lette funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder dysartri og afasi, hvor der ikke er behov for samtalestøtte*

2 Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade.

3 Definition Apopleksi:

- Pludseligt indsættende fokal-neurologiske udfald over 24 timers varighed forårsaget af forstyrrelser i hjernens blodcirkulation (WHO).
- Ved varighed <24 timer bruges betegnelsen transitorisk cerebral iskæmi (TCI). De fleste TCI varer mindre end 1 time.

Kilde: www.sundhed.dk

- *Lette kognitive og adfærdsmæssige funktionsnedsættelser, hvor der ikke er behov for ekstra sikkerhedsmæssige foranstaltninger ift. patientsikkerhed*
- *Lette funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. ernæring, herunder dysfagi*
- *Plejebehov varierende fra lille til moderat*
- *Indlæggelsesvarigheden er oftest kort*

4. Udgående og rådgivende apopleksiteams

I Region Midtjylland er der apopleksiteams, som varetager den regionale udgående og rådgivende funktion til apopleksipatienter på hovedfunktionsniveau, som er bosat i de 19 midtjyske kommuner.

Fra og med den 1. maj 2020 er udgående og rådgivende apopleksiteams organisatorisk forankret i neurologien henholdsvis i Neurologi og Geriatri på Aarhus Universitetshospital, i Neurologi på Regionshospitalet Holstebro (HEV) og i Neurologi på Regionshospitalet Viborg (HEM).

Neurologi (HEM)	Neurologi (HEV)	Pr. 1.maj 2020 Neurologi (AUH)
<ul style="list-style-type: none"> • Apopleksiteam i Midtklyngen 	<ul style="list-style-type: none"> • Apopleksiteam i Vestklyngen 	<ul style="list-style-type: none"> • Apopleksiteam i Aarhusklyngen • Apopleksiteam i Randersklyngen • Apopleksiteam i Horsensklyngen

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 i regionalt regi.

5. Opgaver

Kommunerne og hospitalerne har et ligeværdigt samarbejde med særlig fokus på at skabe sammenhæng i forløbet for patienter/borgere. Kommunerne og hospitalerne inddrager personer med erhvervet hjerneskade og deres eventuelle pårørende systematisk i forbindelse med udredning af funktionsevne, udarbejdelse af

genoptræningsplan, planlægning af forløb og målsætning. Derudover skal kommunerne og hospitalerne have fokus på lighed i sundhed ved at tilpasse indsatsen til den enkelte patient/borger (differentierede indsatser) og understøtte den enkelte patient/borger i at styrke sine sundhedskompetencer. Kommunerne og hospitalerne skal tilbyde mere støtte og koordinering af indsatsen til de patienter/borgere, der har behov for dette, og de skal understøtte, at de patienter/borgere, der selv kan varetage og koordinere, får mulighed for dette⁴.

De udgående og rådgivende apopleksiteams har overordnet til opgave at følge op på behandlingen af alle patienter/borgere, som udskrives fra de akutte apopleksiafsnit i Aarhus (AUH) eller Holstebro (HEV), såfremt det akutte apopleksiafsnit vurderer, at der er behov for det.. De udgående og rådgivende apopleksiteams følger som minimum op med en telefonisk kontakt og ved behov foretages besøg hos patienten/borgeren.

Når apopleksiteamet afslutter patienten, overgår behandleransvaret til egen læge.

5.1. Apopleksiteams opgaver

De udgående og rådgivende apopleksiteams har en koordinerende rolle i patientens overgang fra hospital til kommunalt regi og har til opgave at:

- Følge op på behandling, rehabilitering og information givet under indlæggelsen på de akutte apopleksiafsnit.
- Varetage hospitalsopgaver, som ikke er afsluttet, når patienten udskrives fra det akutte apopleksiafsnit.
- Sikre og følge op på behandling af følgetilstande og komorbiditet til hjerneskaden eksempelvis forhøjet blodtryk, atrieflimren etc.
- Sikre og færdiggøre udredning af patientens funktionsevne, herunder sikre at der er taget stilling til genoptræningsbehov/-potentiale og eventuelt udarbejdet en genoptræningsplan.
- Vurdere eventuelt behov for hjælpemidler/behandlingsredskaber, som ikke er afdækket under indlæggelsen på de akutte apopleksiafsnit.
- Ved behov aftale overdragelsesmøde med kommunen og inddrage relevante interne og eksterne samarbejdspartnere på baggrund af patientens individuelle vurderede behov.
- Vejlede og rådgive patient, pårørende og personale i kommunen.
- Anvende telemedicin i det omfang, det er relevant i de enkelte patientforløb, eksempelvis ved faglig rådgivning, rådgivning til pårørende, udskrivningskonferencer og telerehabilitering i hjemmet som et supplement til fysisk kontakt.

Når patienten afsluttes fra det udgående og rådgivende apopleksiteam, overtager almen praksis behandlingsansvaret.

⁴ Sundhedsaftalen 2019-2023, side 5

Det udgående og rådgivende apopleksiteam sender i den forbindelse en epikrise til patientens praktiserende læge. Hvis patienten modtager eller skal modtage kommunale indsatser, sender apopleksiteamet en MedCom korrespondance til den kommunale myndighedsafdeling. MedCom korrespondancen skal indeholde kort konklusion på opfølgningen med angivelse af eventuelt afledte behov for kommunale indsatser/kommunal opfølgning, hvis dette ikke allerede er formidlet og iværksat ved udskrivelse fra det akutte apopleksiafsnit. Eventuelt genoptræningsbehov formidles via genoptræningsplan efter gældende vejledning og bekendtgørelse.

