

Udgående funktion fra sygehuse med højt specialiseret funktion i neurorehabilitering

Regionshospitalet Hammel Neurocenter tilbyder rådgivning om behandling, genoptræning og rehabilitering af borgere/patienter med erhvervet hjerneskade

Rådgivning til sundhedsfagligt personale

Hvad omfatter rådgivningen?

Rådgivningen er et tilbud til kommunalt ansat sundhedsfagligt personale og praktiserende læger der arbejder med borgere med erhvervet hjerneskade i Vest Danmark. Her kan du få rådgivning i komplicerede problemstillinger, der i særlig grad udfordrer håndteringen, behandlingen eller rehabiliteringen af borgeren. Rådgivning, sparring og vejledning kan foregå via telefon, videokonference eller ved udkørsel fra Hammel Neurocenter til kommunen. Tilbuddet omfatter ikke udredning og behandling af borgeren.

Såfremt der i forløbet skal udleveres personfølsomme oplysninger, skal den enkelte kommune sikre nødvendigt samtykke fra borger eller pårørende. Ved forløbets afslutning forventes det, at de involverede kommunale ansatte svarer på et kort elektronisk spørgeskema, ligesom der i forløbet løbende evalueres i samarbejde med Hammel Neurocenter. Der ydes begrænset økonomisk kompensation for den tid medarbejderne i kommunen bruger på forløbet.

Hvordan henvender jeg mig?

Fælles region Visitation kontaktes i dagtimerne 8.00 – 15.00 på tlf: 78 41 96 40 - find information om hvordan rådgivning igangsættes på www.neurocenter.dk

Du skal herefter udfylde et skema med oplysninger om, hvad der ønskes rådgivning og sparring omkring. Så vil vi kontakte dig med henblik på visitation til forløb og derefter planlægge forløbet i fællesskab. Alt kommunalt ansat personale og praktiserende læger kan henvende sig.

Hvorfor gives denne rådgivning?

Tilbuddet er et led i Sundhedsstyrelsens Pulje 4 projekt om »Udgående funktion fra sygehuse med højtspecialiseret funktion i neurorehabilitering«. Projektledelsen er forankret via Hammel Neurocenter i en tværsektoriel styregruppe, der repræsenterer Vest Danmark.

Formålet med projektet er at iværksætte forsøg med udgående funktion fra hospitaler med højtspecialiseret funktion i neurorehabilitering til kommuner med særligt på kommunal kompetenceudvikling. Projektet er skabt på baggrund af sundhedsstyrelsens servicetjek af hjerneskadeområdet i 2017. Projektet afsluttes ultimo 2020.

Hvordan finder jeg ud af mere?

Se mere på www.neurocenter.dk eller ved henvendelse til Jacob Ahlgreen Gram, projektleder og ledende ergoterapeut, sengeafsnit 3, Hammel Neurocenter. Telefon 78419907 | Mail jacola@rm.dk

Anbefalinger vedr. Neurorehab-Midt i henhold
til neurologiplanen 2020, Region Midtjylland

Neurorehab-Midt Visitation til neurorehabilitering i Region Midtjylland

Faglig følgegruppe for Neurorehab-Midt

Formænd for arbejdsgruppen:
Dorte Damgaard, AUH
Stubkjær Christensen, RHN

Indholdsfortegnelse

Baggrund	3
Neurologiplanen 2020 Region Midtjylland:	3
Formelle rammer for Neurorehab-Midt internt i RM.	3
Nationale retningslinjer	3
Regionale retningslinjer	4
Organisering og ledelsesansvar	4
Sengekapacitet.....	5
Rammer for modtagende afsnit	5
Neuro-kapacitets-konference	6
Visitationskriterier til indlæggelse til hospitalsbaseret neurorehabilitering	6
Visitationskriterier ved udskrivelse fra hospitalsbaseret neurorehab	6
Følgegruppen for Neurorehab-Midt i Region Midtjylland	7
Fælles Regional Visitations øvrige opgaver	7
Bilag 1: Arbejdsgang ved Neuro-kapacitets-konference	8
Deltagere	8
EPJ.	9
Klinisk logistik	9
Weekends og helligdage.	10
Bilag 2: Konferencemanual	11
Neurokapacitetskonference ledelse	11
Bilag 3: Indvisitation – generelle kriterier	12
Hovedfunktion:.....	12
Specialiseret funktion (højtspecialiseret eller regionsfunktion).	12
Eksklusionskriterier	12
Bilag 4: Kriterier for somatiske forhold i specialiseret neuro-rehabilitering	13
Generelt	13
Infektion.....	13
Cirkulatorisk	13
Respiratorisk.....	13
Renalt	13
Operationsfelter.....	13
Brudbehandling	13
Bilag 5 Beslutningsstøtte til vurdering af rehabilitering efter akutindlæggelse	14
Kriterier for neurorehabilitering vurderet på akut afsnit	14
Bilag 6 Beslutningsstøtte ved udvisitation	15
Kriterier for neurorehabilitering i kommunalt regi (se også bilag 7)	15

Bilag 7 Beslutningsstøtte til Genoptræningsplan og de kommunale niveauer	16
Bilag 8 FRVs øvrige driftsopgaver	17

Baggrund

Neurologiplanen 2020 Region Midtjylland:

Kort beskrivelse af tiltaget

Med henblik på at skabe et bedre patientflow på neurorehabiliteringsområdet blev der på en regional workshop i januar 2019 set et behov for at den specialiserede neurorehabilitering tænkes ind i det akutte flow, så patienter med behov for hospitalsbaseret neurorehabilitering oplever mindst mulig ventetid.

Dette stiller nye krav til den nuværende Fælles Regionale Visitation (FRV) og fordrer bl.a. at den har overblik over den samlede kapacitet og kan udnytte den fleksibelt. Det fordrer også, at den er bemannet og placeret, så den kan løse opgaven med at visitere til og – som noget nyt – også udskrive fra det specialiserede niveau f.eks. på baggrund af en vurdering af, at patienten vil have lige så godt eller bedre udbytte af et ophold på en hovedfunktionsplads. Tiltaget indebærer derfor, at Neurorehab-Midt også kommer til at omfatte neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau. Den nuværende FRV dækker neurorehabilitering på regionsfunktions- og højtspecialiseret niveau og herunder henvisninger fra øvrige regioner. Visitationen er placeret på Regionshospitalet Hammel Neurocenter og tænkes også fremadrettet placeret samme sted.

Udbygningen af Neurorehab-Midt skal ses i sammenhæng med øvrige tiltag, der sættes i gang for at reducere antallet af overgange, forbedre afdelingernes forudsætninger for at henvise patienter mere præcist, styrke det tværsektorielle samarbejde om patienten og øge kapaciteten til højtspecialiseret neurorehabilitering (jf. forslag 3, 4 og 5).

Formål

Den kommende Neurorehab-Midt skal:

- sikre den bedst mulige udnyttelse af den samlede kapacitet til hospitalsbaseret neurorehabilitering og herunder at neurorehabilitering sker på det lavest effektive omkostningsniveau
- svare til en kapacitetskonference og derved sikre at Regionshospitalet Hammel Neurocenter indgår i det akutte flow, så patienter med behov for hospitalsbaseret neurorehabilitering oplever mindst mulig ventetid. Dette fordrer, at udskrivninger planlægges tidligere i forløbet end i dag
- sikre at patienter med behov for hospitalsbaseret neurorehabilitering ikke udskrives til primær sektor
- medvirke til at forkorte liggetider og give et bedre patientflow
- sikre en fleksibel udnyttelse af kapaciteten til neurorehabilitering og fremme en mere ensartet udnyttelse af neurorehabiliteringssengene på hovedfunktionsniveau

Formelle rammer for Neurorehab-Midt internt i RM.

