

# **Det gode patientforløb for borgere med apopleksi**

## **Organisation, rammer og værdier for Det udgående apopleksiteam**

**Hospitalsenheden Vest  
August 2012**

Udarbejdet af

Karin Dahl Lassesen, Ledende terapeut  
Ida Tølbøl, Afdelingssygeplejerske N1, Neurologisk Afdeling  
Peter Seebach, Cheftherapeut  
Gitte Kjær Nielsen, Ledende oversygeplejerske, Neurologisk Afdeling  
Karin Geisler, Ledende overlæge, Neurologisk Afdeling  
Steen Husted, Ledende overlæge, Medicinsk Afdeling  
Ditte Rasmussen, Konsulent, Strategi og Plan

## Baggrund

### Overordnede politiske rammer for apopleksibehandlingen efter 1.5.2012

Regionsrådet vedtog i foråret 2011 en spare- og omstillingsplan for Region Midtjylland. Af planen fremgår det, at det neurologiske speciale skal spare ca. 10 mio. kr. i 2012 – og 20 mio. kr. fra 2013 og frem.

På baggrund af sparekravet, kvalitetsundersøgelser, hospitalernes egne erfaringer, retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen og anbefalinger fra det Neurologiske Specialeråd har Regionsrådet besluttet en ny fordeling af neurologien i Region Midtjylland.

Det indebærer følgende:

- Ved mistanke om akut blodprop (apopleksi) skal patienterne straks transporteres til enten Regionshospitalet Holstebro eller Aarhus Universitetshospital.
- Der skal være neurologiske dagklinikker i Holstebro og Aarhus. Patienter med mistanke om apopleksi kan blive undersøgt og behandlet ambulat på klinikkerne.
- Ved neurologisk afdeling i Viborg skal der være en TCI-klinik, der kan behandle patienter med advarselssymptomer på kommende apopleksier og forbigående apopleksier (TCI'er) over 48 timer. Patienter med TCI kan modtages fra hele Region Midtjylland
- Der bliver tilrettelagt et accelereret udrednings- og behandlingsforløb for neurologiske patienter. Patienterne skal genoptrænes hjemme eller på et hospital i nærheden af deres hjem.
- Ved alle hospitalsenheder skal der oprettes særlige **udgående apopleksiteams**, som forkorter patientens hospitalsophold og koordinerer og overdrager rehabiliteringsopgaven til varetagelse i patientens eget hjem. Dette er gældende for patienter, der skal rehabiliteres på hovedfunktionsniveau.
- I overgangen til den nye organisering vil der være tydeligt fokus på sammenhængen i patientforløbet. Det er målet, at patienterne skal opleve fornuftige koblinger mellem kommunale og regionale funktioner.

### Udgående apopleksiteams

Med udbredelsen af udgående apopleksiteams i hele regionen, er der i relation til kommunerne primært tale om, at Region Midtjylland i stigende omfang flytter rehabiliteringsindsatsen af patienter på hovedfunktionsniveau fra hospitalet til patientens eget hjem. Selve indsatsen vil for så vidt være den samme som hidtil, men patienten udskrives tidligere til eget hjem (1).

Omlægningen medfører derfor et behov for en reorganisering af behandlings- og plejeforløbene, idet dele af forløbene flyttes uden for hospitalerne. Der skubbes til grænserne mellem de to sektors arbejdsområder, da hospitalspersonale kommer til at varetage koordinering og kortvarig behandling i patientens hjem. Hospitalerne og særligt de udgående teams har derfor behov for at koordinere og etablere et udvidet og meget tæt samarbejde med kommunernes personale med henblik på så sammenhængende patientforløb som muligt. Der vil i højere omfang blive behov for en fleksibel og koordineret tilrettelæggelse af behandlings- og plejeindsatserne (1).

De udgående apopleksiteams skal varetage opfølgende udredning, behandling og i enkelte tilfælde specialiseret genoptræning samt styrke overleveringen i forhold til de patienter, som hører til "hovedfunktionsniveau", dvs. patienter med sequelae efter apopleksi, der hurtigt udskrives til eget hjem, plejebolig eller korttidsplads fra de regionale akutafdelinger eller fra hovedfunktionsniveau med henblik på videre behandling og/eller rehabilitering.

I nærværende dokument beskrives organisering, værdier og rammer for apopleksiteamet som skal udgå fra Hospitalsenheden Vest med afsæt i opgaveoverdragelsesdokumentet af den 20.2.2012, Forløbsprogrammet for voksne med erhvervet hjerneskade (Juni 2011) samt Sundhedsaftalerne 2011-2014 (1,2,3).

### **Det gode patientforløb for borgere i Vestklyngen med apopleksi**

Da de seks kommuner i Vestklyngen har organiseret deres tilbud til hjerneskadede forskelligt, kan der være behov for at differentiere apopleksiteamets indsats både i forhold til de seks kommuner samt i forhold til de individuelle patientforløb.

Det udgående apopleksiteam skal fungere som sikring af en god, koordineret, sikker og individuel udskrivelse i en periode med omstrukturering, hvor patienten skal tilbydes samme kvalitet i rehabiliteringen som tidligere. Såvel kommunerne som hospital i Vestklyngen arbejder hen imod, at kommunerne på sigt kan overtage flere af de opgaver, der ligger hos apopleksiteamet. Der vil derfor på sigt være behov for at ændre og drøfte apopleksiteamets opgaver. Det endelige tidspunkt for dette beror på en vurdering af de ydelser, der er behov for og de kommunale tilbud, respons i forhold til overdragelse af patientforløbet fra udskrivende hospital, samt neurofaglige kompetencer hos personalet.

## **Formål**

Formålet med det udgående apopleksiteam er, at patienten kvalitetsmæssigt modtager samme behandling, men at den flyttes fra hospitalet til borgerens eget hjem. Der er evidens for god effekt af tidlig udskrivelse til eget hjem for personer med mild til moderat hjerneskade, når det kombineres med en interdisciplinær rehabiliteringsindsats (2, s. 21)

Formålet med oprettelse af udgående apopleksiteams er desuden at styrke overlevering af patienten til kommunerne ved udskrivelse efter apopleksi, dvs. at forløbet er velkoordineret og patient/pårørende er fuldt informeret og inddraget i forløbet i det omfang de ønsker. Dette beskrives som en særlig udfordring for patienter med erhvervet hjerneskade iflg. forløbsprogrammer for voksne med erhvervet hjerneskade (2).

