

Sundhedskoordinationsudvalget, 5. marts 2012

Opgaveoverdragelses-dokument i forbindelse med omlægning af apopleksi-forløb i Region Midtjylland

Regionsrådet besluttede den 26. oktober 2011 at omlægge forløbet for patienter med mistanke om blødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade fra juni 2011. Omlægningen er et led i en budgetforbedring på i alt 20 mio. kr., hvoraf omlægningen af apopleksi-forløbene bidrager med 15 mio. kr.

Parallelt med budgetforbedringen er det et overordnet formål at forbedre overlevelsen og reducere sygeligheden, herunder forbedre funktionsniveauet for patienter med apopleksi (se side 10). Et centralt element heri bliver en styrket overlevering af patienterne/borgerne til kommunerne, hvorfor nærværende opgaveoverdragelsesdokument er udarbejdet.

Jævnfør "*Generel Politisk Sundhedsaftale 2011-2014*" er målsætningerne med et opgaveoverdragelsesdokument:

- at sikre, at kvaliteten af behandlingen/indsatsen er i fokus
- at sikre planlagt opgaveoverdragelse i stedet for uplanlagt opgaveglidning
- at sikre gennemsigtighed

Med henblik på at sikre en god og planlagt opgaveoverdragelse indeholder nærværende dokument skønsmæssige økonomiske og kompetencemæssige overvejelser omkring omlægningens påvirkning af opgaveløsningen. En underliggende målsætning er, at dette opgaveoverdragelsesdokument kan bidrage kommunerne med så meget viden, at de er i stand til at vurdere hvilke ressourcer, der skal anvendes til løsningen af opgaven.

Dette opgaveoverdragelsesdokument skal fungere som en overordnet ramme for mere konkrete aftaler i klyngerne. Overordnet kan det således sammenfattes, at dette dokument sigter på at forberede de 19 kommuner i regionen på afledte kommunale konsekvenser af omlægningen af apopleksi-forløb i Region Midtjylland.

Jævnfør "*Vejledning til udarbejdelse af dialoggrundlag og plan for implementering og evaluering*" (Bilag 1 til Administrativ aftale om samarbejde ved opgaveoverdragelse mellem sektorer) indeholder denne rapport følgende overordnede punkter:



midt
regionmidtjylland

28. februar 2012

Troels Paulsen

Tel. +45 78 41 20 36

Troels.Paulsen@stab.rm.dk

Journalnr. 1-30-128-06-V

Side 1

- beskrivelse af opgaven, som skal overdrages
- konsekvenser i forbindelse med opgaveoverdragelsen
- vurdering af økonomiske og sundhedsfaglige ressourcemæssige konsekvenser

Der er ligeledes inkluderet beskrivelser af igangværende planer for at sikre kvalitetsmonitorering af området samt en nødvendig kompetenceudvikling blandt de involverede fagprofessionelle, hvilket også anbefales i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram fra juni 2011.

Der er nedsat en tværsektoriel implementeringsgruppe, der skal koordinere omlægningerne og har ansvaret for udarbejdelsen af dette overordnede opgaveoverdragelsesdokument. Gruppen er sammensat af repræsentanter fra alle sektorer, der er involveret i forløbene. Dvs. repræsentanter fra hospitalerne, almen praksis og kommunerne.¹

Dokumentet forventes godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 5. marts 2012, hvorefter arbejdet fortsættes i klyngerne og implementeringsgruppen. Klyngerne tilrettelægger selv implementeringsprocessen, men omlægningerne i forhold til varetagelsen af de regionale opgaver træder i kraft pr. 1. maj 2012.

Der henstilles derfor til, at aftalerne i klyngerne indgås med ikrafttræden hurtigst muligt. I erkendelse af den tidsmæssige udfordring med dette, kan det anbefales, at der evt. etableres øvebaner mellem hospitalerne og kommunerne. Ligeledes skal det bemærkes, at de regionale omlægninger sker trinvist frem til 2014, hvilket giver mulighed for trinvis aftaler mellem hospitalerne og kommunerne i klyngerne.

Den nedsatte implementeringsgruppe for omlægning af apopleksi-forløb vil lave en løbende opfølgning på arbejdet med udarbejdelsen af klyngeaftaler.

1. Dialoggrundlag ved opgaveoverdragelsen

1.1 Beskrivelse af omlægning af det neurologiske område

Med "Aftale om ændring af budget 2011 og forudsætningerne for budget 2012 for Region Midtjylland" blev der fastsat en spareramme på 20 mio. kr. for det neurologiske område med virkning fra 2012. Området omfatter forebyggelse, diagnostik, medicinsk behandling, specialiseret genoptræning og palliation af patienter med sygdomme i hjerne, rygmarv, nerver og muskler.

Regionsrådet har den 26. oktober vedtaget en omlægning, der imødekommer sparekravet, og som er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade fra juni 2011.

¹ Se bilag 1 – Kommissorium for implementeringsgruppen

Det vil primært være en omlægning af de ca. 4.200 årlige forløb for patienter med mistanke om apopleksi (blodpropper i hjernen og hjerneblødninger), der indfrieder sparerammen. Det overordnede mål med denne omlægning er, parallelt med besparelsen, at forbedre overlevelsen og reducere sygeligheden for patienter med apopleksi (se også side 10 for en skematisk oversigt over mål og delmål i hele omlægningen).

I dag starter forløbet for patientgruppen typisk med, at patienten indlægges på en af de neurologiske afdelinger i Aarhus, Viborg og Holstebro eller på en af de medicinske afdelinger i Randers og Horsens. Men med omlægningen vil alle patienter med mistanke om akut apopleksi i Region Midtjylland fremover kun modtages på hospitaler, der kan tilbyde blodpropopløsende trombolysebehandling.

Trombolysebehandling tilbydes i dag ved Regionshospitalet Holstebro og Aarhus Universitetshospital, hvorfor kun disse hospitaler fremover modtager patienter med mistanke om akut apopleksi. Det vil betyde, at de patienter, der i dag modtages i Randers, Horsens fremover skal til Aarhus, mens patienter, der i dag modtages i Viborg fremover skal til Holstebro. Skønsmæssigt drejer det sig om, at ca. 1250 patienter i alt fra Horsens og Randers og ca. 750 patienter fra Viborg-området vil få længere til behandling, men modtagelsen på en neurologisk afdeling med trombolyse vil være et fagligt kvalitetsløft. Samlingen betyder således, at regionen løfter kvaliteten af den primære udredning og behandling, og det forbedrer prognosen for patienterne.

En stor del af omlægningen består desuden i en omstilling fra stationære til ambulante forløb gennem etablering af neurologiske dagklinikker på afdelingerne i Holstebro og Aarhus. På disse klinikker vil mange patienter med mistanke om apopleksi kunne blive udredt og behandlet ambulant, mens de mere komplicerede patienter skal indlægges. Klinikkerne vil være åbne alle ugens dage i dagtid – uden for dagtid indlægges patienterne. Ved neurologisk afdeling i Viborg vil der være en klinik, der kan behandle patienter med advarselssymptomer på kommende apopleksier og forbigående apopleksier (TCI'er) - en såkaldt TCI-klinik. Der er tale om semi-akutte patienter, hvor TCI'en er mere end 48 timer gammel. Det er vurderingen, at disse to typer af neurologiske klinikker kan nedbringe behovet for senge til apopleksipatienter i den akutte fase.

Omlægningen af apopleksi-forløbene indebærer et accelereret udrednings- og behandlingsforløb i neurologisk regi. I gennemsnit vil patienterne være indlagt i tre dage. Herefter vil der være flere mulige patientforløb (uddybes i afsnit 1.3.2).

Der vil for det første være en del patienter, der kan udskrives direkte fra den neurologiske afdeling, hvor et udgående apopleksiteam følger patienterne hjem. Disse team udgår fra Aarhus, Viborg, Randers, Horsens og Holstebro afhængigt af patientens bopæl. En anden gruppe patienter har brug for en kortere indlæggelse på hovedfunktionsniveau på grund af behov for rehabilitering eller på grund af medicinske komplikationer. Apopleksiteamet vil blive involveret i varierende omfang for denne gruppe

af patienter, afhængigt af den enkelte patients tilstand. Ved hver hospitalsenhed vil der være 4-7 senge til denne gruppe af patienter i 2014. Der bliver tale om en trinvis nedskalering til denne kapacitet.