5.2. Kommunens opgaver

Kommunen har ansvaret for borgerens rehabiliteringsforløb efter udskrivning fra hospitalet.

Kommunen har følgende opgaver:

- Ved behov deltage med relevant personale i overdragelsesmøde med borger og apopleksiteam hos borgeren.
- Tildele en samlet og koordineret indsats og sikre inddragelse af relevante parter i rehabiliteringsforløbet, herunder sundhedsfaglig, socialfaglig og beskæftigelsesrelaterede indsatser.
- Iværksætte en genoptræningsindsats, hvis borgeren har modtaget en genoptræningsplan. På baggrund af genoptræningsplanen stratificerer kommunen borgeren til basalt eller avanceret niveau.
- Formidle og revurdere behov for hjælpemidler og give instruktion og vejledning i brugen heraf.
- Give en forebyggende indsats til borgeren og pårørende hvis der vurderes at være behov for dette.
- Løbende foretage sundhedsfaglig revurdering af borgerens funktionsevne og behov for indsatser, mens borgeren er i sit rehabiliteringsforløb.

6. Kvalitetssikring af patientforløb

For at sikre den overordnede kvalitet i patientforløbene på tværs af sektorer, hvor de udgående og rådgivende apopleksiteams er involveret, afvikles der en gang årligt en lokal tværsektoriel audit på følgende udvalgte målepunkter, som er ens for alle klynger:

Mål	Metode	Data-kilde
At patienten/borgeren og eventuelle pårørende oplever, at indsatsen er sammenhængende og koordineret	Patientperspektiv: Der anvendes data fra den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) for at afdække patientens/de pårørendes oplevelse af forløbet	LUP-rapporter: LUP-spørgsmål nr. 36: "Patienten oplever, at afdeling og kommunal pleje samarbejder om udskrivelse" LUP-spørgsmål 32: "Patienten er informeret om den videre plan for forløb, fx opfølgning/genoptræning"

At rehabiliteringsindsatsen foregår uden unødige forsinkelser og med udgangspunkt i en individuel plan udarbejdet på baggrund af patientens behov og forudsætninger	<p>Rehabilitering/genoptræning: Beskrivelse af genoptræningsbehovet: Det afdækkes, om borgernes genoptræningsbehov er tydeligt beskrevet i genoptræningsplanen.</p> <p>Rettidig opstart af indsatsen: Det afdækkes, at indsatsen er iværksat uden unødige forsinkelse.</p>	G-GOP i Midt EPJ Kommunernes journaliseringssystem.
At opgaverne varetages på det rette specialiseringsniveau	Rette specialiseringsniveau: Det vurderes, om borgeren er blevet mødt af de rette fagpersoner i forløbet; dvs. det rette stratificeringsniveau i kommunen og rette specialiseringsniveau på hospitalet.	Midt EPJ og kommunernes journaliseringssystem.
At sektorerne sikrer kvalitet i det samlede patientforløb jf. regionale og nationale kvalitetsmål samt anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade	Lokalt kan udvælges relevante målepunkter på baggrund af lokale fokusområder kommunale/regionale/nationale kvalitetsmål og anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade	Midt EPJ og kommunernes journaliseringssystem.

Der kan ved behov aftales supplerende målepunkter lokalt.

Deltagerne i audit kan eksempelvis være nøglepersoner fra APO-teamet og kommunerne.

Såfremt auditten viser behov for kvalitetsforbedrende indsatser, involveres de relevante ledelser. Som led i sikring af kvaliteten kan fælles skolebænk desuden anvendes som metode.

7. Evaluering af samarbejdet

Samarbejdet mellem de udgående og rådgivende apopleksiteam og klynge-kommunerne evalueres lokalt på mindst et årligt samarbejds møde. På mødet evalueres kommunikationsveje, overgangene i patientforløbet mellem hospital og kommune og

eventuelt uforudsete problemstillinger. Deltagerne i samarbejdsrådet kan eksempelvis være nøglepersoner fra APO-teamet og kommunerne.

Parterne forpligter sig endvidere til at henvende sig til hinanden ved uhensigtsmæssigheder i det enkelte patientforløb, så de fælles og samlede indsatser til stadighed sikres og udvikles til gavn for patienterne/borgerne samtidig med, at opgaverne varetages på lavest effektive omkostningsniveau.

8. Implementering

Samarbejdsaftalen implementeres via ledelsessystemet i kommunerne og på hospitalerne og de lokale klyngestyregrupper. Derudover offentliggøres samarbejdsaftalen i e-dok, på www.sundhedsaftalen.rm.dk.

Samarbejdsaftalen revideres efter behov, dog minimum i forbindelse med revision af Sundhedsaftalen.

9. Referencer

Følgende dokumenter ligger til grund for samarbejdsaftalen:

- "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade", Sundhedsstyrelsen, 2020
- "Principper for udgående funktioner i Region Midtjylland og tilbud om telefonrådgivning fra hospitaler til almen praksis og kommuner", 2017 (<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/sundhedsstyregruppen/060917/bilag-1-pkt.-5.pdf>)
- "Bærende principper for organisering af det neurologiske område i Region Midtjylland", 2011 (https://www.rm.dk/api/NewESDHBBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5CDagsordener%5CRegionsraadet%202013%5C26-10-2011%5CAaben_dagsorden&appendixId=22016)
- www.sundhed.dk, definition apopleksi (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/hjerte-tilstande-og-sygdomme/apopleksi-og-tia/apopleksi-og-tia-tci/>)