## **Mål**

Nedenfor er skitseret mål for patientforløb, hvor apopleksiteamet er tilknyttet i Vestklyngen. Målene vedrører apopleksiteamets indsats, herunder samarbejdet med det akutte apopleksiafsnit og kommunerne:

### **Patientoplevede mål:**

- At patienter oplever indsatsen sammenhængende og koordineret
- At patienter inddrages i forløbet i det omfang de ønsker

### **Organisatoriske mål:**

- At det udgående apopleksiteam tilknyttes ved udskrivelse af patienter på hovedfunktionsniveau i Vestklyngen.
- Patienter, der er tilknyttet det udgående apopleksiteam tildeles en kontaktperson i teamet i apo-teamet.
- At der er kontakt fra personale fra det udgående apopleksiteam til patienten senest første hverdag efter udskrivelsen. Kontakten kan være telefonisk til patienten, pårørende, personalet i kommunen eller besøg i hjemmet.
- At kommunens myndighedsafdeling fungerer som indgang til kommunale ydelser
- At der oprettes fælles kursusdage for personalet i det udgående apopleksiteam og personalet fra kommunen.
- At der i det daglige sker gensidig vidensdeling vedrørende observationer og specifikke neurofaglige problemstillinger.

- At apopleksiteamet leverer et sikkerhedsnet i overgangen til den nye organisering af apopleksiforløb i form af mulighed for telefonisk kontakt og mulighed for tilsyn.

### **Sundhedsfaglige mål:**

- At der udarbejdes behandlings- og rehabiliteringsplan for patienter udskrevet til rehabilitering på hovedfunktionsniveau i Vestklyngen.
- At patientens behandlings- og rehabiliteringsplan følges og der sker en opfølgning.
- At patient og pårørende får forudsætninger for at mestre et kvalitativt godt liv efter udskrivning med de ændrede betingelser, som apopleksien medfører.
- At patienter modtager træning med en hyppighed svarende til anbefalinger i forløbsprogrammet for voksne med senhjerneskode
- At patienten genvinder tabte færdigheder i muligt omfang.
- At genoptræning fortsættes i kommunen umiddelbart efter udskrivelsen
- At al behandling og rehabilitering forgår med udgangspunkt i en individuel konkret udredning af personens behov
- Alle indsatser tilrettelægges og målrettes den enkelte person

## **Patienttyper/Målgruppe**

På et overordnet plan forventes der at være tre forskellige patienttyper, hvor det udgående apopleksiteam inddrages i forløbet:

- 1) patienter med lettere apopleksier
- 2) patienter med svære følger og beskedent rehabiliteringspotentiale
- 3) patienter fra plejebolig, som skal tilbage til plejebolig

***Se nærmere beskrivelse af patienttyperne i Bilag 1.***

## **Organisering**

Jf. Forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskode hænger effekten af den samlede indsats sammen med organisering i et tæt koordineret teambaseret interdisciplinært samarbejde og medvirken af relevante fagpersoner på relevante tidspunkter. (2). Dette bør derfor være det bærende princip i organiseringen på både regionalt og kommunalt niveau.

### **Det udgående apopleksiteam**

Det udgående apopleksiteam består af læge, sygeplejerske, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Apopleksiteamet tilknyttes afsnit N1 på Neurologisk afdeling, Hospitalsenheden Vest. Lægen vil primært have rådgivende funktion med tilstedeværelse på Neurologisk afdeling. De øvrige teammedlemmer vil derudover også have udgående funktion og varetage opgaver i patientens hjem.

### **Organisation og ledelse Hospitalsenheden Vest**

Ledelsen af apopleksiteamet i Hospitalsenheden Vest går på tværs af de interne ledelsesstrukturer.

De involverede afdelinger er følgende:

- Medicinsk Afdeling, herunder Afdelingsledelsen for Medicinsk Afdeling
- Ergoterapi – og Fysioterapiafdelingen, herunder ledende terapeut neurologi-medicin og Afdelingsledelsen i Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen
- Neurologisk Afdeling, herunder afdelingssygeplejerske i N1 og Afdelingsledelsen i Neurologisk Afdeling

Da apopleksiteamet er en integreret funktion med opgaver i akutafsnit N1, refererer medarbejdere i apopleksiteamet til de respektive afsnitsledere.

Afdelingsledelserne i medicin, neurolog og terapi er ansvarlige for den samlede kvalitet, opfølgning og tilpasning af samarbejde og samordning og for den strategiske udvikling sammen med de respektive afdelingsledelser.

De respektive afdelingsledelser er ansvarlige for kvalitet, aktivitet og budget i den daglige drift og tilpasning såvel som i den strategiske udvikling. Endvidere har afdelingsledelserne ansvar for samarbejde på tværs af afdelinger og sektorer.

Ledelsesopgaven på afdelingsniveau af apopleksiteamet omfatter daglig driftsledelse med tilpasning og udvikling samt samarbejde udadtil med kommunerne og indadtil på hospitaler.

Ligeledes har ledere af afsnit ansvar for de personalepolitiske rammer for trivsel og arbejdsmiljø, faglige kompetencer, overholdelse af budget aftaler, normeringer og planlægning af fremmøde.

### **Organisering i kommunerne**

I forhold til indgangen er der forskellig organisering i kommunerne i Vestklyngen. Kontakten til kommunen formidles af den udskrivende afdeling eller apopleksiteamet. Genoptræningsbehov formidles via genoptræningsplan.

I henhold til den politiske sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade (4) anbefales det, at kommunerne etablerer en hjerneskadekoordinatorfunktion og et hjerneskadeteam med henblik på at optimere koordineringen af rehabiliteringsforløberne i kommunerne. Dette understøttes af anbefalinger i Forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (2, s.48)

## **Styrende værdier på centrale områder**

Opgaven og indsatsen bygger på værdier, som er vigtige i planlægning, den daglige drift, den ønskede udvikling og evaluering til gavn for patienter og pårørende.