Endelig vil der være en gruppe af patienter, der har brug for hospitalsbaseret specialiseret rehabilitering. Dette foregår som i dag enten i Skive, Lemvig eller Hammel. Der sker en mindre opjustering af antallet af senge til rehabilitering på regionsfunktionsniveau² og højt specialiseret niveau³. Ligeledes indebærer omlægningerne, at der ikke skal være ventetid til specialiseret neurorehabilitering i hospitalsregi.⁴

Med omlægningen vil alle regionens borgere modtage et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet, og det forventes, at de eksisterende positive resultater i hele regionen for behandlingen af apopleksi-patienter, kan gøres endnu bedre. Et eksempel på de gode resultater er, at en opgørelse fra 2010 fra det Nationale Indikator Projekt viser, at 30-dages dødeligheden for patienter, der er behandlet på Neurologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, er næsten 50 % lavere end landsgennemsnittet.

For uddybende beskrivelser af omlægningen kan der henvises til forretningsudvalgets og regionsrådets behandling af sagen på møder henholdsvis den 14. juni og den 26. oktober 2011.⁵

1.2 Årsag til opgaveoverdragelsen

Der kan være to årsager til opgaveoverdragelse: *opgaveudvikling* og *kapacitetsændring*. Med omlægningen af apopleksi-forløb i Region Midtjylland er der både tale om opgaveudvikling og kapacitetsændring.

Dels er der tale om *opgaveudvikling*, idet Region Midtjylland udbreder udgående apopleksiteams, der i stigende grad skal flytte behandling fra hospitalsseng til borgerens eget hjem. Samtidig vil en stor del af de nuværende indlæggelsesforløb for patienter med mistanke om akut apopleksi blive omlagt til ambulante/sammedags-forløb på neurologiske dagklinikker eller TCI-klinik. Der sker endelig en hurtigere udredning af alle patienter med mistanke om akut apopleksi i neurologisk regi. Omlægningerne forventes at kunne udvikle kvaliteten i en positiv retning.

Dels er der også tale om *kapacitetsændring*, idet disse omlægninger muliggør, at der kan spares ca. 40 senge på tværs af regionens hospitaler.

² Se bilag 3

³ Se bilag 3

⁴ Der arbejdes konkret med at implementere, at der sker visitation og modtagelse af patienter til rehabilitering af patienter på regionsfunktionsniveau alle ugens syv dage. Visitation og modtagelse af patienter til rehabilitering på højt specialiseret niveau sker mandag til fredag.

⁵ http://www.regionmidtjylland.dk/politik/udvalg/forretningsudvalget/visdagsorden?file=14-06-2011/Aaben_dagsorden/dagsorden.xml&Dag=1#Punkt11194 OG http://www.regionmidtjylland.dk/politik/regionsr%C3%A5dets+m%C3%B8der/visdagsorden?file=26-10-2011/Aaben_dagsorden/dagsorden.xml&Dag=1#Punkt12579)

1.3 Beskrivelse af opgaven, der skal overdrages

1.3.1 Hvilken indsats omhandler opgaveoverdragelsen?

Med udbredelsen af udgående apopleksi-team 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 borgernes eget hjem.⁶ Dette vil ske trinvist frem til 2014. Størstedelen af sengereduktionerne i 2012 vedrører således den akutte apopleksi-behandling, mens reduktionen af rehabiliteringssenge på hovedfunktionsniveau sker trinvist i 2012 og 2013 i takt med, at der kan etableres intensivt samarbejde med kommunerne. Efter den fulde implementering af omlægningerne i 2014 vil der stadig være 4-7 senge til rehabilitering af patienter på hovedfunktionsniveau ved alle hospitalsenheder.



Side 5

Selve rehabiliterings-indsatsen vil for så vidt være den samme som hidtil, men borgerne udskrives tidligere til eget hjem. Det er forventningen, at der derfor vil blive tale om en styrket overlevering mellem hospitalet og kommunen, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens forløbsprogram.

Omlægningen medfører konkret 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 varetager behandling i borgerens/patientens hjem, og kommunerne vil overtage en del af plejeopgaven med denne ændring.

Hospitalerne, og særligt de udgående team, har derfor behov for at koordinere og etablere et udvidet og meget tæt samarbejde med kommunernes plejepersonale med henblik på så sammenhængende patientforløb som muligt. Det er ligeledes vigtigt, at egen læge informeres om opgaveoverdragelsen tidligt i udskrivelsesforløbet. Der vil således i højere omfang blive behov for en fleksibel og koordineret tilrettelæggelse af behandlings- og plejeindsatserne.

Indholdet i den konkrete opgaveoverdragelse mellem de enkelte hospitaler og kommunerne vil blive beskrevet mere præcist i opgaveoverdragelsesdokumenterne fra de enkelte klynger.

1.3.2 Hvilken målgruppe/patientkategori er omfattet af opgaveoverdragelsen?

Den konkrete opgaveoverdragelse vedrører omlægningen af apopleksi-forløb med udgående apopleksi-team, og omlægning af rehabilitering på hospitalet til rehabilitering i hjemmene. Apopleksi-teamenes hovedfokus vil være på apopleksi-patienter, der har behov for ikke-specialiseret

rehabilitering.⁷ Disse patienter kan opdeles i følgende to hovedkategorier⁸:

Det nære sundhedsvæsen

Der vil for det første være en del patienter, der kan udskrives direkte fra den neurologiske afdeling, hvor et udgående apopleksiteam kan følge patienterne hjem.⁹ Disse team udgår fra Aarhus, Viborg, Randers, Horsens og Holstebro. Jf. bilag 2 er det skønnet, at der vil være ca. 550 patienter årligt, som fordeler sig med ca. 320 i den østlige del af regionen og ca. 220 i den vestlige del af regionen.

Denne gruppe vil primært bestå af patienter med lettere apopleksier eller patienter med lettere kognitive problemer. Patienten er i gennemsnit indlagt tre dage på en neurologisk afdeling. Borgeren forventes at være stort set selvhjulpent ved udskrivelsen. Borgeren udskrives til eget hjem med genoptræningsplan fra neurologisk afdeling, hvis lægen vurderer, at der er behov for ambulans genoptræning. Borgeren følges hjem af relevant fagperson fra apopleksiteamet.

Rehabilitering på hovedfunktionsniveau

Patienterne er i gennemsnit indlagt tre dage på en neurologisk afdeling. Der vil herefter være brug for kortere indlæggelse (i gennemsnit 10 dage) til rehabilitering på hovedfunktionsniveau eller på grund af medicinske komplikationer, der ikke muliggør udskrivelse. Ved hver hospitalsenhed vil der være 4-7 senge til denne gruppe af patienter i 2014. Der bliver tale om en trinvis nedskalering til denne kapacitet.

Apopleksiteamet vil blive involveret i varierende omfang for denne gruppe af patienter, afhængigt af den enkelte patients tilstand. Borgerne kan have vandladningsproblemer, ernæringsproblemstillinger, forflytninger, infektioner, uafklarede kognitive problemstillinger, lejringsopgaver, søvnproblemer, synkeproblemer, vejtrækningsproblemer og opgaver vedr. medicinering. Der kan også være tale om beskedent rehabiliteringspotentiale.¹⁰ Apopleksiteamet vil tilsvarende kunne tilbyde rehabilitering til patienter med problemer med ADL-funktioner.

Jf. bilag 2 er det skønnet, at der i hele regionen vil være ca. 765 patienter årligt, der har behov for dette kortere indlæggelsesforløb og efterfølgende kan følges hjem af apopleksiteam. I den østlige del af regionen forventes der at være ca. 445 patienter, mens der i den vestlige del vil være ca. 320 patienter.

⁷ Den sker som udgangspunkt ikke ændringer i den specialiserede rehabilitering. Den vil som i dag foregå enten i Skive, Lemvig eller Hammel. Antallet af disse patienter forventes tilnærmelsesvis at være uændret i forhold til 2011. Kapaciteten justeres en smule, idet det tilsigtes, at der fremover ikke må være ventetid til specialiseret rehabilitering.

⁸ Der kan desuden henvises til bilag 4, der er et eksempel på, hvor der er foretaget en nærmere kategorisering af patienterne.

⁹ Dette skal aftales konkret i klyngerne

¹⁰ Jf. den generelle sundhedsaftale forventes forberedelsestiden for størstedelen af denne patientgruppe at være 2 hverdage (patienttype 2C – patienter med nedsat funktionsevne ændret behov eller nyopstået behov). For en forventelig mindre del af patientgruppen vil forberedelsestiden være 5 kalenderdage (patienttype 2D – patienter med nedsat funktionsevne, ændret behov for større/specialle hjælpemidler og boligændringer)

Teamene vil indeholde terapeutfaglige, sygeplejefaglige og lægefaglige ressourcer. Med udgangspunkt i en eksisterende samarbejdsaftale mellem Aarhus Kommune og apopleksiteamet ved AUH (bilag 4) kan der peges på, at apopleksiteamet eksempelvis vil kunne løse de følgende opgaver:

- følger borgeren hjem ved udskrivelse
- sikre at evt. hjælpemidler er til stede i henhold til afklaringskataloget
- justerer medicinen, hvis der er behov for det og sikrer, at der er taget hånd om evt. hjælp til medicindosering
- følger op i forhold til evt. aftaler om anden hjælp – f.eks. sygepleje, mad, genoptræning
- foretager kontrolopringning til borger et par dage efter for at sikre, at borger f.eks. er kommet i gang med genoptræning
- læge i apopleksiteamet afslutter hurtigt borgeren til egen læge
- der udarbejdes epikrise til egen læge om forløbet
- giver besked til hjemmeplejen, når forløb afsluttes, og ansvaret overgår til egen læge
- vurderer hvilken træning, hvordan og hvornår, der skal trænes med henblik på at borgerens funktionsevne maksimeres
- indsamler data og være med til at dokumentere effekten af opgaveoverdragelsen

Den konkrete opgaveløsning for apopleksi-teamet i samarbejde med kommunerne vil skulle aftales i klyngerne afhængig af den konkrete organisering ved de enkelte kommuner og hospitaler.