Højtspecialiseret: Neurorehab-Midt visiterer til behandling af højtspecialiserede patientforløb på matriklerne Hammel og Silkeborg.

Regionsfunktion: Neurorehab-Midt visiterer til behandling på regionsfunktion i Hammel, Skive og Lemvig.

Hovedfunktion: Neurorehab-Midt visiterer til hovedfunktion ved de tre neurologiske afdelinger i Region Midtjylland, og afdeling for ældresygdomme, AUH.

Nationale retningslinjer

Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade (gælder alle tre niveauer)

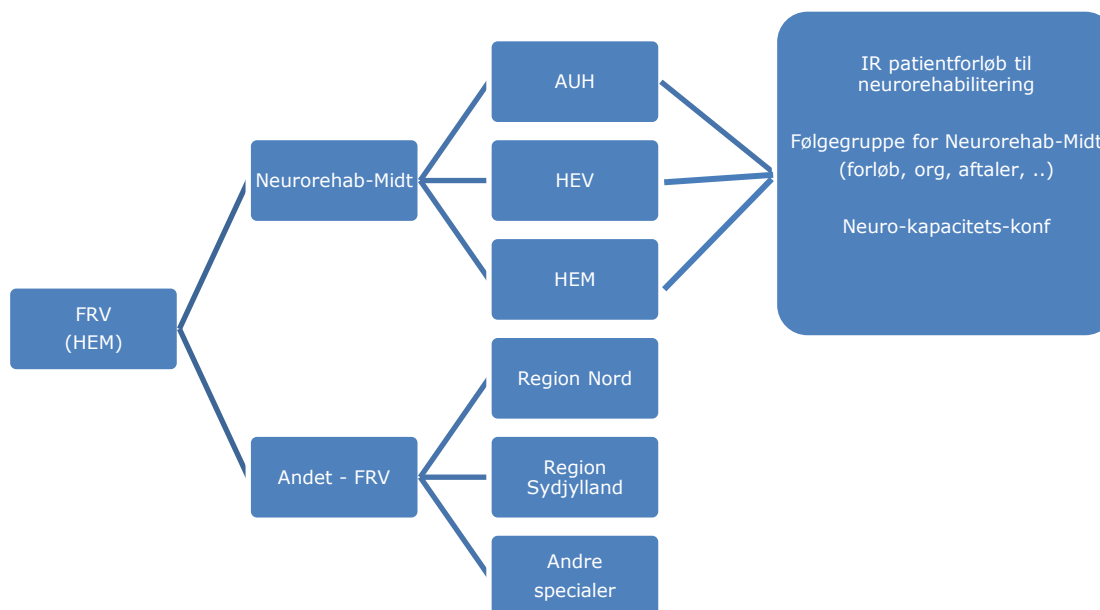
Forløbsprogram for børn og unge med erhvervet hjerneskade

Visitationsretningslinjen for voksne med erhvervet hjerneskade
Visitationsretningslinjen for børn og unge med erhvervet hjerneskade
Specialeplanen for neurologi
Specialeplan for hjerne- og rygkirurgi

Regionale retningslinjer

Sundhedsaftalerne for Region Midtjylland
Visitationskriterier på Regionshospitalet Hammel Neurocenters hjemmeside (bilag 1, 2)
Aftaledokument i neurologiplanen for Region Midtjylland pr 1.4.2020.

Organisering og ledelsesansvar



Neurorehab-Midt

Neurorehab-Midt er organisatorisk en del af FRV og består ud over FRV af de neurologiske afdelinger, Hjerne- og Rygkirurgi, Afdeling for Ældresygdomme og NISA. Neurorehab-Midt varetager tre hovedfunktioner: ansvarlige for de indenregionale patientforløb; afholder fælles kapacitetskonferencer på hverdage og udgør følgegruppen for visitation til hospitalsbaseret neurorehabilitering i Region Midtjylland. Parterne kan gennem følgegruppen løfte principielle spørgsmål videre til de relevante instanser og fagligt behandle spørgsmål inden for hospitalsbaseret neurorehabilitering i Region Midtjylland. Fælles udfærdigelse af beslutningsstøtte redskaber og håndtering af kapacitetsudfordringer er eksempler på konkrete tiltag fra Neurorehab-Midt.

Alle deltagende i Neurorehab-Midt er forpligtede til at udpege mindst én visitationsansvarlig speciallæge, der arbejder sammen med afdelingens koordinator. Herudover skal alle enheder etablere mulighed for at deltage i den fælles kapacitetskonference (videokonf og synlig klinisk logistik overblik).

FRV er den overordnede organisation og varetager ud over ledelse af Neurorehab-Midt opgaver i den Vestdanske funktion (se i øvrigt bilag 8). FRV er en del af Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Hospitalsenhed Midt og ledes af en afdelingssygeplejerske. Det lægefaglige ansvar har den ledende overlæge på RHN sammen med de visiterende speciallæger.

Sengekapacitet

Neurorehab-Midt visiterer patienter i RMs neurorehabiliteringssenge i de tre hospitalsbaserede niveauer ud fra de politisk bestemte sengetal i tre niveauer jf. forløbsprogrammets definitioner af behov og diagnose. RCSE anvendes som visitationsredskab i det specialiserede.

Hovedfunktionsniveau

HEV; 6

HEM; 4

AUH; 10 + 7

I alt 27

Regionalt niveau (RHN)

Skive; 27

Lemvig; 13

Hammel; 18 + (6 satellitsenge til særligt visiterede. Indgår ikke i det samlede overblik)

I alt 58

HS niveau for RM

Hammel 28

NISA 5

I alt 33

Rammer for modtagende afsnit

- Hovedfunktion
Patienter meldes i KL efter neurokapacitetskonference af afsnittet hvor patienten er indlagt.
Der modtages alle ugens 7 dage hele døgnet.
- Regionsfunktion
Patienten meldes i KL af FRV i dagtid og overflyttes på dagen eller under hensyntagen til færdigudredning og medicinsk tilstand.
Skal være ankommet inden kl. 16.
Der modtages alle ugens 7 dage
- Højtspecialiseret funktion
Patienten meldes i KL af FRV i dagtid på hverdage og overflyttes på dagen eller senest indenfor 7 dage, under hensyntagen til færdigudredning og medicinsk tilstand.
Skal være ankommet inden kl. 14.00.
Der modtages alle hverdage.

Neuro-kapacitets-konference

Der afholdes neuro-kapacitetskonference på hverdage.

Se bilag 8 for nærmere detaljer om neurorehabkonferencen.

Hovedfunktionspatienter medtages kun i konferencen såfremt der er kapacitetproblemer eller tvivl om patientens rette behandlingsniveau. De fleste overflyttes direkte fra akutafsnit til rehabiliteringssengene uden forudgående henvisning.

Alle deltagende afdelinger i neurokapacitetskonferencen har i fællesskab ansvar for den samlede kapacitet, og kan ved kapacitetsudfordringer bruge alle neurorehabiliteringsniveauer fleksibelt. Det tilstræbes for patienten, at dette dog kun benyttes i kortere og afgrænsede perioder med så få overflytninger som muligt før patienten ankommer til rette niveau.