- Dialog, dristighed og dygtighed
- Tværfaglighed, ligeværdighed og neurofaglige specialistkompetencer
- Ensartethed, individualitet og fleksibilitet
- Samarbejde
  - Mellem hospitaler i Region Midtjylland
  - Med kommunerne i Vestklyngen
- Samarbejde med patienten og kontinuitet i patientforløbet
- Kommunikation og koordination direkte og via teknologi

## **Apopleksiteamets overordnede opgave**

Det udgående apopleksiteam på Hospitalsenheden Vest har overordnet til opgave at sikre en koordineret, god, sikker og individuel udskrivelse af visiterede apopleksipatienter til patientens hjem eller til et korttidsophold i primær sektor. Dette skal ske i overensstemmelse med Sundhedsaftalerne.

Apopleksiteamet skal følge op på patienterne, som udlægges til eget hjem. Der vil være mulighed for direkte opfølgning eller telefonisk opfølgning. Apopleksiteamet følger blandt andet op på udredning og behandling, der er iværksat under indlæggelse samt står til rådighed med neurofaglige specialkompetencer i forbindelse med udlægningen til eget hjem.

Hjerneskaderehabilitering på hovedfunktionsniveau omfatter iflg. Forløbsprogrammet for rehabilitering af Voksne med Erhvervet Hjerneskode, rehabilitering og kontrol af hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af begrænset kompleksitet. Rehabilitering retter sig mod de motoriske, kognitive og psykosociale følger af sygdommen, forebyggelse og sundhedsfremme for patienten samt inddragelse af pårørende med sigte på livet efter udskrivning. Dette iværksættes konkret i hjemmet efter aftale med apopleksiteamet.

Apopleksiteamet har en koordinerende og samarbejdende rolle i patientforløbet både internt i Hospitalsenheden Vest og eksternt i forhold til kommunerne.

I praksis bør det være den faggruppe, hvis kerneopgaver ligger tættest på patientens behov, som varetager opgaven / forløbet. Der er behov for tæt tværfaglig dialog i teamet og regelmæssig konference om patientforløbene. Ét af teamets medlemmer skal kunne agere på teamets vegne med teamets faglige synspunkter og vurderinger. Dette vil i praksis oftest være kontaktpersonen.

### **Lægefaglige kerneopgaver i udgående apopleksiteam**

Lægen indgår i tværfaglige opgaveløsninger i det udgående apopleksiteam og bidrager med screening, visitation, undersøgelse, udredning, behandling, udskrivelser og overdragelse til primær sektor.

Den lægefaglige indsats skal ske i tæt tværfagligt samarbejde mellem de enkelte faggrupper tilknyttet teamet, og alle patientforløb skal tilrettelægges og tilpasses med udgangspunkt i den enkelte patients behov og ressourcer.

Lægen i apopleksiteamet har det overordnede behandlingsansvar for patienten i den tidsperiode, hvor apopleksiteamet er tilknyttet patienten og vurderer, hvornår patienten kan afslutte forløbet, som derefter overgår til egen læge. Lægen i apopleksiteamet er ansvarlig for at give egen læge besked ved afslutning af forløbet (epi-krise). Hvis patienten ikke er medicinsk færdigbehandlet, når denne udlægges til eget hjem, sendes en foreløbig epi-krise til egen læge.

Lægen i apopleksiteamet har mulighed for at genindlægge patienten, så længe patienten er tilknyttet apopleksiteamet.

Er der behov for lægehjælp efter udskrivning fra apopleksiteamet kontaktes den praktiserende læge eller lægevagten.

### **Ergo - og fysioterapeutiske kerneopgaver i udgående apopleksiteam**

Ergo - og fysioterapeuter indgår i tværfaglige opgaveløsninger i det udgående apopleksiteam og bidrager med screening, visitation, undersøgelse, udredning, behandling, udskrivelser, overdragelse til primær sektor, henvisning til genoptræning eller udarbejdelse af genoptræningsplan, ambulante opfølgning i patientens hjem og i enkelte tilfælde specialiseret genoptræning. Udarbejdelse af genoptræningsplaner følger Sundhedsaftalen, således at der *ikke* udarbejdes genoptræningsplan i de tilfælde, hvor den ergo- og fysioterapeutiske intervention alene relaterer sig til undersøgelse, vurdering, planlægning og behandling, mens der udarbejdes genoptræningsplan i de tilfælde, hvor patienten skal modtage genoptræningsydelse til enten specialiseret eller almindelig genoptræning.

Ergoterapi: Undersøgelser- og behandlingsmetoder vælges på baggrund af screening ift. patientens funktionsevne og funktionsevnenedsættelser, og retter sig mod patientens funktionsevne særligt ift. ansigt, mund og svælg, dagligdags aktiviteter, kognition, social/emotionel status samt evt. behov for hjælpemidler.

Fysioterapi: Undersøgelser- og behandlingsmetoder vælges på baggrund af screening ift. patientens funktionsevne og funktionsevnenedsættelser, og retter sig mod patientens funktionsevne særligt ift. styrke, udholdenhed, stabilitet, bevægelighed, balance, respiration, forflytning, lejrning, stand- og gang, social/emotionel status samt evt. behov for hjælpemidler.

Den fysio- og ergoterapeutiske indsats skal ske i tæt tværfagligt samarbejde mellem de enkelte faggrupper tilknyttet teamet, og alle patientforløb skal tilrettelægges og tilpasses med udgangspunkt i den enkelte patients behov og ressourcer.

### **Sygeplejefaglige kerneopgaver i udgående apopleksiteam**

Sygeplejersken indgår i tværfaglige opgaveløsninger i det udgående apopleksiteam og bidrager med screening, visitation, undersøgelse, udredning, behandling, udskrivelser, overdragelse til primær sektor, ambulante opfølgning i patientens hjem samt forebyggelse af indlæggelse.

Den sygeplejemæssige indsats skal ske i tæt tværfagligt samarbejde mellem de enkelte faggrupper tilknyttet teamet, og alle patientforløb skal tilrettelægges og tilpasses med udgangspunkt i den enkelte patients behov og ressourcer.