Helt generelt er der tale om omlægningen vil realisere en del af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade" fra juni 2011. Forløbsprogrammet beskriver således neurorehabiliterings-opgaver og standarder for løsning af dem i såvel regionalt baseret rehabilitering på hovedfunktionsniveau, i kommunalt baseret rehabilitering og i almen praksis-sektoren. Der kan desuden henvises til bilag 5, der også kan anvendes som redskab til at tilrettelægge den konkrete opgavefordeling mellem parterne, der som nævnt skal ske i regi af klyngerne.

1.3.3 Hvordan løses opgaven på nuværende tidspunkt?

- Beskriv den konkrete sundhedsydelse, ansvarlig personalegruppe, patientinformation og/eller påvirkning af arbejdsmiljø.

Den nuværende opgaveløsning er beskrevet i afsnit 1.1.

1.3.4 Foreligger der kliniske retningslinjer, instruks el. lign. for opgavevaretagelsen?

Der foreligger en klinisk retningslinje, der vedrører en del af denne opgaveoverdragelse, i form af "HomeCare – Clinical Continuity by

Integrated Care" udarbejdet af bl.a. overlæge Poul Mogensen og udviklingsfysioterapeut Tove Kristensen fra Hammel Neurocenter.

1.3.5 Hvis der findes evidensgrundlag for opgavevaretagelsen, henvises til de væsentligste referencer.

Dansk Sundhedsinstitut har foretaget en større litteraturgennemgang i 2008 i rapporten *"Hurtig og effektiv behandling på sygehusene – har det konsekvenser for kommunerne?"* fra Dansk Sundhedsinstitut (2008). I rapporten peges der generelt på, at accelererede patientforløb forudsætter, at der fokuseres på koordinering og samspil mellem alle involverede sundhedsfaglige aktører. Specifikt henvises der til, at en engelsk metaanalyse af accelereret udskrivning af apopleksi-patienter sammenlignet med konventionelle forløb viser en reduktion i dødelighed, forbedret funktionsniveau, kortere indlæggelsestid, men ingen forskel i genindlæggelsesraten.¹¹

Ligeledes konkluderes det i MTV'en *"Hjemmetræning af patienter med apopleksi* (Sundhedsstyrelsen, 2005), at accelereret, understøttet udskrivelse af apopleksi-patienter til behandling/pleje i eget hjem reducerer dødelighed, forbrug af plejehjemsydelser og indlæggelsestid sammenlignet med konventionelle forløb.

Dansk Sundhedsinstitut peger på, at nogle vigtige forudsætninger for succes med hurtige patientforløb er et øget samarbejde mellem sygehuse og kommuner og et gensidigt godt kendskab til hinandens systemer. F.eks. i forhold til tidlig planlægning af udskrivningsforløb for patienterne.

De konkrete erfaringer i regionen fra Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune viser, at det er muligt at forkorte indlæggelseslængden samtidig med, at der opnås markante fald i dødeligheden for patientgruppen.

2 Konsekvenser i forbindelse med opgaveoverdragelsen

2.1 Hvilke konsekvenser har opgaveoverdragelsen for de berørte borgere/patienter?

Det er målet og forventningen, at omlægningen vil medvirke til at forbedre overlevelsen og reducere sygeligheden for patienter med apopleksi, jf. den skematiske oversigt på side 10. Og med opgaveoverdragelsen forventes en forbedring af patientforløbene gennem en styrket overlevering af patienter på hovedfunktionsniveau mellem hospitalet og kommunen.

På et helt overordnet plan forventes omlægningen af apopleksi-forløbene at medføre en række faglige løft. Blandt disse kan det nævnes, at

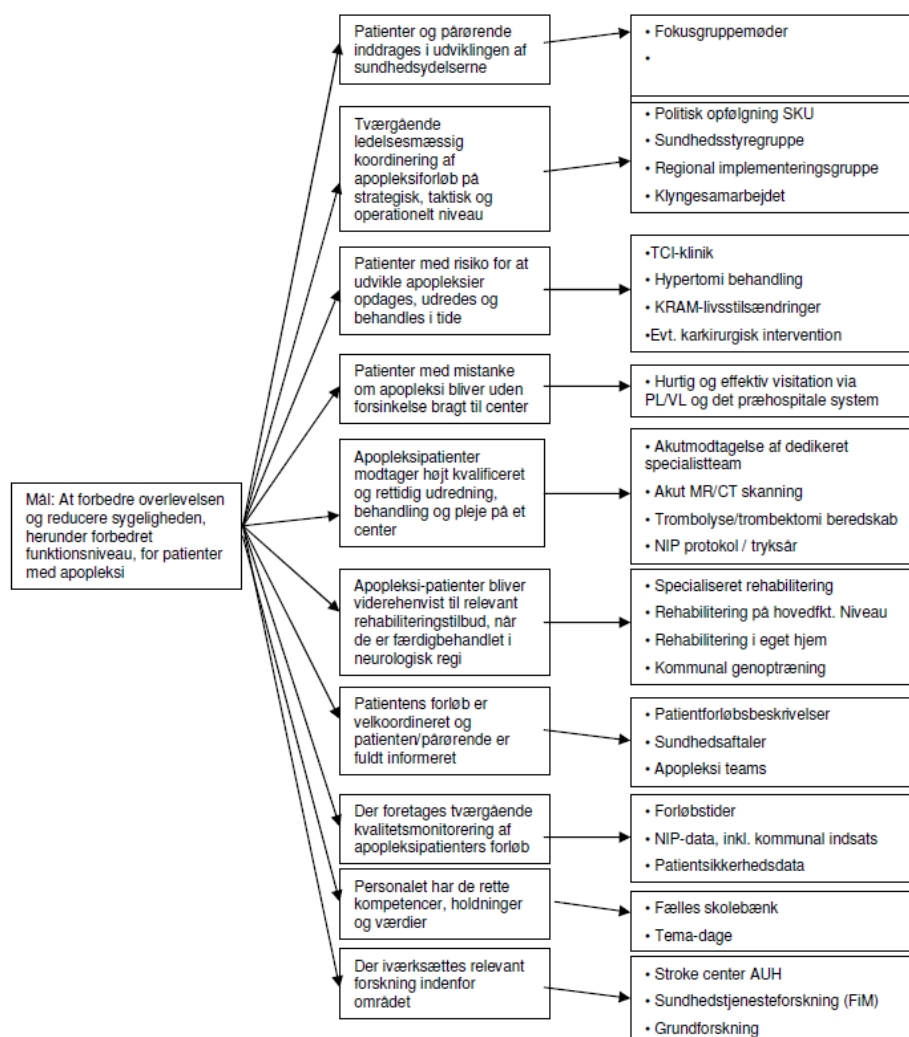
¹¹ Dansk Sundhedsinstitut (2008): *"Hurtig og effektiv behandling på sygehusene – har det konsekvenser for kommunerne?"*

patienter med mistanke om apopleksi fra hele regionen vil opleve et fagligt kvalitetsløft gennem modtagelsen på en neurologisk afdeling med mulighed for at tilbyde trombolyse. Det vil således betyde, at den rette diagnose hurtigere kan stilles. Ligeledes kan det bemærkes, at den specialiserede udredning, som foretages af neurologer, samtidig også vil gavne de patienter, som mod forventning alligevel ikke har apopleksi, da de også vil få en hurtigere og mere præcis diagnose. Samlet set løfter regionen således kvaliteten af den primære udredning og behandling.

Det forventes, at patienter med behov for rehabilitering vil opleve fortsat optimerede forløb. Der vil være daglig visitation og modtagelse til regional specialiseret neurorehabilitering, hvilket betyder, at patienterne ikke vil opleve ventetid til rehabiliteringsopholdet. Patienter, der skal rehabiliteres på hovedfunktionsniveau vil opleve kortere indlæggelser og hurtige udskrivelser til eget hjem. Dette vil formentlig være at foretrække for en stor gruppe patienter, idet behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som på hospitalet.