Der søges konsensusløsninger, hvor alle afdelinger yder forpligtende til løsninger. Såfremt det ikke er muligt at aftale en passende løsning i fællesskab kan FRV træffe endelig afgørelse.

For praktisk arbejdsgang og information se bilag 1.

Visitationskriterier til indlæggelse til hospitalsbaseret neurorehabilitering

Visitation foretages efter principperne: faglighed først, kapacitet dernæst og geografi sidst.

Faglige visitationskriterier følger helt overordnet Forløbsprogrammet fra SST.

Diagnoser:

- Alle typer af erhvervet hjerneskade er målgruppe. Progredierende neurologiske lidelser er ikke i målgruppen.
- GB og critical illness modtages kun på højtspecialiseret niveau til udtrækning af brug af trachealtuber og til oplæring i avanceret kommunikationsudstyr. På regionsfunktion modtages patienterne til kortere rehabiliteringsforløb og udskrives med GOP til videre rehabilitering på alment niveau.

Niveau i hospitalsbaseret neurorehabilitering:

- Højtspecialiserede patienter er svært skadede, typisk RCS-E > 9, med specialiserede behov fagligt eller ressourcemæssigt.
- Regionsfunktion er moderat skadede, typisk RCS-E < 9 og har egen-evne til deltagelse i neurorehabilitering.
- Hovedfunktion er patienter med forventet kortvarigt behov for hospitalsbaseret neurorehabilitering, eller patienter med så svær skade, at den somatiske og fysiologiske del betyder, at disse behov kun giver mulighed for basal neurorehabilitering.

Vurdering ved indlæggelse: se bilag 3, 4, 5.

Visitationskriterier ved udskrivelse fra hospitalsbaseret neurorehab

Alle hospitalsenheder er ansvarlige for løbende at vurdere om patienten kan tilbydes relevant genoptræning på lavere niveau.

Patienter i det specialiserede område scores med RCS-E ugentligt for at følge ressourcebehovene.

Niveauer i kommunalt regi: Alment niveau består af det basale og det avancerede niveau.

- Basalt: grundlæggende rehabilitering med mobilisering, forebyggelse af sekundære komplikationer. Basal rehabiliteringskompetence påkrævet.

- Avanceret: komplekse funktionsnedsættelser med teambaseret rehabilitering ud fra plan og målsætning. Neurofaglig rehabiliteringskompetence påkrævet.
- Rehabilitering på specialiseret niveau: komplekse funktionsnedsættelser med integreret samspil mellem socialpædagogiske og sundhedsfaglige tiltag. Neurofaglig rehabiliteringskompetence påkrævet i alle fag.

Vurdering ved udskrivning: Neurorehab-Midts deltagere er alle ansvarlige for udvisitation så kapaciteten tilpasses efterspørgslen og derfor indgår en fælles prioritering af patientforløbene. Se bilag 6, 7.

Følgegruppen for Neurorehab-Midt i Region Midtjylland

Følgegruppen for Neurorehab-Midtn består af visitationsansvarlige ledelser/funktionsledere fra alle neurologiske afdelinger, fra Hjerne- og Rygkirurgi, fra ældresygdomme AUH, fra CL-RHN og fra FRV.

Gruppen følger Neurorehab-Midts funktion og virke i forhold til praktiske forhold, afdelingernes samarbejde og ventedagsstatistik.

Gruppen løfter tværsektorielle udfordringer gennem Region Midtjyllands samarbejdsudvalg (KOSU, DASSOS, Hjerneskaedesamrådene, afdeling for sundhedsaftaler mv.).

Løfter andre udfordringer af principiel karakter for Neurorehab-Midt til rette instans.

Varetager videre udvikling af klinisk logistik.

Fælles Regional Visitations øvrige opgaver

Fælles Regional Visitation (FRV) varetager andre opgaver, som ligger uden for Neurorehab-Midt's arbejdsområde. Disse patientforløb vil fremgå af klinisk logistik.

For nærmere: Se bilag 8.

Bilag 1: Arbejdsgang ved Neuro-kapacitets-konference

Deltagere

Læge – og eller sygeplejerske koordinator fra

- AUH; Stroke, Hjerne- og Rygkirurgi og afd. Æ. Evt. deltagelse fra intensiv afdeling ved relevans.
- HEM; Neurologisk sengeafsnit N09 og NISA
- HEV; neurologisk sengeafsnit N1 og N2
- Hammel Neurocenter; FRV.

Organisering.

Deltagerne i Neurokapacitetskonferencen i RM, mødes dagligt på hverdage kl. 11.30 via video.

Alle ringer op til virtuelt møderum. Virtuelt møderum reserveres og nummer meldes af FRV til koordinatore/ afd. spl. på ovenstående afsnit.

Neurokapacitetskonferencen ledes af visiterende speciallæge ved FRV.

Neuro – kapacitetskonferencen kan forholde sig til nedenstående lister som findes under Neurorehab Midt i Klinisk Logistik;

1. Neurorehab Midt Hovedfunktionspatienter. Her sættes dagens patienter til hovedfunktionsniveau, af det afsnit hvor de er indlagt, og hvis de ikke skal drøftes på neurokapacitetskonferencen.
2. Neurorehab Midt specialiserede patienter. Her sættes dagens patienter af FRV til det specialiserede niveau. Patienter som allerede ligger på hovedfunktionsniveau, hvor man ønsker at drøfte nyt niveau, kan også sættes på denne liste.
3. Ventende Neurorehab Midt patienter. Her står patienter som allerede er visiterede og som endnu ikke har fået plads. FRV er ansvarlig for daglig opdatering af denne liste. Her vil patienter fra andre afsnit end ovenstående i RM også fremgå.

Afdelingerne som deltager i neuro-kapacitetskonferencen, skal have kendskab til egne patienter på Neurorehab Midt listerne og på egen afdelings aktuelle sengekapaцитet.

FRV er opdateret på patienter på Neurorehab Midt listerne og kapaciteten på de specialiserede pladser.

Ved tvivl om niveau og somatisk tilstand for patienter til det specialiserede niveau, drøftes det under neurokapacitetskonferencen mellem primært den ansvarlige læge som har patienten indlagt og den visiterende speciallæge ved FRV.

RCS- E skal foreligge færdig i EPJ sammen med lægehenviisning på alle patienter som henvises til det Specialiserede niveau.

Hvis patienten ikke skønnes medicinsk eller kirurgisk klar til overflytning til specialiseret niveau indenfor få dage, skal neurokapacitets konferencen afgøre, hvilket alternativt forløb patienten skal have. Og/ eller patienten skal genhenvises til FRV.

Visiterende speciallæge ved FRV kan træffe endelig afgørelse, såfremt det ikke er muligt at aftale en passende løsning i fællesskab ved neurokapacitetskonferencen.

Fra 1. 4 – 1.6 2020
Fra 1.6 2020

varetager Neurorehab-Midt det specialiserede niveau i RM.
varetages alle niveauer af Neurorehab Midt

Hvis det enkelte afsnit ikke er logget på neurokapacitetskonference kl. 11.30, er der ikke forventning om at man deltager; dvs. man behøver ikke melde afbud. FRV kan dog bede alle om at deltage ved kapacitetsproblemer. Dette meldes til koordinator/ afd. spl. på de pågældende afsnit ca. kl. 11.

EPJ.

Deadline for at henvise patienter til det specialiserede niveau er kl. 11, hvis henvisningen ønskes visiteret samme dag. Lokationsnummer i EPJ; 66.30.40.V

Hvis der er mere end et par dages ventetid på en specialiseret plads, sendes et kapacitetsbrev via EPJ til henvisende afsnit.