Sygepleje: Undersøgelser- og behandlingsmetoder vælges på baggrund af screening ift. patientens funktionsevne og funktionsevnenedsættelser, og retter sig mod funktionsevne særligt ift. respiration, ernæring, blodtryk, IV/ subcutan behandling, blodtransfusion, afføring, vandladning, diabetesbehandling, søvnmønster samt social/emotionel status.

### **Henvisning ad hoc til andre faggrupper**

Der er behov for, at apopleksiteamet ad hoc kan indhente rådgivning fra eller henvise til andre faggrupper:

- Neuropsykologer med specialkompetencer i at afdække omfang af kognitive dysfunktioner samt krise- og mestringsstrategier i forhold til patienter og pårørende.
- Logopæd i forhold til tale-, koncentrations- og genlæring.
- Diætist

***I oversigtstabellen i Bilag 2 er opgaver og samarbejdsflader nærmere beskrevet.***

## **Tværasektorielt samarbejde**

Sundhedsaftalerne i Vestklyngen vil være bærende i overdragelsen af patienterne til kommunen fra det akutte apopleksiafsnit i Holstebro. Det udskrivende sygehus eller apopleksiteamet er ansvarlig for at tage kontakt til kommunens myndighedsafdeling i patientens hjemkommune.

Det udgående apopleksiteam og kommunerne er sammen ansvarlige for at sikre sammenhæng og koordinering i de patientforløb, der går på tværs af region og kommune således, at den enkelte person modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet (2).

Apopleksiteamet har en vigtig rolle i overdragelsen til kommunen og skal:

- følge op på behandling og rehabilitering givet under indlæggelsen
- færdiggøre planlagt udredning af funktionsevnen
- behandle følgetilstande og komorbiditet eksempelvis forhøjet blodtryk, dysreguleret diabetes, forværring af KOL, atrieflimmer etc.
- give mulighed for genindlæggelse ved behov (vurderes af læge i apopleksiteamet)
- rådgive personalet i kommunen ved behov
- sikre sammenhæng i patientforløbet ved udskrivelse, så der ikke opstår uhensigtsmæssige forsinkelser i behandlings- og rehabiliteringsforløbet for patienten.

Kommunen har kompetence og ansvar for det kommunale rehabiliteringstilbud kvalitativt og kapacitetsmæssigt og er samarbejdspartner til apopleksiteamet i hele forløbet.

I forhold til hjælpemidler henvises til sundhedsaftalerne og afklaringskataloget på hjælpemiddelområdet.

Når apopleksiteamet afslutter patienten udarbejdes statusdokumenter/epikrise, der sendes til kommunen og praktiserende læge.

Ved akut opstået sygdom hos patienten kontaktes egen læge/vagtlæge. Apopleksiteamet kan kontaktes i dagtiden på hverdage om problemstillinger, der relaterer til behandlings- og rehabiliteringsforløbet.

I det tidsrum patienten er udlagt i hjemmet med apopleksiteamet, er der tale om en åben indlæggelse. Det betyder, at hvis patienten skal genindlægges i relation til apopleksi-forløbet kan det ske udenom vagtlæge-systemet.

***I oversigtstabellen i Bilag 2 er opgaver og samarbejdsflader nærmere beskrevet.***

## **Samarbejde mellem Hospitalsenheden Vest og praktiserende læger**

Lægen i apopleksiteamet er ansvarlig for udrednings- og behandlingsforløbet, så længe patienterne er tilknyttet apopleksiteamet. Når patienten udlægges i hjemmet sendes en foreløbig epi-krise til egen læge. Når forløbet afsluttes og patienten udskrives, overgår behandlingsansvaret til egen læge og der udarbejdes og sendes en endelig epi-krise.

Det skal tydeligt kommunikeres til de kommunale medarbejdere, at ansvaret er overgået til egen læge. Når patienten er afsluttet af apopleksiteamet har egen læge ansvar for ved behov at genhenvise til fornyet ambulans udredning eller rehabilitering i sygehusregi.

Ved akut opstået sygdom hos patienten efter udskrivelsen kontaktes egen læge med henblik på iværksættelse af relevant behandling.

***I oversigtstabellen i Bilag 2 er opgaver og samarbejdsflader nærmere beskrevet***



## Kompetencer

Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for Rehabilitering af Voksne med Erhvervet Hjerneskade stiller krav til de faglige kompetencer samt til en tværfaglig forståelse og tilgang i opgaveløsningen. For at sikre høj faglig kvalitet i rehabiliteringen bør regioner og kommuner sikre tilstrækkelig og opdateret neurofaglig viden blandt alle involverede faggrupper. (2, s.67) "I forlængelse heraf bør regioner og kommuner aftale, hvordan de nødvendige kompetencer tilvejebringes og udnyttes på tværs af sektorer. Dette kan eksempelvis sikres gennem fælles tværsektoriel uddannelse, som vil øge kendskabet til andre faggruppers kompetencer og arbejdsopgaver samt understøtte kulturer, der samarbejder på tværs." (2, s. 67)

Personalet i det udgående apopleksiteam har erfaring med behandling og rehabilitering af patienter med apopleksi. Forud for etablering af teamet har personalet deltaget i et 3 dages kursus arrangeret på Hammel Neurocenter.

### Tværfaglige kompetencer i det udgående apopleksiteams tager udgangspunkt i:

#### Kerneydelser

- Neuropædagogiske kompetencer
- Indgående kendskab til patientkategorien
- Validerede vidensområder
- Specielle kompetencer, monofaglige
- Basiskompetencer, tværfaglige

#### Kontinuitet

- Basisviden ift. at vurdere behov for andre faggruppers indsats
- Tovholder ift. patientforløb

#### Koordination

- Målsætning med patienten
- Plan
- Handling
- Status
- Samarbejde med relevante parter; patient, pårørende, interne og eksterne samarbejdspartnere

#### Kommunikation

- Kommunikative kompetencer
- Samarbejde med relevante parter; patient, pårørende, interne og eksterne samarbejdspartnere

## Evaluering

Kvaliteten dokumenteres og evalueres overordnet på regionalt niveau, hvor der er nedsat en regional gruppe primo 2012. Kvalitetsopfølgningen kommer til at ske ud fra

- brugeroplevet kvalitet
- faglig kvalitet
- organisatorisk kvalitet

Derudover har Vestklyngen fået projektmidler til at lave udviklingsaudit i forhold til omlægningen. Den nærmere tidsplan, metode, og ansvar skal aftales i Klyngestyregruppen / Faglig Følgegruppe.