Med etableringen af udgående apopleksiteam vil patienterne/borgerne i alle regionens kommuner kunne få besøg af et kompetent personale, der er specielt uddannet til at varetage patientgruppen. Dermed tilbydes borgerne samme faglige niveau som på hospitalet. Det forventes derudover, at borgernes livskvalitet og funktionsevne vil blive positivt påvirket ved behandling i eget hjem med mulighed for at drage nytte af det sociale nære miljø. Den ældre, svage borger vil ved denne løsning forventelig opleve mindre konfusion, ligesom funktions- og aktivitetsniveauet må antages at være på et højere niveau end ved en indlæggelse.

Udover de ovennævnte konsekvenser for patienterne i form af et løft i den faglige kvalitet, vil en forholdsvis stor gruppe patienter også opleve en konsekvens i form af længere afstand til akut behandling. Der ændres ikke på hvilke hospitaler, der varetager rehabilitering. Skønsmæssigt drejer det sig om, at ca. 1250 patienter i alt fra Horsens og Randers og ca. 750 fra Viborg-klyngerne, der vil få længere til akut behandling.



2.2 Forventes det, at den pågældende patientgruppes livskvalitet, funktionsevne, sociale eller beskæftigelsesmæssige situation påvirkes af, at indsatsen overdrages til anden sektor? Hvis ja, hvordan?

Erfaringerne fra samarbejdet mellem AUH og Aarhus Kommune om gode patientforløb for patienter med apopleksi giver grundlag for at forvente et løft i kvaliteten af behandlingsindsatsen. Dette forventes at påvirke de ovennævnte forhold positivt.

2.3 Er det relevant, at patientgruppen informeres om opgaveoverdragelsen, hvis ja, hvordan?

Der vil blive orienteret generelt om omlægningen, og det relevante informationsmateriale til patienter og pårørende vil blive opdateret. Ligeledes vil patientforeningerne HjerneSagen og Hjerneskadeforeningen blive informeret.

2.4 Hvilke konsekvenser har opgaveoverdragelsen for samarbejdsparterne i sundhedssamarbejdet (kommuner, praksisområdet, hospitaler)?

Pr. 1. maj 2012 skal de praktiserende læger henvise patienter med mistanke om akut apopleksi til neurologisk afdeling i enten Aarhus og Holstebro.

Der udarbejdes konkrete visitationskriterier for patienter med mistanke om akut apopleksi samt patienter med TCI. Visitationskriterierne kommunikeres over for praktiserende læger, hospitalerne, vagtlæger og Præhospital.

Idet patienterne kommer tidligere hjem stilles der ligeledes krav til kommunerne om en mere smidig modtagelse af borgerne/patienterne med henblik på at opnå gode patientforløb. Dette kræver lokale samarbejdsaftaler, som skal laves i regi af klyngerne. Samarbejdsaftalerne skal vedrøre arbejdsdeling mellem praksissektor, kommuner og hospitaler.

2.5 Kræver opgaven særlige faglige kompetencer? Hvis ja, hvilke?

Idet der er tale om patientgrupper, som kommunerne allerede modtager i dag, er der som udgangspunkt tale om opgaver, som kommunerne allerede løser i dag og derfor også kan løse fremover.

Hospitalernes apopleksiteams kan være med til praksisnær udvikling.

Se desuden afsnit 5 vedr. kompetenceudvikling, herunder overvejelser om hvordan apopleksiteamets kompetenceudvikling skal sammentænkes

med eksisterende kommunale kompetenceudviklingsprojekter på hjerneskadeområdet.

2.6 Er der risiko, bivirkninger eller andre uønskede effekter ved, at opgaven overdrages til anden sektor? Hvis ja beskrives disse:

Hele omlægningen vil blive monitoreret tæt i implementeringsfasen. Der foreligger planer om en tæt kvalitetsovervågning netop med henblik på at imødekomme uønskede effekter (se også afsnit 4 vedr. kvalitetsmonitorering).

2.7 Påvirkes andre parter (hospitaller, kommuner, praksisområdet) af opgaveoverdragelsen end dem, som er med i klyngen? Hvis ja, hvilke, og hvordan inddrages de?

Ja, der vil blive behov for samarbejde mellem hospitaller, kommuner og almen praksis på tværs af klyngerne.

2.8 Er opgaveoverdragelsen implementeret andre steder i Region Midtjylland? (Se evt. www.sundhedsaftaler.rm.dk)

Det samarbejde og den koordination, der skal ske mellem hospitalerne og kommunerne er i princippet implementeret mellem Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital. Der er udarbejdet et konkret aftalekompleks mellem Geriatrik afdeling, Neurologisk afdeling, AUH og Aarhus Kommune ("*Samarbejde om gode patientforløb for borgere fra Århus Kommune med Apopleksi i samarbejde med Apopleksi-team'et*"). Det skal dog bemærkes, at aftalen planlægges revideret primo 2012.

I forbindelse med nærværende opgaveoverdragelse tilbyder Geriatrik Afdeling, AUH, interesserede kommunerne muligheden for at besøge afdelingen med henblik på mere viden omkring apopleksiteamets aktiviteter.

2.9 Er der en tidsramme for opgaveoverdragelsen?

Omlægningen af apopleksi-forløbene træder i kraft pr. 1. maj 2012. Fra denne dag vil patienter med mistanke om akut apopleksi kun skulle modtages på neurologisk afdeling i Aarhus og Holstebro. De udgående apopleksi-team vil ligeledes være etableret pr. 1. maj 2012.

Idet der er tale om store ændringer, er der planlagt en trinvis implementering, således at den fulde sengereduktion først træder i kraft 1. januar 2014.

Den trinvise implementering giver ligeledes muligheder for trinvise aftaler mellem hospitalerne og kommunerne i klyngerne.

3 Vurdering af økonomiske og sundhedsfaglige ressourcemæssige konsekvenser

3.1 Vurdering af afledte økonomiske konsekvenser for kommunerne

Vurderingen af de økonomiske og sundhedsfaglige konsekvenser vil bero på et skøn, som pointeret i sundhedsaftalerne, til videre drøftelse mellem parterne af opgaveoverdragelsen.

Det kan bemærkes, at patientgruppen ikke vil være anderledes end tidligere, og der forventes derfor ikke en systematisk ændring i patienternes hjemmehjælpsbehov. Men der kan blive behov for ekstra/fremrykket kommunale hjemmebesøg og møder, da patienterne udskrives tidligere. Ligeledes kan dette blive nødvendigt for at opnå en tættere tværsektoriel koordinering af rehabiliteringsindsatsen.

Idet alle patienter fremover vil modtage specialistudredning mhp. trombolyse forventes det på sigt, at flere og flere patienter vil blive trombolyseret og dermed hurtigt få den optimale behandling. Det giver forventning om, at en større andel af patienterne vil have et højere funktionsniveau og et mindre behov for pleje og rehabilitering, hvilket også kan vise sig som en samfundsøkonomisk gevinst.

Der henvises desuden til bilag 6 "Forventninger til økonomien i opgaveoverdragelsen vedrørende apopleksi", som er udarbejdet af Temagruppen for Økonomi og Opfølgning.

3.1 Hvad er de nuværende aktiviteter (antal borgere/patienter pr. år) ifm. opgaven?

Se bilag 2 og afsnit 1.3.2

3.2 Hvad er det nuværende personaleforbrug (pr. borger/patient pr. døgn) ved opgaven?

Dette lader sig ikke beskrive meningsfuldt, da der ikke er tale om en direkte opgaveoverdragelse mellem regionen og kommunerne, men en ændret samarbejdsrelation.

3.3 Kræves der bestemte sygeplejeartikler, behandlingsredskaber/hjælpemidler mm. og/eller særlige ressourcer? Hvilke og hvor mange pr. døgn?

Dette skal vurderes lokalt i klyngerne.

3.4 Er der engangsudgifter i begyndelsen til apparatur, uddannelse mv.? Hvis ja, hvilke?

Dette skal vurderes lokalt i klyngerne.

3.5 Modtagende part vurderer de økonomiske konsekvenser for egen organisation på baggrund af oplysningerne.

Dette skal vurderes lokalt i klyngerne.

4 Kvalitetsmonitorering

En præmis for hele omlægningen af neurologien er, at kvaliteten som minimum skal opretholdes. I regi af implementeringsgruppen arbejdes der derfor i øjeblikket med at udvikle en tværsektoriel kvalitetsmonitorering af forløbet for apopleksi-patienter.

Blandt de eksisterende overvejelser ligger at opdele monitoreringen af kvaliteten i tre spor:

- sundhedsfaglig,
- organisatorisk
- og patientoplevelset kvalitet.