Lægeseekretær ved FRV sætter kode AwC1 på i EPJ, når patienter til det specialiserede niveau er drøftet til neurokapacitetskonference, så der kan trækkes fælles måltal. Lægeseekretær og sygeplejerske ved FRV er ansvarlig for at være opdateret på ventende patienter; og ændre kode ifht. dette.

Patienter kan også henvises til et af RHN's ambulatorier + evt. sættes på neurorehabiliteringslisten i EPJ og evt. drøftes på neurokapacitetskonference.

Klinisk logistik

Hvis der ikke er behov for at drøfte patienter til hovedfunktionsniveau, meldes patienten i KL af det afsnit, som har ansvar for patienten - direkte til aftalte lokalitet. Om muligt både med hensyntagen til primært faglighed, sekundært kapacitet og tertiært til geografi.

Neuro kapacitet på de afsnit som deltager i neuro kapacitetskonferencen, fremgår af Neurorehab Midt spedometer i KL.

Kapaciteten på det specialiserede niveau fremgår i KL under Neurorehab Midt spedometer og er opdelt i;
Kognitivt HS,
Sensomotorisk HS,
Klinik for tidlig neurorehabilitering
Børn og Unge Klinik
NISA
Regionalt sensomotorisk
Regionalt kognitivt

Obs. RM kan i gennemsnit disponere over 28/ 51 HS senge. Fordeling svarende til dette vises i ovenstående spedometer.

Ferie nedlukningplan for neurorehabiliteringssenge vil fremgå af ovenstående

Fritvalgs patienter fra andre regioner end RM, som ønsker rehabilitering på det regionale niveau i RM, vil fremgå af ventende Neurorehab Midt.

HEM Sundheds-it har ansvar for udvikling og vedligehold af KL svarende til ovenstående, og at tildele nye medarbejdere adgang Neurorehab Midt overblik i KL.

Weekends og helligdage.

Der afholdes ikke neurokapacitetskonference på video i weekends – og på helligdage.

I weekends og helligdage er FRV åbent i tidsrummet 10 – 11 og kan træffes på telefon 2420 7158.

Patienter til hovedfunktionsniveau, overflyttes også i weekends og helligdage direkte mellem akut afsnittet og hovedfunktionsniveau afsnittet. (se ovenfor)

Patienter som skønnes til det regionale neurorehabiliteringsniveau og ønskes vurderet af FRV i weekends og helligdage, da skal der være modtaget en lægehenviisning i EPJ inden kl. 10.

Patienter som skønnes til det Højtspecialiseret neurorehabiliterings niveau, da skal der sendes en lægehenviisning i EPJ og den visiteres førstkommande hverdag.

Bilag 2: Konferencemanual

Neurokapacitetskonference ledelse

Neurokapacitetskonferencen ledes af en visiterende speciallæge eller ansvarshavende visitator ved FRV. Alle deltagere forventes at møde velforberedte.

- Opsummering af status for dagen v. FRV
 - Antal henviste
 - Antal ventende, planlagte indlæggelsestider nævnes
 - Antal forventede udskrivninger i ugen
 - Kritiske områder
- Systematisk gennemgang af alle henvisninger
 - Afdeling for afdeling nævnes henviste patienter med forventet niveau
 - Ved tvivl om niveau, eller om patienten er klar afklares usikkerheder, og der lægges plan
- Drøftelse af kapacitet
 - Udfordringer nævnes
 - Løsningsmuligheder klarlægges
- Ved kapacitetsudfordringer drøftes muligheder
 - HS-patienter kan nedregistreres til hovedfunktion eller regionalt niveau.
 - Patienten kan forblive i ventetiden i akutafdelingen
 - Alle afdelinger kan i kortere perioder have patienter i overbelægning, se klinisk logistik
- Udskrivninger
 - Estimeret udskrivningstid skal fremgå på indlagte patienter i RHN på de regionale efter 1 uge og på de højt specialiserede efter få uger.
 - Planlagte udskrivelser vil fremgå i KL fælles neurooverblik.

RCS-E skal fremgå med ugentlige opdateringer.

Patienter, der ikke kan udskrives, fordi kommunen ikke kan modtage kan overflyttes til korttidsplads i kommunen eller hovedfunktion v hjemsygehuset, hvis der er ventende til de specialiserede hospitalspladser.

Ved kapacitetsudfordringer kan Neurokapacitetskonferencen sætte mål for antal nødvendige udskrivninger i kommende uge på alle specialiseringsniveauer under hensyntagen til aftaler.

Bilag 3: Indvisitation – generelle kriterier

Visitationskriterier til neurorehabilitering under indlæggelse

Hovedfunktion:

- Patienter med basalt rehabiliteringsbehov under indlæggelse el. med neuro-team
- Patienter med lavt potentiale som skal være indlagt el. kobles til neuro-team
- Patienter med somatisk/psykiatrisk sygdom som dominerer
- Patienter med behov for diagnostik og lægeligt tilsyn over døgnet
- Patienter på vej til specialiseret niveau

Specialiseret funktion (højtspecialiseret eller regionsfunktion).

- Patienter med behov for specialiseret og individuel tværfaglig og/eller højintensiv neurorehabilitering
- Børn, unge og voksne
- Patienter med svære til moderate mentale forstyrrelser og funktionsnedsættelser
- Patienter med svære til moderate sensomotoriske funktionsnedsættelser
- Patienter med svære til moderate bevidsthedssvækkelser
- Patienter med svære til moderate kommunikationsvanskeligheder
- Patienter med svært til moderat synkebesvær, evt. med behov for trakealtuber og endoskopiske undersøgelser
- Patienter med behov for afprøvning af avanceret træningsudstyr og hjælpemidler

Eksklusionskriterier

Patienter med behov for rehabilitering på hovedfunktionsniveau (basalt rehabiliteringsbehov eller lavt rehabiliteringspotentiale)

Ved følgende overvejes andre løsninger end specialiseret rehabilitering:

- Psykiatrisk el. somatisk sygdom dominerer
- Tidligere hjerneskade med lav mulighed for læring
- Beboer på institution, hvor rehabilitering kan foregå under vejledning i hjemmet
- Svær overvægt som hindrer intensiv træning
- Præmorbid lav funktion og lave mål i rehab
- Høj alder og sygdom svarende til plejehjem

Supplerende

Guillian Barré: modtages til afcuffning på højtspecialiseret niveau, og til rehabilitering på regions-funktionsniveau og hovedfunktionsniveau

Critical illness: modtages på hovedfunktion og regionsfunktion

Bilag 4: Kriterier for somatiske forhold i specialiseret neurorehabilitering

Generelt

- Somatisk udredning skal være afsluttet før overflytning.
- Patienter med svær comorbiditet med behov for gentagne blodprøveopfølgninger og lægeligt tilsyn over døgnnet bør overvejes henvist til rehabilitering på andet niveau.
- Patienter med betydelig udtrætning med ringe mulighed for at deltage i intensiv neurorehabilitering bør overvejes henvist til rehabilitering på andet niveau.

Infektion

Patienter med behov for pressorstøtte modtages kun på NISA. Hvis mistanke om invasiv infektion (CRP omkring 100) eller patienter med lavgrads febrilia over længere tid skal dette udredes inden overflytning.