Endvidere forpligter parterne sig på at henvende sig løbende ved uhensigtsmæssigheder i de enkelte forløb.

## Reference

- 1) Opgaveoverdragelsesdokument i forbindelse med omlægning af apopleksiforløb i Region Midt, 2012  
[http://www.regionmidtjylland.dk/files/Politik/Sundhedskoordinationsudvalget/2012-03-05/Punkt\\_1\\_Bilag\\_1\\_.pdf](http://www.regionmidtjylland.dk/files/Politik/Sundhedskoordinationsudvalget/2012-03-05/Punkt_1_Bilag_1_.pdf)
- 2) Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen, 2011.  
<http://www.sst.dk/publ/Publ2011/BOS/Hjernetraume/ForloepsprogramVoksneHjernetraume.pdf>
- 3) Sundhedsaftaler 2011-2014 - Det somatiske område.
- 4) Politiske sundhedsaftaler for voksne med hjerneskade

# Bilag 1

## Eksempel på tre forskellige patienttyper med apopleksi, hvor det udgående apopleksiteam i Hospitalsenheden Vest inddrages i forløbet:

- 1) patienter med lettere apopleksier
- 2) patienter med svære følger og beskedent rehabiliteringspotentiale
- 3) patienter fra plejebolig, som skal tilbage til plejebolig

I det følgende beskrives karakteristika, forløb og forslag til arbejdsdeling i patientforløbet med udgangspunkt i Region Midtjyllands overordnede opgaveoverdragelsesdokument og "Samarbejde om gode patientforløb for borgere fra Århus Kommune med Apopleksi i samarbejde med Apopleksiteamet" (marts 2009)

## Type 1 – patienter med lettere apopleksi

### Karakteristika for målgruppen

Patienten er oftest indlagt i 2-3 dage i det akutte apopleksiafsnit. Patienten er ved udskrivelsen stort set selvhjulpne. Patienten kan udskrives til egen bolig. Der kan være behov for enkelte ydelser ved hjemmeplejen, praktisk hjælp og/eller hjælpemidler. Der kan være behov for lettere/kortvarig rehabilitering.

### Det akutte apopleksiafsnits opgaver ved udskrivelsen

- Det akutte apopleksiafsnit vurderer behov for rehabilitering (herunder genoptræning)
  - Patienten udskrives ved behov med genoptræningsplan til almindelig genoptræning. Det akutte apopleksiafsnit udfærdiger genoptræningsplan. eller
  - Patienten udskrives til vurdering af genoptræningsbehov i eget hjem ved apopleksiteamet.
- Patienten udskrives med den ordinerede medicin til minimum 2 hverdage. Kommunen overtager umiddelbart denne opgave.
- Det akutte apopleksiafsnit beskriver behovet for hjemmepleje til basale daglige aktiviteter og videregiver dette til kommunens myndighedsafdeling i hjemkommunen.
- Inden udskrivelse vurderer hospitalet patientens funktionsevne i relation til behov for sygeplejeartikler og hjælpemidler. Bevilling følger Sundhedsaftalen, herunder det vejledende afklaringskatalog på området.
- Patienten vil typisk være type 2C jf. de generelle sundhedsaftaler med en forberedelsestid på 2 hverdage.

### Apopleksiteamets opgaver ved opfølgning og udskrivelse til kommunen.

- Apopleksiteamet følger op på ordination af ydelser, som ikke er foretaget inden udskrivelsen fra det akutte apopleksiafsnit: medicin, vurdering af behov for genoptræning/rehabilitering, hjælpemidler, hjemmepleje m.m.
- Følger op på behandling og rehabilitering givet under indlæggelse.
- Vurderer og handler på observationer overleveret fra kommunen, eksempelvis blodtryksmålinger.
- Iværksætter ved behov kortvarig opfølgende behandling fx i forhold til dysfagi-problematikker, blodtryksregulering, følgetilstande, komorbiditet o.l.
- Der kan ved behov arrangeres møde med relevante samarbejdspartnere fra kommunen via kommunens myndighedsafdeling.

- Giver besked til kommunens myndighedsafdeling, når apopleksiteamet afslutter forløbet.
- Lægen i apopleksiteamet afslutter hurtigt patienten til egen læge. Der udarbejdes epikrise og ansvaret overgår til egen læge. Der udfærdiges evt. recepter på ny medicin.

Hvis patienten efter en periode vurderes at have et betydeligt rehabiliteringspotentiale, kan egen læge henhenvise til fornyet udredning ved apopleksiteamet.

### **Kommunens opgaver ved opfølgning og overdragelse.**

- Overtager medicindosering.
- Melder faglige observationer tilbage til apopleksiteamet.
- Iværksætter hjemmepleje til basale daglige aktiviteter.
- Opstarter genoptræning ved patienter, hvor der foreligger en genoptræningsplan på almindelig genoptræning.
- Kommunen overtager koordination af rehabiliteringsindsatsen herunder sikrer at der tages hånd om sociale og arbejdsmæssige problemstillinger.

## **Type 2 – patienter med svære følger og beskedent rehabiliteringspotentiale**

### **Karakteristika for målgruppen**

Patienten er oftest indlagt i det akutte apopleksiafsnit i 3 - 4 dage. Patienten har svære følger af sin apopleksi. Det viser sig bl.a. ved, at patienten ikke selv er i stand til at tilkalde hjælp og har omfattende plejebest. Der kan f.eks. være problemstillinger i forhold til vandladning, ernæring, forflytning, lejring, søvn, synkefunktion, vejrtrækning samt opgaver vedr. medicinering. Patienten skønnes at have beskedent rehabiliteringspotentiale og skønnes at have behov for korttidsplads eller plejebolig.