Eksisterende datamateriale som NIP, genindlæggelsesrater, audit, PRO/ambuflex-data vil ligeledes blive anvendt og udvidet med henblik på at sikre en tværsektoriel monitorering. Konkret nedsættes der en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra såvel hospitaler som kommuner, der har til opgave at lave et oplæg om, hvordan kvaliteten kan måles på tværs af sektorer.

5 Kompetenceudvikling

Implementeringsgruppen har også til opgave at koordinere og varetage en kompetenceudviklingsplan. Den stående kompetenceopgave er at få de udgående teams etableret og uddannet til at kunne varetage intensiv rehabilitering i borgerens eget hjem. Målet er, at de udgående teams skal være funktionsdygtige fra 1. maj 2012.

Implementeringsgruppen har således besluttet at nedsætte en undergruppe med repræsentanter fra kommuner, almen praksis og hospitaler. I arbejdet med et oplæg skal der både trække på specialviden fra Hammel Neurocenter samt trække på den viden og de erfaringer, som Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune har gjort på baggrund af disse parters samarbejde om patientgruppen. Videre skal kompetenceudviklingen af de nye teams afstemmes med dels anbefalingerne i forløbsprogrammet fra Sundhedsstyrelsen fra juni 2011 dels med igangværende kompetenceprojekt i Regions Midtjylland.

Siden 2010 har Region Midtjylland således arbejdet med en kompetenceudviklingsindsats inden for hjerneskadeområdet i samspil med regionens 19 kommuner. Indsatsen, der er sat i værk af Hjerneskadesamrådet¹², har til formål at opkvalificere det kommunale personale inden for hjerneskadeområdet. Dette kommunale projekt kan med fordel medtænkes i udviklingen af apopleksi-team.

¹² Hjerneskadesamrådet er en instans i Region Midtjylland, der er etableret med det formål at koordinere og udvikle hjerneskadesamarbejdet mellem regionen og regionens 19 kommuner.

Anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram understøtter, at såvel neurorehabiliteringen som kompetenceudviklingen inden for samme gennemføres med høj kvalitet og på en koordineret måde, herunder så det er afklaret hvem der forventes at gøre hvad på tværs af sektorerne.

Forslagsstiller (hospital/afdeling, kommune, praksis):

Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

Er andre parter informeret eller inddraget i forslaget til opgaveoverdragelsen? Hvis ja, hvem?

Dato: 28. februar 2012



6 Udarbejdelse af plan for implementering og evaluering af opgaveoverdragelsen

Side 15

6.1 Hvad er behovet for viden og kompetenceudvikling hos opgavemodtagere?

Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe med henblik på en kompetenceudviklingsplan. Se mere herom i afsnit 5.

6.2 Hvordan skal denne vidensdeling foregå og hvornår?

Se afsnit 5 vedr. kompetenceudvikling, herunder overvejelser om hvordan apopleksiteamets viden- og kompetenceudvikling skal sammentænkes med eksisterende kommunale kompetenceudviklingsprojekter på hjerneskadeområdet.

6.3 Hvornår starter implementeringen af opgaven?

Den strukturelle del af omlægningen af apopleksi-forløbene træder i kraft pr. 1. maj 2012. Fra denne dag vil patienter med mistanke om akut apopleksi kun skulle modtages på neurologisk afdeling i Aarhus og Holstebro. De udgående apopleksi-team vil ligeledes være etableret pr. 1. maj 2012. Den ændrede arbejdsdeling mellem hospitalerne vil således formelt være på plads pr. 1. maj 2012.

Idet der er tale om store ændringer, er der planlagt en trinvis implementering af tilpasningen af kapaciteten. Således træder den fulde kapacitetsjustering i kraft 1. januar 2014. Det betyder, at det ændrede samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis ikke behøver at være fuldt implementeret pr. 1. maj 2012, men at der ligeledes kan være tale om en trinvis implementering.

Efter implementeringen udarbejdes en kort evaluering af opgaveoverdragelsen.

Bilagsoversigt:

- 1) Kommissorium for implementeringsgruppen for omlægning af apopleksi-forløb i Region Midtjylland.
- 2) flowdiagrammer for patientforløb i den vestlige- og østlige del af Region Midtjylland
- 3) Specialiseringsniveauer af sygehusbehandling
- 4) Samarbejde om gode patientforløb mellem Århus Kommune og Apopleksiteam'et.
- 5) Oplæg vedrørende samarbejde og opgavedeling mellem hospitalsbaserede apopleksiteams og kommunerne i Region Midtjylland
- 6) Forventninger til økonomien i opgaveoverdragelsen vedrørende apopleksi

Implementeringsgruppen for omlægning af apopleksi-forløb i Region Midtjylland

Kommissorium - implementeringsgruppen for omlægning af apopleksi-forløb i Region Midtjylland

Med Omstillingsplanen i januar/februar 2011 blev det besluttet, at der skulle ske en udredning af det neurologiske område i Region Midtjylland med henblik på at effektivisere driften med 20 mio. kr. fra 2012 og frem.

En arbejdsgruppe blev nedsat og fremlagde principielle anbefalinger for en omlægning for regionsrådets forretningsudvalg den 14. juni 2011. Med udgangspunkt i disse anbefalinger har administrationen efterfølgende fremsat et forslag til en omlægning, som regionsrådet tiltrådte den 26. oktober 2011.

Omlægningen indebærer blandt andet en trinvis omlægning af apopleksi-forløbene fra 1. maj 2012 til 1. januar 2014. Regionsrådet har i den forbindelse besluttet, at der skal nedsættes en regional implementeringsgruppe.

Præmisserne for implementeringsgruppens arbejde er, at:

- der skal opretholdes tre neurologiske afdelinger i regionen,
- der opretholdes fagligt bæredygtige neurorehabiliteringsenheder i Skive og Lemvig,
- der skal tages udgangspunkt i øvrigt foreliggende fagligt materiale på området. Blandt andet "Rygmarvsskadebehandling og – rehabilitering i Vestdanmark", "Neurorehabilitering af patienter med kræft i hjerne" og Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade

Formål og opgave

Jf. regionsrådets beslutning af 26. oktober 2011 skal implementeringsgruppen *"planlægge og koordinere omlægningen af apopleksiforløb, herunder samarbejde med kommunerne."*

Implementeringsgruppen overordnede opgaver inden for de følgende hovedspor bliver at:

Kapacitetsplanlægning:

- udarbejde et forslag til reduktion af senge, der kan fremlægges for regionsrådet i januar 2012.
- beskrive forskellige typer af patientforløb inkl. overgange samt omfanget af de forskellige typer af patientforløb

- fastlægge optageområderne for AUH og RH Holstebro
- følge udviklingen i aktivitet og patientstrømme
- foreslå kapacitetsjusteringer og/eller kompenserende foranstaltninger ved fald i behandlingskvaliteten eller konstaterede staser i forløbet.

Samarbejdet med kommuner og almen praksis

- beskrive de afledte kommunale konsekvenser for samarbejdet med Region Midtjyllands hospitaler og overgange mellem sektorer primo 2012 (ressourcer, kompetencebehov og opgaver)
- beskrive hvordan der kan arbejdes på at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet; herunder mulighederne for fælles forsknings- og udviklingsprojekter og fælles skolebænk på tværs af sektorerne.
- udarbejde et opgaveoverdragelsesdokument på baggrund af ovenstående.

Neurorehabilitering

- sikre, at der forefindes og følges visitationsretningslinjer for, hvornår patienterne skal overgå til neurorehabilitering
- lave en plan for at opnå dag til dag-modtagelse af patienter til specialiseret neurorehabilitering og daglig visitation fra den Fælles Regionale Visitation (FRV).
- sikre, at der udarbejdes behandlingsplaner mhp. ensartet forløb på hovedfunktions-, regionsfunktions- og højt specialiseret niveau (10,25 og 37 dage)
- sikre visitationsretningslinjer i forhold til relevant neurorehabilitering, herunder afklare om evt. behov for visitationsfunktion til rehabilitering på hovedfunktionsniveau

Kvalitet

- sikre at der udarbejdes fælles retningslinjer for udredning og behandling af apopleksi og TCI mhp. en ensartet kvalitet
- tage initiativ til at der etableres en systematisk overvågning af området på baggrund af data for at følge kvaliteten af den samlede indsats, herunder patienttilfredshed
- løbende tage hånd om uforudsete konsekvenser og arbejde for at opretholde en konstant høj behandlingskvalitet, fx gennem kapacitetsjusteringer

kompetenceudvikling

- sikre regional kompetenceudvikling mhp. at opnå ensartet behandlingsniveau og behandlingsforløb i hele regionen. Herunder ligger fx fælles uddannelse.
- sikre at Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for erhvervede hjerneskader efterleves

Forskning

- tage initiativ til og understøtte forsknings- og udviklingsprojekter på området, bl.a. sundhedstjenesteforskning

Organisering

- sikre opbygning af udgående apopleksi-teams efter ensartede principper mhp. ensartede aktiviteter, herunder også ensartet registreringspraksis
- sikre opbygning af dag/TCI-klinikker efter ensartede overordnede principper

Kommunikation

- præcisere visitationsretningslinjerne til TCI- og dagklinikker.
- præcisere de præhospitale visitationsretningslinjer
- lave en kommunikationsplan over for borgere og praksis
- aftale procedurer i forbindelse med patientoverførsler
- udbrede videokonferencer mellem de forbundne enheder i forløbene

Gruppen får endelig en generel opgave i at følge og drøfte de lokale og bilaterale opgaver, der ligger hos hospitalerne og kommunerne, samt sikre et veltilrettelagt samarbejde med almen praksis.