Cirkulatorisk

Patienter skal, så vidt det er muligt, have afsluttet kardiologisk udredning før overflytning til neurorehabilitering. Kan dog modtages til videre kardiologisk udredning på NISA. Patienter med EF < 20 skal vurderes, om de bør tilbydes neurorehabilitering af lavere intensitet. Patienter med svært forhøjet blodtryk skal være udredte og kunne behandles med tabletregime. I.v. trandate gives kun på NISA. Såfremt der er restriktioner i forhold til træning og aktiviteter, skal disse anføres.

Respiratorisk

Patienter modtages til respiratorbehandling og respirationsstøtte på NISA. Cuffede såvel som glatte tuber modtages og der gives CPAP og cuff-assist. FEES udføres.

Renalt

Der kan ikke udføres dialyse på rehabiliteringenhederne. Patienter med dialysebehov 2-3/uge skal kunne transporteres til dette uden ledsager. Dialysen skal foregå udenfor dagtid. Patientens træthed må ikke have et omfang, der hindrer rehabiliteringsindsats. Nyrefunktionsnedsættelser skal være udredte og plan for behandling givet før overflytning.

Operationsfelter

Eksterne dræn skal være seponerede som hovedregel. Særlige forholdsregler skal anføres.

Brudbehandling

Traumepatienter med nyopståede brud skal have plan for behandling og mulighed for belastning skal anføres. Comorbiditet Almindelig behandling og regulation af comorbiditet inkl. daglige blodprøver udføres på alle enheder

Bilag 5 Beslutningsstøtte til vurdering af rehabilitering efter akutindlæggelse

Kriterier for neurorehabilitering vurderet på akut afsnit

Forudsætning: at patienten ønsker neurorehabilitering og ikke alene har en kronisk progredierende neurologisk sygdom

Anbefalede kriterier for vurdering til specialiseret neurorehabilitering

- Patienten er færdigudredt somatisk, og der er lagt planer for profylaktisk behandling og evt. opfølgning
- Patienten er medicinsk stabil (uden i.v. trandata, uden anæstetika, ikke i respirator)

Obligate kriterier tilstede: vurder behov (se nedenfor og GOP-vejledning) og potentialet (se modsat side)

- Behov for specialiseret neurorehabilitering:
 - moderat til svær hjerneskade
 - funktionsudfald såvel sensomotoriske som mentale med behov for behandling under indlæggelse
 - høj intensitet og høje mål for rehabiliteringen (i uddannelse, erhverv, store krav i dagligdagen, familieforpligtelser, nogen grad af selvstændighed som mål)
- Forudsætninger, der understøtter behovet:
 - i stand til at deltage
 - forventet indlæggelse > få dage
 - specialiseret behandlingsbehov (cuffet tube, svær spasticitet, paroksyttisk sympatisk hyperaktivitet, minimalt bevidste, svære kommunikative behov)

Beslutning om neurorehabilitering på alle niveauer

Lavt potentiale: Ved følgende overvejes andre løsninger end specialiseret rehabilitering:

- Psykiatrisk el. somatisk sygdom dominerer
- Tidligere hjerneskade med lav mulighed for læring
- Beboer på institution, hvor rehabilitering kan foregå under vejledning i hjemmet
- Svær overvægt som hindrer intensiv træning
- Præmorbid lav funktion og lave mål i rehab
- Høj alder og lav forventning om at opnå selvstændighed

- Kommunal neurorehabilitering:
 - Almen GOP
 - Evt: neuro-team
- Hospitalsbaseret neurorehabilitering:
 - Hovedfunktionsniveau: kan overflyttes direkte efter kontakt til afdeling
 - Specialiseret neurorehabilitering og mangel på eller tvivl om hovedfunktion:
Send henvisning til FRV
Beskriv: skade og lokalisation, præmorbid tilstand, comorbiditet, funktionsudfald

O
b
l
i
g
a
t
e

B
e
h
o
v

P
o
t
e
n
t
i
a
l
e

H
e
n
v
i
s
n
i
n
g

Bilag 6 Beslutningsstøtte ved udvisitation

Kriterier for neurorehabilitering i kommunalt regi (se også bilag 7)

Forudsætning: at patienten ønsker neurorehabilitering forsat efter indlæggelsen

Anbefalede kriterier for vurdering til kommunal neurorehabilitering

Beslutning om GOP niveau for neurorehabilitering i kommunen

U
d
e
n

G
O
P

- Patienten udviser ingen funktionsstigning trods intensiv rehabilitering
- Patienten er selvstændig og har ikke behov

A
l
l
m
e
n

- Patienten har basale behov i forhold til sekundære komplikationer
- Patienten har komplekse, men velkendte behov for neurorehabilitering fra neurofagligt personale
- Patienten har behov for indsatser i flere funktionsområder

M
e
d

G
O
P

- Patienten stiger i funktion og har ikke udtømt sit potentiale
- Patienten kan behandles af 1 behandler, hvis udskrivelse til eget hjem
- Patienten kan fastholde sin funktion uden daglig repetitioner
- Patienten har en vis selvstændighed
- Patientens funktion er afhængig af særlige indsatser og sikkerhedsforanstaltninger
-
- Patienten skal behandles af specialiseret personale med teamorganisering over længere tid

R
e
h
a
b

p
å

s
p
e
c

- Patienten har komplekse behov og stort potentiale ved intensiv indsats
- Patienten har svære mentale funktionsnedsættelser og/el. særlig sikkerhedsbehov
- Patienten har store behov over døgnet
- Patienten har behov fra både sundheds- og social- og / eller beskæftigelsesområdet
- Patienten har behov for daglige, specialiserede teambaserede indsatser

Bilag 7 Beslutningsstøtte til Genoptræningsplan og de kommunale niveauer

ALMEN GENOPTRÆNING

Kommunen skal på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering angive, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

BASALT NIVEAU

Funktionsevne:

Enkle og afgrænsede funktionsevne-
nedsættelser.

Ingen komplikationer i behandlingsfor-
løbet på sygehuset af betydning for
funktionsevnen og/eller genoptræ-
ningsindsatsen.

Ingen eller lettere mentale funktions-
nedsættelser af betydning for den
aktuelle funktionsevne.

+

Genoptrænings-/rehabiliterings- behov:

- ✓ Lav kompleksitet
- ✓ Autoriserede sundhedspersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde. Primært ergoterapeuter og fysioterapeuter
- ✓ Indsatser minimum 2 gange ugentligt

AVANCERET NIVEAU

Funktionsevne:

Omfattende funktionsevnenedsæt-
telser

ofte af betydning for flere livsområder.
Evt. komplikationer i behandlingsfor-
løbet på sygehuset af betydning for
funktionsevnen og/eller genoptræ-
ningsindsatsen.

Evt. én eller flere mentale funkti-
onsnedsættelser af betydning for
patientens daglige livsførelse.

+

Genoptrænings-/rehabiliterings- behov:

- ✓ Omfattende kompleksitet
- ✓ Autoriserede sundhedspersoner med særlige kompetencer inden for hjerneskaderehabilitering
- ✓ Genoptræning ofte koordineret med andre rehabiliteringsindsatser. F.eks. audiologopæd, neuropsykolog og/eller specialpædagog
- ✓ Indsatser minimum 3 gange ugentligt
- ✓ Krav til koordination af de tværfaglige indsatser

REHABILITERING PÅ SPECIALISERET NIVEAU

Funktionsevne:

Komplicerede, omfattende, sjældne
og/eller alvorlige funktionsnedsæt-
telser af væsentlig betydning for
flere livsområder, herunder oftest
omfattende mentale funktionsned-
sættelser.