Ved udskrivelsen tilknyttes det udgående apopleksiteam patienten enten til korttidsplads eller plejebolig. Det efterfølgende forløb for patienten sker i tæt tværfagligt samarbejde mellem det udgående apopleksiteam og personale tilknyttet korttidspladsen eller plejeboligen. Der lægges en individuel plan for det enkelte forløb med udgangspunkt i patientens behov.

Patienten vil typisk være type 2D jf. de generelle sundhedsaftaler med en forberedelsestid på 5 kalenderdage.

### **Det akutte apopleksiafsnits opgaver, når patienten skal udskrives til plejebolig eller korttidsplads**

- Det akutte apopleksiafsnit vurderer rehabiliteringsbehov og – potentiale.
- Når det akutte apopleksiafsnit vurderer, at patienten har beskedent rehabiliteringspotentiale og behov for plejebolig eller korttidsplads, kontakter de kommunen herom. Det er kommunens beslutning, hvorvidt borgeren skal på en korttidsplads eller i eget hjem
- Udskriver patienten til hjemkommunen.

## Den udskrivende afdelings opgaver ved udskrivelsen

- Den udskrivende afdeling beskriver behovet for hjemmepleje til basale daglige aktiviteter og videregiver dette til visitator i hjemkommunen.
- Den udskrivende afdeling vurderer behov for hjælp og sygeplejeydelser og videregiver dette til kommunens myndighedsafdeling i hjemkommunen
- Patienten udskrives med den ordinerede medicin til minimum 2 hverdage. Kommunen overtager umiddelbart denne opgave.
- Inden udskrivelse vurderer hospitalet patientens funktionsevne i relation til behov for sygeplejeartikler og hjælpemidler. Bevilling følger Sundhedsaftalen, herunder det vejledende [afklaringskataloget](#) på området.

## Apopleksiteamets opgaver ved opfølgning og udskrivelse til kommunen.

Det udgående apopleksiteam løser følgende opgaver:

- Tæt opfølgning af iværksat behandling og patientens tilstand i den kommunale korttidsplads eller i den plejebolig, som patienten er udskrevet til.
- Vurderer og handler på observationer overleveret fra kommunen, eksempelvis blodtryksmålinger
- Iværksætter ved behov kortvarig opfølgende behandling fx i forhold til komplikationer, følgetilstande og komorbiditet.
- Leverer et "sikkerhedsnet" i form af mulighed for telefonisk konsultation og mulighed for tilsyn i den periode, hvor apopleksiteamet tilknyttet
- Giver besked til hjemmeplejen, når forløb afsluttes.
- Læge i apopleksiteamet afslutter patienten til egen læge. Der udarbejdes epikrise og ansvaret overgår til egen læge. Der udfærdiges evt. recepter på ny medicin.

Hvis patienten efter en periode vurderes at have et betydeligt rehabiliteringspotentiale, kan egen læge genhenvise til fornyet udredning ved apopleksiteamet.

## Kommunens opgaver ved opfølgning og overdragelse.

- Vurderer behovet for korttidsplads, plejebolig eller muligheden for pleje i eget hjem
- Overtager medicindosering
- Melder faglige observationer tilbage til apopleksiteamet
- Iværksætter hjemmepleje til basale daglige aktiviteter.
- Kommunen overtager koordination af forløbet, herunder sikrer at tages hånd om sociale og arbejdsmæssige problemstillinger.

## Type 3 – patienter fra plejebolig, som skal tilbage til plejebolig

### Karakteristika for målgruppen

Patienten bor inden indlæggelsen i kommunal plejebolig og udskrives igen til plejebolig.

Der er 2 typer af forløb:

- a) Patienten indlægges med apopleksi og har ingen ændring i funktionsevne (ingen ændring i plejebehov)
- b) Patienten indlægges med apopleksi og har ændring i funktionsevne (ændret plejebehov, evt. behov for hjælpemidler).

### **A: Forløb for patienter, der efter apopleksi ikke har ændring i funktionsevne**

Patienten er indlagt 2-3 dage. Patienten kan udskrives direkte fra det akutte apopleksiafsnit til plejebolig, hvis tilstanden ikke kræver indlæggelse. Det udgående apopleksiteam *kan* ved behov tilknyttes patienten.

Patienten vil typisk være type 2C jf. de generelle sundhedsaftaler med en forberedelsestid på 2 hverdage.

### **B: Forløb for borgere der efter apopleksi har ændring i funktionsevne**

Patienten er indlagt 2-3 dage. Patienten kan udskrives direkte fra det akutte apopleksiafsnit med opfølgning af det udgående apopleksiteam, hvis tilstanden ikke kræver indlæggelse. Hvis patienten har genoptræningspotentiale udarbejdes der en genoptræningsplan (almindelig genoptræning). Borgeren genoptræner i plejebolig.

Patienten vil typisk være type 2C jf. de generelle sundhedsaftaler med en forberedelsestid på 2 hverdage.

Efter udskrivelsen er der et tæt tværfagligt samarbejde mellem det udgående apopleksiteam og personale tilknyttet plejeboligen. Der lægges en individuel plan for det enkelte forløb med udgangspunkt i borgerens behov.

### **Den udskrivende afdelings opgaver ved udskrivelsen**

- Det akutte apopleksiafsnit vurderer rehabiliteringsbehov og – potentiale
- Den udskrivende afdeling beskriver det ændrede behov for hjemmepleje til basale daglige aktiviteter og videregiver dette til visitator i hjemkommunen.
- Den udskrivende afdeling vurderer behov for hjælp og sygeplejeydelser og videregiver dette til Kommunens myndighedsafdeling i hjemkommunen.
- Patienten udskrives ved behov med en genoptræningsplan til almindelig genoptræning.
- Patienten udskrives med den ordinerede medicin til minimum 2 hverdage. Kommunen overtager umiddelbart denne opgave.
- Inden udskrivelse vurderer hospitalet patientens funktionsevne i relation til behov for sygeplejeartikler og hjælpemidler. Bevilling følger Sundhedsaftalen, herunder det vejledende [afklaringskataloget](#) på området.