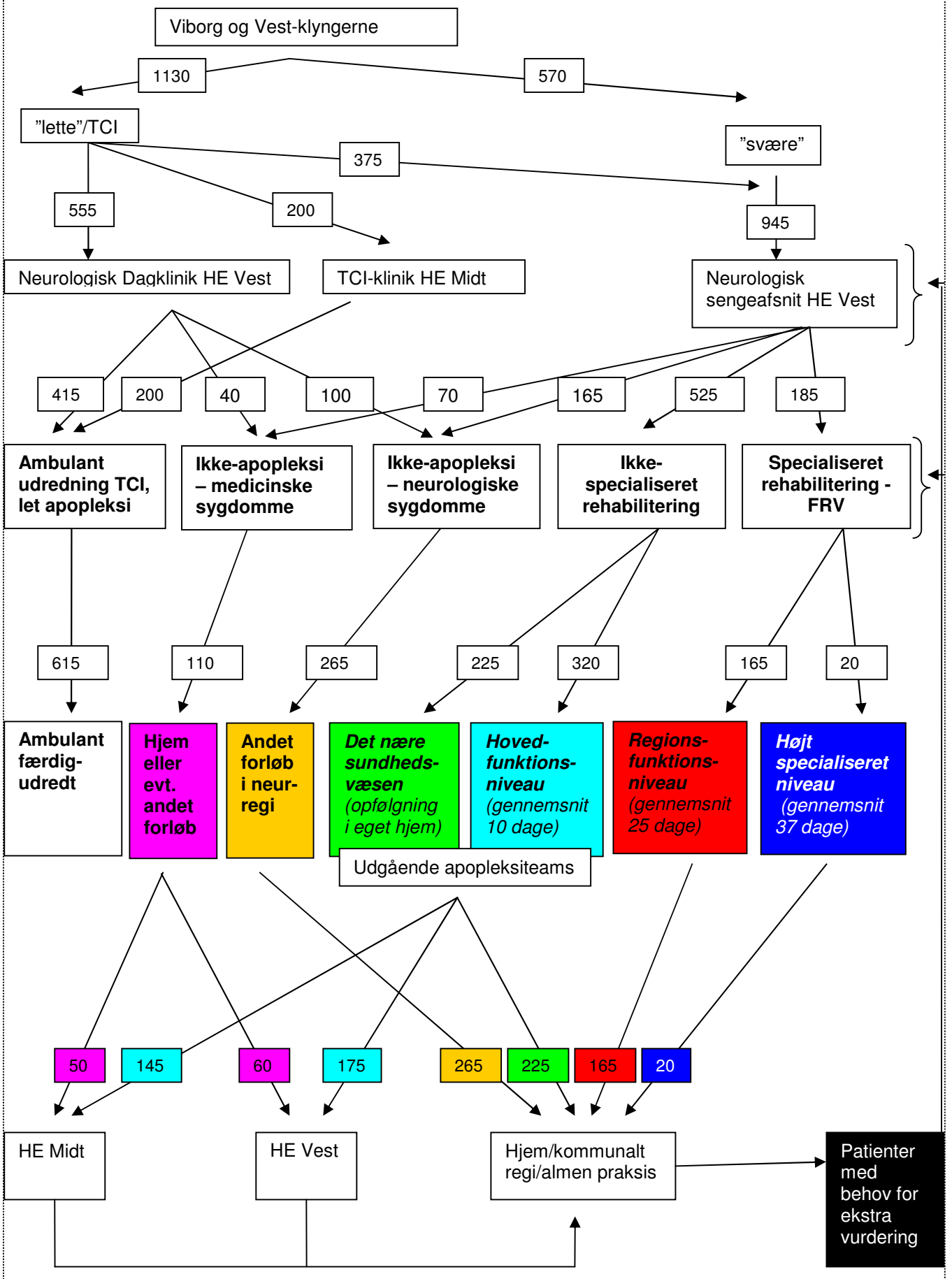
I forbindelse med ovenstående opgaver kan der blive tale om at nedsætte og uddelegere opgaver til specifikke undergrupper.

Implementeringsgruppens sammensætning

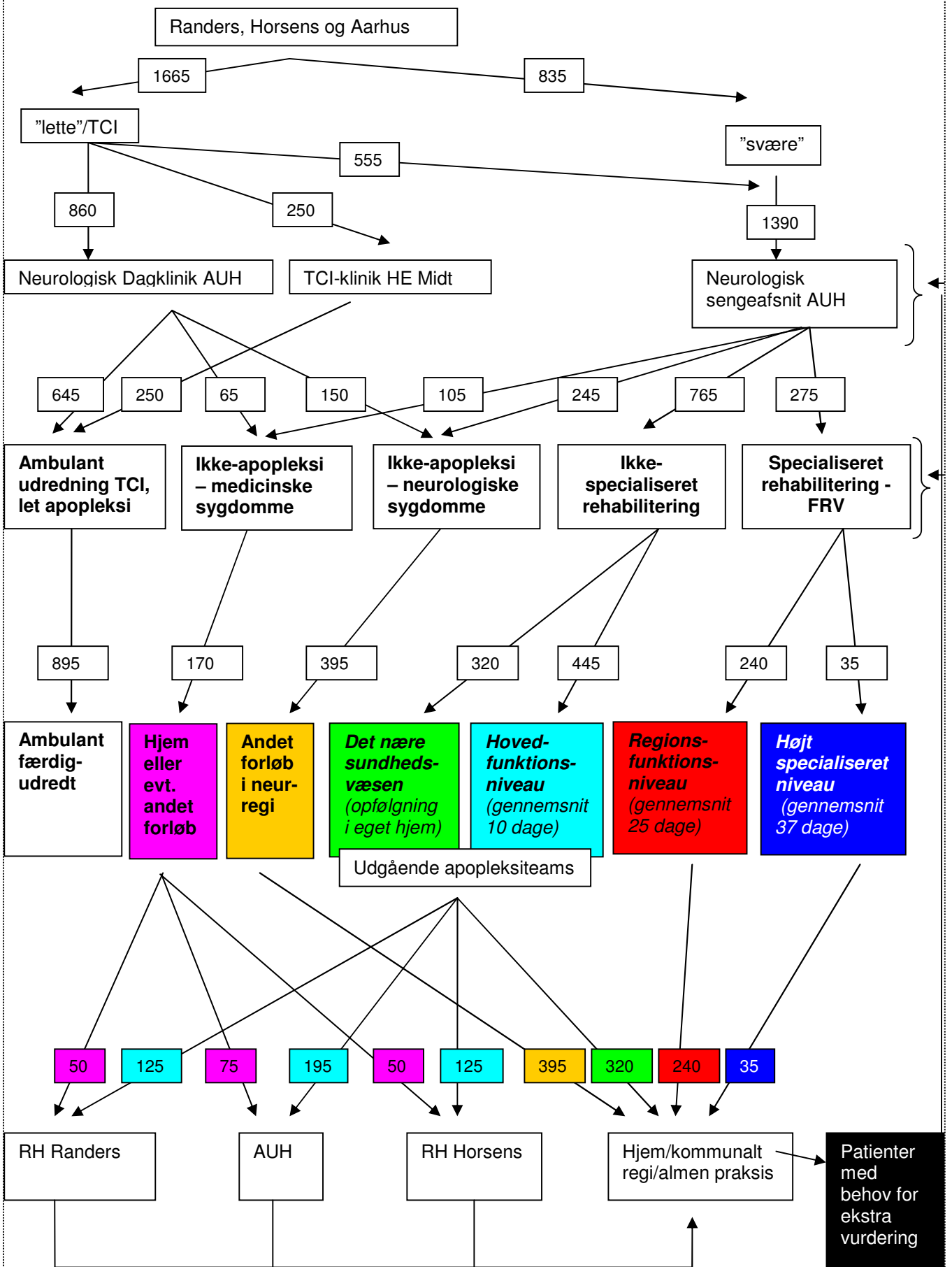
- afdelingschef, Sundhedsplanlægning (delt formandskab)
- centerchef, Hoved-Neurocenteret, AUH (delt formandskab)
- én ledelsesrepræsentant fra hver hospitalsenhed i Region Midtjylland
- én faglig repræsentant fra hver hospitalsenhed i Region Midtjylland
- én repræsentant fra RH Hammel Neurocenter
- fire kommunale repræsentanter
- to repræsentanter fra almen praksis
- kontorchef, Hospitalsplanlægning
- fuldmægtig, Nære Sundhedstilbud
- fuldmægtig, Hospitalsplanlægning, (sekretariatsbetjening)

Implementeringsgruppen skal inddrage relevante specialeråd, og der kan blive tale om at invitere deltagere ad hoc samt løbende tilpasning af gruppens sammensætning

VEST - ca. 1700 forløb med mistanke om apopleksi (almen praksis, vagtlæge, akutmodtagelser)



ØST - ca. 2500 forløb med mistanke om apopleksi (almen praksis, vagtlæge, akutmodtagelser)



Ekstraordinært møde i Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen
den 27. februar 2012

Bilag 3 - Specialiseringsniveauer af sygehusbehandling

Sundhedsstyrelsen opdeler funktionerne under hvert speciale i tre niveauer: *hovedfunktionsniveau*, *regionsfunktionsniveau* og *højt specialiseret niveau*.