+

Genoptrænings-/rehabiliterings- behov:

- ✓ Svær og omfattende kompleksitet
- ✓ Genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser varetages af personer med specialiserede kompetencer inden for hjerneskaderehabilitering
- ✓ Indsatser minimum 5 gange ugentligt
- ✓ Særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering
- ✓ Evt. anbefalinger om metode, omfang og karakter af indsatserne

SPECIALISERET GENOPTRÆNING (FOREGÅR PÅ SYGEHUS)

Funktionsevne:

Komplicerede, omfattende, sjældne
og/eller alvorlige funktionsnedsæt-
telser af væsentlig betydning for et
eller flere livsområder.

Evt. alvorlige komplikationer i
behandlingsforløbet på sygehuset af
betydning for funktionsevnen og/eller
genoptræningsindsatsen.

+

Genoptrænings-/rehabiliterings- behov:

- ✓ Svær kompleksitet som af patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi
- ✓ Autoriserede sundhedspersoner med specialiserede kompetencer inden for hjerneskaderehabilitering
- ✓ Krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulante sygehusbehandling

Livsområder: Sundheds-, social, undervisnings- og beskæftigelsesområdet

Bilag 8 FRVs øvrige driftsopgaver

- **Visitation fra kardiologisk afdeling AUH.**

FRV afholder ugentlige post arrest konference med kardiologisk AUH, intensiv AUH og NISA mhp. drøftelse af - og planlægning af patientforløb.

Henviste og visiterede patienter fra AUH som ikke er tildelt specialiseret plads endnu, vil fremgå af neuroventelisten i klinisk logistik. Patienterne tages i betragtning ved neurokapacitetskonferencen ifht. plads

- **Visitation fra andre ikke-neuro-områder og PL i RM til indlæggelse**

FRV behandler henvisningerne

Henviste og visiterede patienter vil fremgå af neuroventelisten i KL. Patienterne tages i betragtning ved neurokapacitetskonferencen ifht. plads

- **Visitation af uden-regionale henvisninger.**

FRV visiterer henvisningerne

Region Nordjylland: i henhold til Samarbejdsaftale

Region Syddanmark: i henhold til Samarbejdsaftale

Andre regioner; I henhold til aftaler omkring den enkelte patient.

Uden regionale henviste og visiterede patienter fremgår af uden regional venteliste i KL, som FRV kun har adgang til.

- **Visitation af henvisninger til ambulante forløb på RHN og udgående funktion.**

- **Koordinerer over flytning af patienter mellem det højt specialiserede og det regionale niveau.**

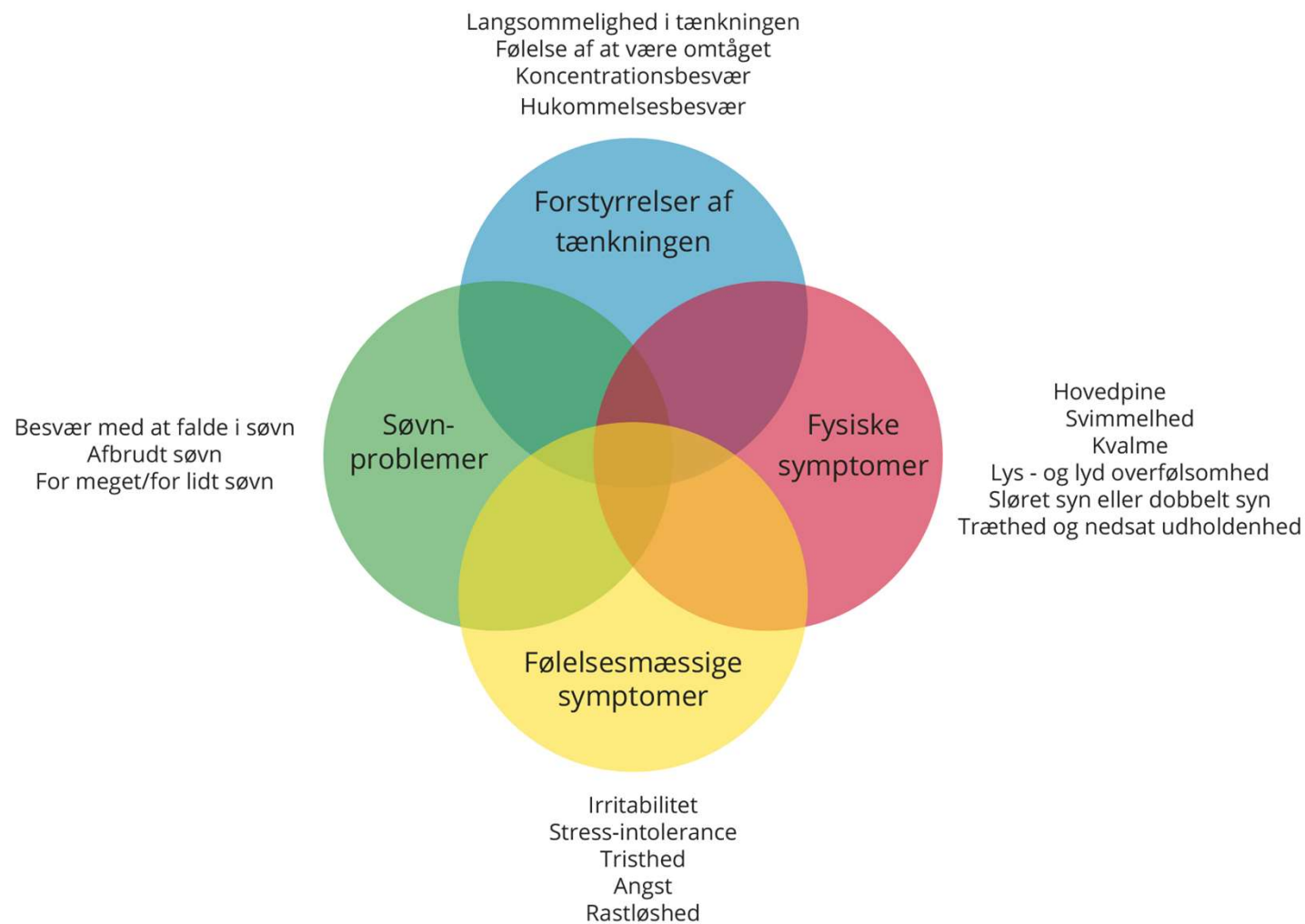
- **Indkalder patienter til indlæggelse på det specialiserede niveau**

- **Afholder kapacitetskonferencer x 2 ugl på det specialiserede niveau.**

- **Koordinerer komplicerede udskrivelser fra det specialiserede niveau, både ifht. patienter fra RM og uden regionale patienter.**

- **Koordinerer senge nedlukning i ferie perioder på det specialiserede niveau.**

Post-commotionelle symptomer (PCS)