### **Apopleksiteamets opgaver ved opfølgning og udskrivelse til kommunen.**

Det udgående apopleksiteam løser følgende opgaver:

- Hvis patienten ikke har ændret funktionsevne, vurderes om det er relevant med apopleksiteamets involvering.
- Hvis patienten har et behandlings- og rehabiliteringsbehov sker der tæt opfølgning af iværksat behandling og patientens tilstand i den kommunale plejebolig.
- Apopleksiteamet følger op på ordination af ydelser, som ikke er foretaget inden udskrivelsen fra det akutte apopleksiafsnit - medicin, vurdering af behov for genoptræning/rehabilitering, hjælpemidler, hjemmepleje m.m.
- Vurderer og handler på observationer overleveret fra kommunen, eksempelvis blodtryksmålinger
- Iværksætter ved behov kortvarig opfølgende behandling fx i forhold til komplikationer, følgetilstande og komorbiditet.
- Leverer et "sikkerhedsnet" i form af mulighed for telefonisk konsultation og mulighed for tilsyn i den periode, hvor apopleksiteamet tilknyttes.
- Giver besked til hjemmeplejen, når forløb afsluttes.
- Læge i apopleksiteamet afslutter patienten til egen læge. Der udarbejdes epikrise og ansvaret overgår til egen læge. Der udfærdiges evt. recepter på ny medicin.

Hvis patienten efter en periode vurderes at have et betydeligt rehabiliteringspotentiale, kan egen læge genhenvise til fornyet udredning ved apopleksiteamet.

### **Kommunens opgaver ved opfølgning og overdragelse.**

- Overtager medicindosering.
- Melder faglige observationer tilbage til apopleksiteamet.
- Iværksætter hjemmepleje til basale daglige aktiviteter.
- Iværksætter genoptræning ved patienter, hvor der foreligger en genoptræningsplan på almindelig genoptræning.
- Kommunen overtager koordination af rehabiliteringsindsatsen herunder sikrer, at der tages hånd om sociale problemstillinger.

## **Vedr. korttidspladser og plejeboliger (tillæg til type 2 og 3)**

### **Ansvars- og arbejdsdeling**

Ansvars- og arbejdsdelingen mellem hospitalet og kommunen vil være forskellig afhængigt af, om patienten er visiteret til korttidsplads eller plejebolig. Baggrunden herfor er, at personalet tilknyttet korttidspladser forventes hurtigere at tilegne sig de relevante kompetencer, da de hele tiden vil være i berøring med målgruppen. Det gælder alle faggrupper. Personalet i plejeboligerne vil ikke i samme omfang være i berøring med målgruppen. Derfor forventes der behov for mere tid til oplæring af personalet der.

### **Ansvars- og arbejdsdeling – korttids-pladser**

#### **Læge**

Lægen i det udgående apopleksiteam har det lægefaglige ansvar for patienten i den tidsperiode, hvor apopleksiteamet er inde i forløbet. Lægen i Apopleksiteamet vurderer, hvornår han/hun kan afslutte forløbet, som derefter overgår til egen læge. Lægen i Apopleksiteamet er ansvarlig for at give egen læge besked ved afslutning af forløbet (der udarbejdes epi-krise). Lægen i Apopleksiteamet er ansvarlig for, at personalet ved korttidspladserne er orienteret om, hvordan neurologisk afdeling kan konsulteres i dagstid.

#### **Sygeplejerske**

Sygeplejerske i det udgående apopleksiteam er ansvarlig for, at plejepersonalet tilknyttet korttidspladsen er oplært til de plejemæssige opgaver, der kan være omkring patienten. Det kan f.eks. være instruktion i sug, blodsuktermåling og hvordan der skal ageres, hvis det er for lavt, opgaver i forbindelse med sondeernæring, forebyggelse af tryksår, blodprøvetagning (på sigt), vejledning i forhold til ødemer, lejring m.m.

#### **Ergoterapeut eller fysioterapeut**

Ergoterapeuter og fysioterapeuter i det udgående team er ansvarlig for ved behov at supervisere, vejlede og/eller oplære ergoterapeuter, fysioterapeuter og evt. plejepersonalet tilknyttet korttidspladserne eller plejeboligen i forhold til de terapeutiske opgaver, der kan være omkring patienten.

### **Ansvars- og arbejdsdeling – plejeboliger**

Ansvars- og opgavefordelingen ved udskrivelse til plejebolig følger ovenstående beskrivelse af lægens, sygeplejerskens, ergoterapeutens og fysioterapeutens opgaver.

Dog må det forventes, at det udgående apopleksiteam har flere opgaver i relation til målgruppen, når udskrivelsen sker direkte til plejebolig, da personalet her ikke nødvendigvis har den tætte føling med målgruppen.

Ergoterapeuten og fysioterapeuten fra det udgående apopleksiteam vil have flere opgaver her. Samtidigt skal der være fokus på, om der er behov for oplæring af personale i såvel dag-, aften og nattevagter f.eks. i plejeopgaver som sug, sondeernæring m.m.. Der vil være behov for klare aftaler om "sikkerhedsnet"; hvornår og hvordan apopleksiteamet kan konsulteres, hvis der er tvivl eller spørgsmål i forløbet i forhold til patientens tilstand.