Ydelser på **hovedfunktionsniveau** er af begrænset kompleksitet. Såvel sygdom som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og ressourceforbruget giver ikke anledning til en samling af ydelserne. I Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade anføres det vedr. hovedfunktionsniveau: *"Hjerneskade af begrænset (let til moderat) kompleksitet, ofte med geriatriske problemstillinger. Behov for en moderat og ofte standardiseret rehabiliteringsindsats rettet mod primært fysisk og kommunikativ funktionsnedsættelse. Plejebehov varierende fra lille til betydeligt. Indlæggelsesvarigheden er kort – oftest dage til uger."*

En **regionsfunktion** er en specialfunktion, som typisk kan etableres på 1-3 sygehuse i hver region afhængig af regionens lokale forhold. En ydelse på regionsfunktionsniveau er af nogen kompleksitet, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ressourceforbruget giver anledning til en vis samling af ydelserne. I Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade fra juni 2011 anføres det vedr. regionsfunktionsniveau: *"Hjerneskade af betydelig (middelsvær/svær) kompleksitet. Behov for en individuel tilrettelagt rehabiliteringsindsats rettet mod primært bevægelsesmæssige, mentale, sansemæssige og sproglige funktionsnedsættelser. Behov for en rehabiliteringsindsats med høj intensitet (primært i dagtiden, syv dage om ugen). Plejebehovet er ofte betydeligt. Indlæggelsen er af længere varighed – uger til få måneder. Nogle patienter vil have behov for efterfølgende forløb i ambulant regi til videre rehabilitering/specialiseret genoptræning og kontrol af eksempelvis spasticitet, epilepsi, dysfagi og respirationsproblemer."*

En **højt specialiseret funktion** er en specialfunktion, som typisk kan etableres på sygehuse 1-3 steder i landet. Ydelserne er af betydelig kompleksitet og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner. Sygdommen eller ydelserne er meget sjældne, og det skaber behov for samling af erfaring, og/eller hvor ressourceforbruget er betydeligt. I Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade fra juni 2011 anføres det vedr. højt specialiseret niveau: *"Hjerneskade af meget betydelig (meget svær) kompleksitet. Højt specialiseret niveau varetager både rehabilitering og omfattende udredning af rehabiliteringspotentiale for personer med meget svær erhvervet hjerneskade. Behov for en individualiseret og meget betydelig rehabiliteringsindsats rettet mod bevægelsesmæssige,*

midt
regionmidtjylland

20. februar 2012

Troels Paulsen

Tel. +45 78 41 20 36

Troels.Paulsen@stab.rm.dk

Journalnr. 1-30-128-06-V

Side 1

mentale, sansemæssige og sproglige funktionsnedsættelser. Behov for en rehabiliteringsindsats med meget høj intensitet (døgnet rundt syv dage om ugen). Plejebehovet er for denne gruppe meget betydeligt. Indlæggelsen er forventeligt af lang varighed – flere måneder. Disse personer vil ofte have behov for efterfølgende rehabilitering under indlæggelse på regionsfunktionsniveau samt forløb i ambulant regi til videre rehabilitering/specialiseret genoptræning og kontrol af eksempelvis spasticitet, epilepsi, dysfagi og respirationsproblemer.”

**Samarbejde om gode patientforløb
for borgere fra Århus Kommune
med Apopleksi i samarbejde med Apopleksiteam'et**

*Et samarbejde mellem geriatrisk afdeling,
neurologisk afdeling, Århus Sygehus og Århus Kommune*

Marts 2009

Baggrund

Århus Sygehus, neurologisk og geriatrisk afdeling, deltog d. 10. december 2008 i et heldagsmøde med repræsentanter fra Århus Kommune, Sundhed og Omsorg med fokus på samarbejde om gode patientforløb for borgere fra Århus Kommune med apopleksi.

Baggrunden for heldagsmødet var bl.a., at der p.g.a. gennemførelse af besparelser på Århus Sygehus fra januar 2009, sker en ændring i patientforløbene.

På mødet blev præsenteret 4 forskellige patientforløb for borgeren med apopleksi, hvor hospitalets Apopleksiteam medvirker:

Type 1 patienter med lettere apopleksi

Type 2 patienter med kognitive problemer

Type 3 patienter med svære følger og beskedent rehabiliteringspotentiale

Type 4 patienter fra plejebolig, som skal tilbage til plejebolig

Apopleksiteam'et består af læge, sygeplejerske, ergoterapeut og fysioterapeut tilknyttet geriatrisk afdeling, Århus Sygehus

Hvert af de 4 forskellige typer af patientforløb for apopleksipatienter er gennemgået med henblik på:

- Kort beskrivelse af forventede antal borgere pr. år i hver kategori
- Kort beskrivelse af karakteristika ved borgerens forløb og efterfølgende rehabiliteringspotentiale
- Beskrivelse af borgers forløb under indlæggelse, ved afslutning af indlæggelsesforløb, efter udskrivelse
- Konkret beskrivelse af arbejdsdeling og ansvarsfordeling i patientforløbet (forskellige faggrupper på hospital og i Århus Kommune)
- Konkret beskrivelse af evt. særlige forhold vedr. hjælpemidler, behandlingsredskaber, sygeplejeartikler

Herudover kan borgeren med apopleksi godt have andre forløb – f.eks.

1. udskrivelse direkte fra medicinsk afdeling M
2. udskrivelse direkte fra geriatrisk afdeling G2
3. udskrivelse direkte fra neurologisk afdeling F2
4. udskrivelse fra Hammel Neurocenter

Det færdige materiale med beskrivelse af patientforløb for borgere med apopleksi opfattes som en konkret udmøntning af sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og Århus Kommune.

Samarbejdsformen forventes at kunne anvendes indenfor andre områder; herunder bl.a. samarbejdet mellem hospital og kommune ved de forskellige udgående teams, følge-hjem teams fra hospitalerne. Dette arbejde iværksættes i foråret 2009.

Hjælpemidler, behandlingsredskaber, sygeplejeartikler

Hvem har ansvar for bestilling og dosering af medicin?

Læge i Apopleksiteam er ansvarlig for at bestille medicin. Apoteker leverer.

Genbrugshjælpemidler og personlige hjælpemidler:

Inden udskrivelse, tager "hospitalsafdelingen" sammen med borger stilling til behovet for et hjælpemiddel.

-Ved varigt behov for hjælpemidler søges de via visitator (§112 hjælpemidler)

Hospitalet kan være borger behjælpelig med at ansøge og give oplysninger til sagen.

-Ved midlertidigt behov for hjælpemiddel leveres det fra hospitalet.

Hospitalet aftaler med borgeren, hvordan det organiseres omkring levering og afhentning.

APV-hjælpemidler (arbejdsmiljø):

Inden udskrivelse afklares behovet for APV-hjælpemidler (plejeseng, badetaburet, bækkenstol, lift, gulvmateriale til lift, glidemateriale til seng)

- læge i Apopleksiteam'et afslutter hurtigt borgeren til egen læge. Der udarbejdes epikrise til egen læge om forløbet. Apopleksiteam'et giver også besked til hjemmeplejen, når forløb afsluttes, og ansvaret overgår til egen læge.

Hjælpemidler, behandlingsredskaber, sygeplejeartikler

Hvem har ansvar for bestilling og dosering af medicin?

Læge i Apopleksiteam er ansvarlig for at bestille medicin. Apoteker leverer.

Genbrugshjælpemidler og personlige hjælpemidler:

Inden udskrivelse, tager "hospitalsafdelingen" sammen med borger stilling til behovet for et hjælpemiddel.