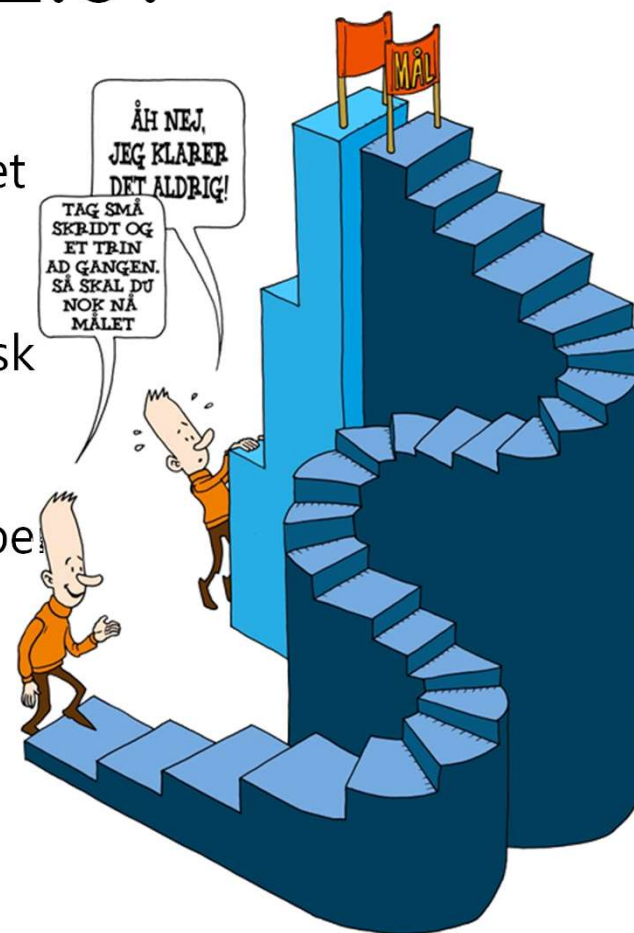


Formålene med GAIN 2.0

- At forebygge kroniske sygdomsforløb efter hjernerystelse, og reducere risikoen for langvarige sygemeldinger,
- At minimere risikoen for nedsat fysisk , psykisk og social funktionsevne og forringet livskvalitet.
- At tilpasse, afprøve og evaluere en evidensbaseret forebyggende indsats (GAIN 2.0) til borgere med længerevarende symptomer efter hjernerystelse.
- At afdække og muliggøre en god og effektiv implementering af GAIN 2.0 i kommunalt regi
- I samspillet mellem forskning og praksis, at udvikle et bæredygtigt kommunalt funderet behandlingsprogram.

Hvad er GAIN 2.0?

- Individuel behandlingsplan, men fysisk aktivitet obligatorisk del af behandlingen.
- Tilpasset kommunens arbejdsgang i et realistisk set-up
- "Værktøjskassen", metoder baseret på princippe fra kognitiv adfærdsterapi og gradueret genoptræning.
- 8 ugentlige sessioner + hjemmearbejde.
 - 3 fastlagte gruppesessioner (2 timer)
 - op til 5 individuelle fleksible sessioner
- Tværfagligt team.



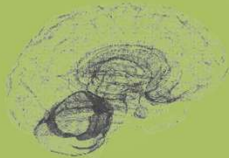
Ved gradueret genoptræning er det vigtigt at gå gradvist frem, så man udfordres uden at blive overbelastet.

Projektforløb

Get Going After Concussion 2.0

Projektforløb

Milepæle



Del 1
Afprøvning i
Mariager Fjord Kommune

6 måneders indsats
Tilpasning af materialer
Kompetenceudvikling
Udvikling af redskaber
Evaluering af indsats

Del 2
Planlægning af studie i
Region Midtjyllands
sundhedsklynger

På baggrund af Milepæl 1
Planlægning
Randomisering

Del 3
Afvikling af studie i
Region Midtjyllands
sundhedsklynger

PRO data
Terapeutrapporterede
outcome
Data og erfaringer fra kom-
munerne
Opsporing af borgere

Del 4
Effektevaluering i stor
målestok

Symptombillede
Arbejdsmarkedstilknytning
Aktivitet- og deltagelses-
niveau og -evne
Livskvalitet
Pårørende
Praksis-evaluering
(kommunalt regi)

Milepæl 1

Afslutning af del 1:

Kvalificering af materialer
Behandlingsmanual og
undervisningsforløb
Tilpasning til kommunalt
regi
Evaluering af opsporing
Effektevaluering

Milepæl 2

Afslutning af del 3:

Dataindsamling og
datamangement færdig
Analyse af data
Evaluering af under-
visnings-indsatsen

Implementering
i kommunerne
påbegyndes

Formidling og
afslutning

Formidling
Dialog
Publicering

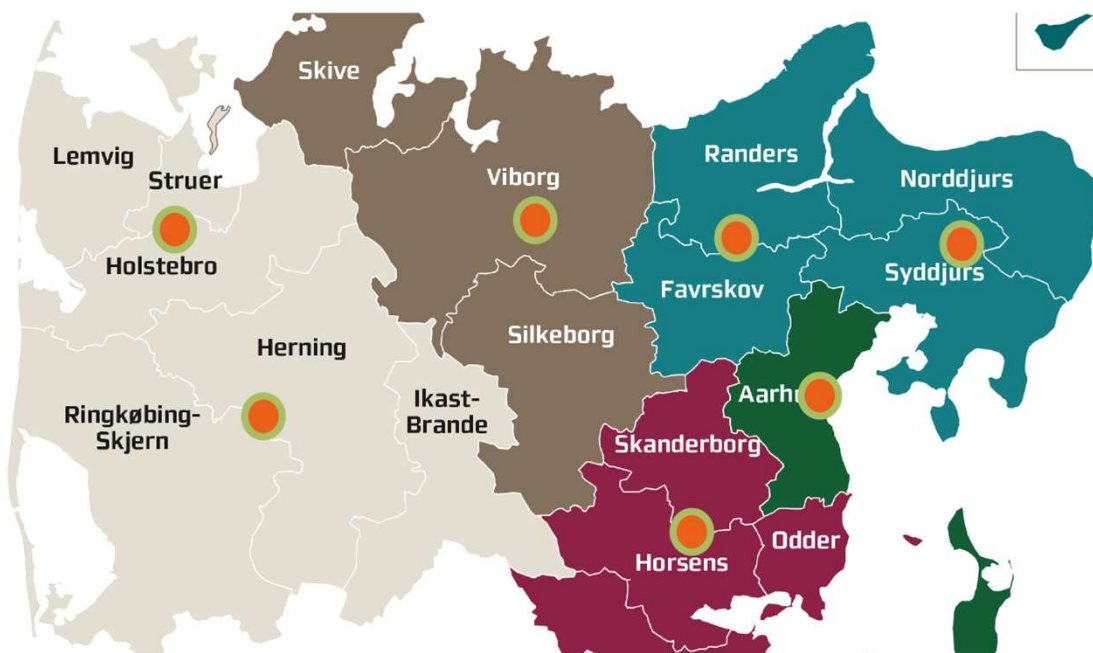
Hvad forventer vi af GAIN 2.0?