## Bilag 2 – Opgaver og samarbejdsflader

Opgave	Hvordan løses opgaven	Ansvarlig
<p><b>Udskrivelsen fra akut apopleksiafdeling N1, Regionshospitalet Holstebro:</b></p> <p>Hos patienterne er der foretaget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CT/ MR scanning</li> <li>• UL af halskar</li> <li>• Kardiell udredning (telemetri/Holter evt. ekkokardiografi, monitorering af blodtryk)</li> <li>• Ernæringscreening</li> <li>• Dysfagiscreening</li> <li>• Vurdering ved fysioterapeut</li> <li>• Vurdering ved ergoterapeut</li> <li>• Identificering vandladningsproblemer</li> <li>• Status for diverse biokemiske parametre samt behov for opfølgning</li> <li>• Vurdering af behov for hjælpemidler</li> <li>• Vurdering af behov for logopædbistand</li> <li>• Vurdering af udredning af kognitive deficits</li> </ul> <p>Afd. N1 afklarer patientens overordnede behov og ønsker for videre rehabilitering.</p> <p>Afd. N1 visiterer patienten til rehabilitering i eget hjem.</p> <p>Samtykke indhentes for videregivelse af oplysninger til kommunen og apopleksiteamet.</p> <p>Der afholdes videokonference, hvor der oplyses om patienter, der er potentielle kandidater til rehabilitering på hovedfunktionsniveau. Apopleksiteamet har læseadgang til Midt EPJ.</p> <p>Udarbejdelse af lægefagligt udskrivelsesnotat/epikrise, sygeplejeepikrise, status fra fys/ergo, medicinliste.</p>	<p>Evt. Udskrivelsessamtale med patient/pårørende</p> <p>Videokonference kl. 10.00</p> <p>Samtale (evt. telefonisk kontakt)</p>	<p>Afd. N1, Holstebro</p> <p>Afd. N1, Holstebro</p> <p>Afd. N1, Holstebro</p> <p>Afd. N1, Holstebro + Apopleksi-teamet</p>

<p>Udarbejdelse af genoptræningsplan til almindelig genoptræning</p> <p>Informere patient og pårørende om udskrivelsen</p> <p>Aftaler om medicindosering (medbringe medicin til 2 dage)</p>		<p>Afd. N1, Holstebro</p> <p>Afd. N1, Holstebro</p> <p>Afd. N1, Holstebro</p>
<p><b>For patienter, der udskrives direkte til eget hjem gælder:</b></p> <p>Den akutte neurologiske afdeling N1 kontakter den kommunale myndighedsafdeling. Patienten kan udskrives efter gældende sundhedsaftaler (se bilag 1). Der laves aftaler om hjælp i hjemmet, medicindosering, mad etc.</p> <p>Den videre behandling og rehabilitering overdrages til apopleksiteamet. Apopleksiteamet udskriver selv relevante dokumenter fra Midt EPJ.</p> <p>Når patienten udskrives fra N1 sker det efter gældende Sundhedsaftaler. Apopleksiteamet kan efter udskrivelse have opgaver ift. behandling og rehabilitering. Det aftales ved udskrivelsen i hvilket omfang apopleksiteamet involveres efter udskrivelsen. For beskrivelse af de 3 patienttyper – se bilag 1.</p>	<p>Videokonference/telefonisk kontakt.</p>	<p>Afd. N1, Holstebro</p> <p>Apopleksi-teamet</p>
<p><b>Når patienten kommer hjem:</b></p> <p>På baggrund af oplysninger fra N1 koordineres det, hvem fra apopleksiteamet, der er sundhedsfaglig kontaktperson. Denne foretager den første kontakt til patienten. Dette kan være besøg i hjemmet, telefoniske kontakt eller kontakt til personalet i kommunen.</p> <p>Der skal følges op på</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opgaver vedr. medicinjustering</li> <li>• Hjælpemidler</li> <li>• Forhåndsftaler om hjælp fra hjemmeplejen, mad</li> <li>• Basale ADL-funktioner</li> <li>• Inddragelse af pårørende i relevant omfang</li> </ul>	<p>Daglig konference i Apopleksi-teamet kl. 9.00</p>	<p>Apopleksi-teamet er ansvarlig for yderligere behandling og udredning. Personale fra kommunen er ansvarlig for daglige ADL funktioner og evt. almindelig genoptræning.</p> <p>Apopleksiteamet har rådgivende funktion ift. kommunen.</p>



<p><b>Overdragelse:</b></p> <p>De enkelte indsatsområder overdrages enten umiddelbart i forbindelse med udskrivelsen eller efter opstart af behandling og udredning</p> <p>Overdragelse kan ske via telefon eller der kan arrangeres et "overdragelsesmøde" i borgerens eget hjem.</p> <p>Der udarbejdes genoptræningsplan ved behov</p> <p>Der udarbejdes sygeplejefaglig udskrivningsrapport.</p> <p>Der udarbejdes epikrise, recepter m.v.</p>	<p>Instruktion, træning under supervision, sparring efter træning</p> <p>Telefonsamtale eller møde Epi-krise sendes til egen læge og kommunen og gives til patienten.</p> <p>Jf. Sundhedsaftalerne sendes genoptræningsplanen visitator, hjerneskadekoordinator og gives til patienten.</p>	<p>Apopleksi-teamet i samarbejde med kommunerne</p> <p>Apopleksi-teamet i samarbejde med kommunen</p> <p>Lægen i Apopleksi-teamet ordinerer og fysioterapeut eller ergoterapeut udarbejder GOP.</p> <p>Sygeplejerske i Apopleksi-teamet</p> <p>Læge i APO-teamet.</p>
<p><b>Fortsat rehabilitering og vedligeholdende opgaver:</b></p> <p>Træning ved ergoterapeut og fysioterapeut ved behov</p> <p>Sygeplejefaglige opgaver ved behov</p> <p>Praktisk hjælp og støtte i hjemmet ved behov</p> <p>Logopædisk, neuropsykologisk, social- og arbejdsmæssige indsats ved behov.</p> <p>Biform eller boligændring ved behov</p> <p>Lægefaglig opfølgning ved behov</p>		<p>Det kommunale personale.</p> <p>Koordinator i forløbet er kommunens udpegede kontaktperson, evt. hjerneskadekoordinatoren, hvis en sådan findes.</p> <p>Telefonisk supervision ved apopleksiteamet-teamet (telefonid)</p> <p>Praktiserende læge</p>
<p><b>Opfølgning</b></p> <p>Efter udskrivelse og apopleksiteamets involvering ringes der efter 1-2 uger til patient eller pårørende. Der spørges til sammenhæng i patientforløb og koordinering af indsats</p>	<p>Telefonisk opringning</p>	<p>Apopleksiteamet.</p>

\* Udarbejdet med inspiration fra dokumentet samarbejde og opgavedeling mellem hospitalet, apopleksiteam og kommunerne, som var en del af opgaveoverdragelsesdokumenterne.