- Reducering af symptomer og tilbagevenden til normale dagligdagsaktiviteter, herunder Tilbage til Arbejde
- Opkvalificering af fagpersonale i kommuner ift. patienter med hjernerystelse og behandlingsprincipper ift. kronisk sygdom
- Muliggjort og evalueret en effektiv og bæredygtig indsats for borgere med langvarige symptomer efter hjernerystelse
- Gennem samarbejde og dialog mellem forskning og praksis udviklet et systematisk og realistisk behandlingsprogram til brug i kommunalt regi
- Perspektiv; Arbejde på en national udrulning som matcher de tilstedeværende kommunale ressourcer og kompetencer

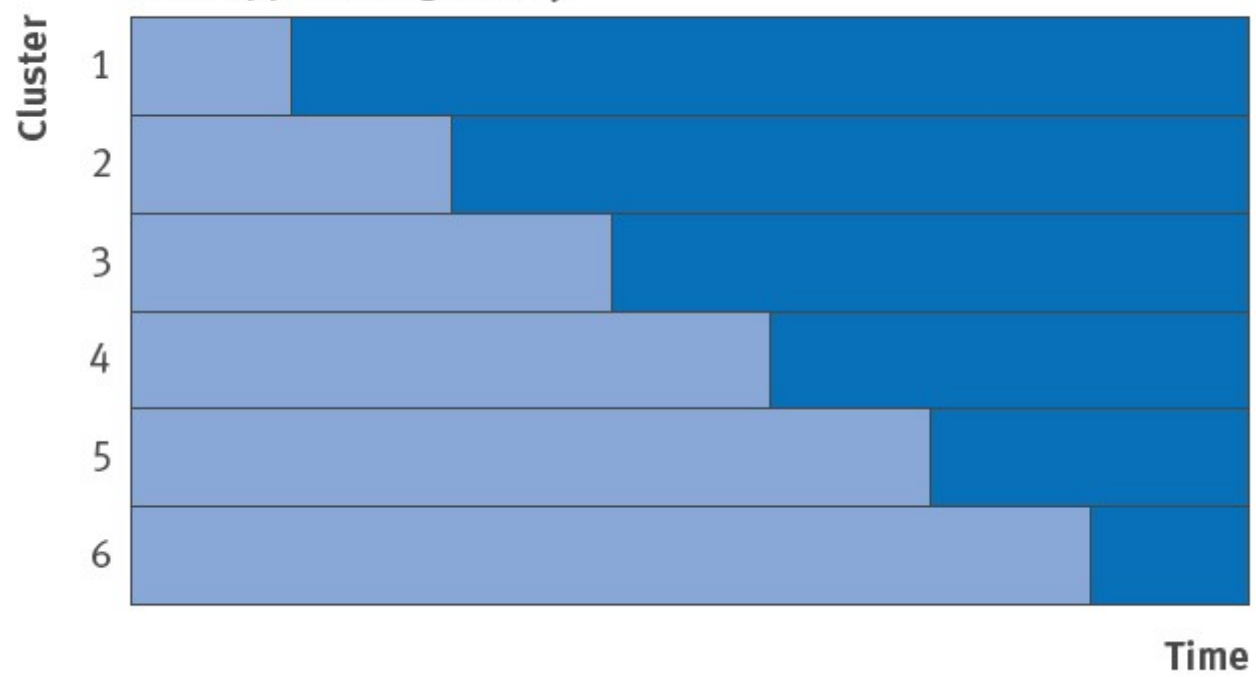
Implementering i praksis

Get Going After Concussion 2.0

Sundhedsklyngene
Region Midtjylland

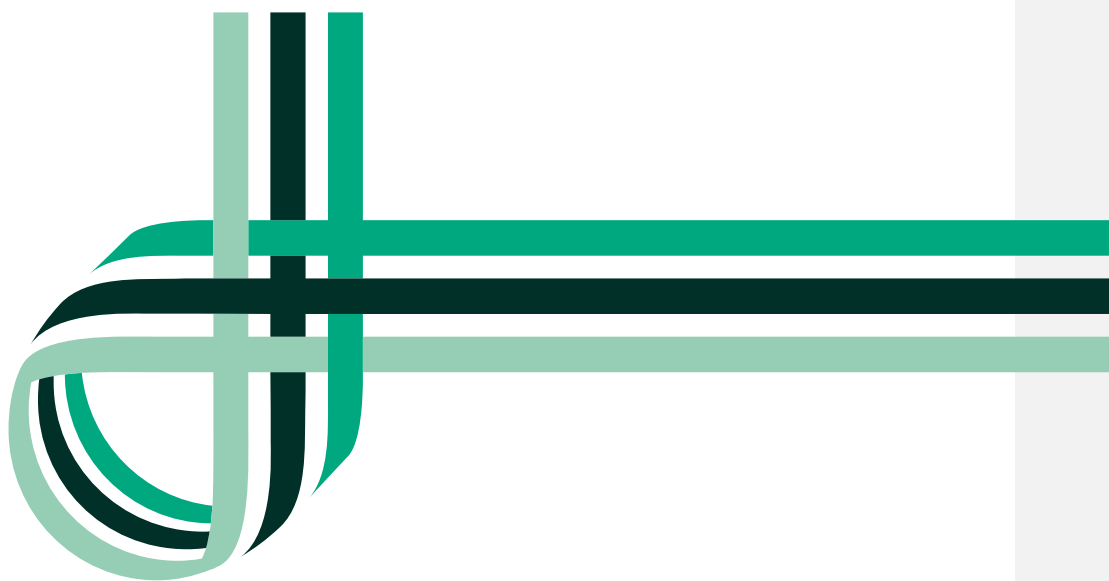


(c) Stepped wedge study



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

Samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen



Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner

Den 29. maj 2020

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 Sundhedsstyrelsen fælles principper for udgående og rådgivende funktioner¹. Sundhedsstyrelsen 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. Sundhedsstyrelsens 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 Sundhedsstyrelsen 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 Sundhedsstyrelsen den 6. september 2017:
<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/sundhedsstyrelsen/060917/bilag-1-pkt.-5.pdf>
Model for principper for udgående og rådgivende funktioner:
<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/sundhedsstyrelsen/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 rehabiliteringspotentiale 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 fokale-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 tværasektoriel 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

Formateret: Brødtekst 3

		opfølgning/genoptræning
At rehabiliteringsindsatsen foregår uden unødige forsinkelser og med udgangspunkt i en individuel plan udarbejdet på baggrund af patientens behov og forudsætninger	Rehabilitering/genoptræning: Beskrivelse af genoptræningsbehovet: Det afdækkes, om borgernes genoptræningsbehov er tydeligt beskrevet i genoptræningsplanen. Rettidig opstart af indsatsen: Det afdækkes, at indsatsen er iværksat uden unødigt forsinkelse.	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 klyngekommunerne 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

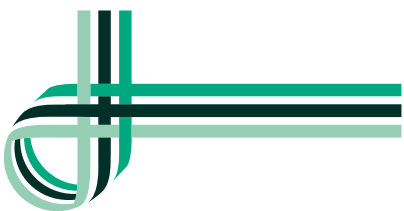
Samarbejdsaftalen implementeres via ledelsessystemet i kommunerne og på hospitalerne og de lokale klyngestyregrupper. Derudover offentliggøres samarbejdsaftalen i e-dok, på www.sundhedsaftalen.rm.dk.

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%5CRMAPPSS0221.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/lægehaandbogen/hjerte-tilstande-og-sygdomme/apopleksi-og-tia/apopleksi-og-tia-tci/>)



www.sundhedsaftalen.rm.dk

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.

	Horsens-klyngen	Midt-klyngen	Randers-klyngen	Vest-klyngen	Aarhus-klyngen
Målgruppe	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
Opgaver	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
Bemanding	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
Organisering af APO-teams	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.

Følgende skal bemærkes:

Patienter, der udskrives fra højt specialiseret niveau eller regionsniveau har typisk haft længere forløb, hvor udskrivelsen kan planlægges i god tid, og overdragelse af opgaven derfor som udgangspunkt kan aftales og håndteres gennem de eksisterende samarbejdsstrukturer.

Hammel Neurocenter har allerede en udgående funktion, som kommunerne kan benytte sig af, men der er ikke indgået en formel samarbejdsaftale herom. De nuværende udgående funktioner har ikke karakter af APO-teams, da de ikke har som primært formål at sikre en hurtig udskrivning af patienterne og ikke følger patienterne hjem.

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 efter rehabilitering under indlæggelse på hovedfunktionsniveau
- 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