-Ved varigt behov for hjælpemidler søges de via visitator (§112 hjælpemidler)

Det afklares ved hjemmebesøget hvilke hjælpemidler, der er behov for. Visitator bevilger og bestiller.

-Ved midlertidigt behov for hjælpemiddel leveres det fra hospitalet.

Hospitalet aftaler med borgeren, hvordan det organiseres omkring levering og afhentning.

APV-hjælpemidler (arbejds miljø):

Inden udskrivelse afklares behovet for APV-hjælpemidler (plejeseng, badetaburet, bækkenstol, lift, gulvmateriale til lift, glidemateriale til seng)

Type 3 Patienter med svære følger og beskedent rehabiliteringspotentiale

Antal

Ca. 50-70 patienter årligt fra Århus Kommune

Karakteristika

Borgeren har svære følger af sin apopleksi. Det viser sig bl.a. ved, at borgeren ikke selv er i stand til at tilkalde hjælp, og har omfattende plejebehov. Borger kan måske ikke komme ud af sin seng. Der kan være vandladningsproblemer, ernæringsproblemstillinger, forflytninger, lejringsopgaver, søvnproblemer, synkeproblemer, vejtrækningsproblemer og opgaver vedr. medicinering. Borger skønnes at have beskedent rehabiliteringspotentiale.

Borger skønnes at have behov for korttidsplads eller plejebolig. Ca. 10% dør indenfor den første måned.

Hidtidige patientforløb:

<i>Indlæggelse på neurologisk afdeling F2</i>	<i>Dag 1, 2, 3 indlagt på F2</i>	<i>Dag 3 overflyttes til G2</i>	<i>Dag 5-7 færdigregistrering m. visitationsmøde</i>	<i>Dag 21-28 Borger kan følges på korttidsplads</i>
-----	*-----*	*-----*	*-----*	*-----*
Neurologisk udredning og vurdering af skadens omfang	komplikationer behandles (infektioner, blodtryk, evt. diabetes)	Borger færdigbehandlet visiteres til korttidsplads	Ventetid på 14-21 dage på korttidsplads	

Forslag til fremtidigt patientforløb

<i>Indlæggelse på neurologisk afdeling F2</i>	<i>Dag 2,3 og 4 indlagt på F2</i>	<i>Dag 3-4 Færdigbehandlet på F2</i>	<i>Dag 4-5 borger flyttes til kommunal korttidsplads på Vikærgården/plejebolig</i>	
-----	*-----*	*-----*	*-----*	*-----*
Neurologisk Udredning og Foreløbig vurdering Af skadens omfang	Borger færdigbehandles og visiteres til a) korttidsplads på Vikærgården eller b) direkte i plejebolig	Borger flyttes til korttidsplads på Vikærgården/plejebolig med opfølgning fra Apopleksi-team'et fra Århus Sygehus		

Det fremtidige patientforløb vil opleves mere sammenhængende, dels fordi borger undgår et langt indlæggelsesforløb; hvoraf de sidste 2-3 uger som færdigbehandlet patient, der venter på kommunalt tilbud.

Det fremtidige forløb er karakteriseret ved "shared care" mellem Apopleksiteam fra Århus Sygehus og personale i kommunale korttidspladsenhed eller plejebolig. Parterne bliver et team omkring den enkelte borger.

Apopleksiteam'et, Århus Sygehus står for en tæt neuro-geriatrisk opfølgning af patienterne i den kommunale korttidsplads eller i den plejebolig, som borgeren er udskrevet til.

Apopleksiteam'et er ansvarlig for, at det relevante af kommunens personale bliver oplært til at kunne løse de opgaver, der er omkring borgeren. Apopleksiteam'et leverer et "sikkerhedsnet" i form af mulighed for telefonisk konsultation og mulighed for tilsyn.

Når Apopleksiteam'et afslutter sin del af forløbet, overgår det lægelige ansvar til egen læge.

Ved det fremtidige patientforløb får personalet ved korttidspladsenheden eller plejeboligen nye opgaver og samarbejdsrelationer. Risikoen for infektioner som kan komplicere borgerens tilstand forventes reduceret ved hurtigere udskrivelse.

Kapacitet:

50-70 borgere årligt

Ca. 10 udskrives direkte til plejebolig.

Ca. 50 - 60 borgere årligt, der udskrives direkte til korttidsplads. Ved ophold på 5 uger og ca. 90% belægning, vil 5 - 6 korttidspladser hele tiden være belagt med borgere med apopleksi. Det foreslås, at målgruppen samles på én korttidspladsenhed med henblik på at opnå de nødvendige kompetencer til opgaven.

Forløb

Det foreslås, at det fremtidige forløb for borgere med apopleksi tilrettelægges som tværfagligt samarbejde på tværs af sektorerne med udgangspunkt i borgerens behov. Der lægges en individuel plan for det enkelte forløb, men i hovedtræk vil forløbene være som beskrevet nedenfor.

Borger indlægges akut på neurologisk afdeling F2, og færdigbehandles ca. på 3.- 4. dagen. Borger visiteres til korttidsplads eller plejebolig. Apopleksiteam'et fra Århus Sygehus følger borger enten til korttidsplads eller plejebolig. Apopleksiteam består af neuro-geriatrik læge, sygeplejerske, ergoterapeut og fysioterapeut. Det efterfølgende forløb for borgeren sker i tæt samarbejde mellem apopleksiteam og personale i korttidspladsen eller plejeboligenhed. Apopleksiteam'ets opgaver er ambulantly opfølgning i hjemmet (i modsætning til ambulantly efterkontrol i hospitalsambulatorium). Apopleksiteam'ets opgaver relaterer sig bl.a. til: medicindosering og justering, behandling af komplikationer, oplæring i plejeopgaver f.eks. sondeernæring, forebyggelse af forværring af tilstanden, lejrning m.m.

Registrering

Apopleksiteam'ets indsats registreres som ambulantly opfølgning i borgers hjem.

Apopleksiteam'et udarbejder en genoptræningsplan til almindelig ambulantly genoptræning.

Arbejdsdeling og ansvarsfordeling

Arbejdsdelingen og ansvarsfordelingen mellem hospitalet og kommunen vil være forskellig afhængigt af, om borgeren er visiteret til korttidsplads eller plejebolig. Baggrunden herfor er, at personalet ved korttidspladsen 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 m.m. af personalet der.

Ansvars- og arbejdsdeling – korttidspladsenheden

Apopleksiteam

Læge

Lægen i Apopleksiteam'et har det lægefaglige ansvar for borgeren i den tidsperiode, hvor Apopleksiteam'et er inde i forløbet.

Lægen i Apopleksiteam'et vurderer, hvornår han/hun kan afslutte forløbet, som derefter overgår til egen læge.

Lægen i Apopleksiteam'et er ansvarlig for at give egen læge besked ved opstart af forløb med Apopleksiteam, løbende under forløbet (ambulante notater) og ved afslutning af forløbet (epikrise).

Lægen i Apopleksiteam'et er ansvarlig for, at personalet ved korttidspladserne er orienteret om, hvordan geriatrisk afdeling kan konsulteres i dagtid og vagttid.

Sygeplejerske

Sygeplejerske i Apopleksiteam er ansvarlig for – at plejepersonalet i korttidspladsenheden er oplært til de plejemæssige opgaver, der kan være omkring borgeren. Det kan f.eks. være instruktion i sug, blodsukkermåling og hvordan der skal ageres, hvis det er for lavt, opgaver i forbindelse med sondeernæring, forebyggelse af tryksår, blodprøvetagning, vejledning i forhold til ødemer, lejring m.m.

Ansvarlig for bestilling af og levering af særlige sygeplejeartikler, behandlingsredskaber m.m.

Ergoterapeut eller fysioterapeut

Ergo- og/eller fysioterapeut i Apopleksiteam er ansvarlig for vurdering og levering af hjælpemidler (midlertidigt behov), og ansvarlig for kontakt til visitator ved evt. visitation til hjælpemidler til permanent brug.

Ergo- og/eller fysioterapeut er ansvarlig for at supervisere, give råd og vejledning/instruktion i forhold til fagspecifikke specialiserede behandlingsmetoder.

I takt med, at ergo- og fysioterapeuterne i korttidspladsenheden får oparbejdet ekspertisen i forhold til disse opgaver, vil ergo/fysioterapeuten fra Apopleksiteam'et på sigt ikke have opgaver i relation til denne målgruppe. Der vil være bedre muligheder for "træning til tiden"; herunder vurdering af de små ændringer i borgers forløb, som må vurderes som små, positive fremskridt.

Ansvars- og arbejdsdeling – plejeboliger

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

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

Ergo-/fysioterapeuten fra Apopleksiteam'et vil have flere opgaver her.

Samtidigt skal der være fokus på, at der er behov for oplæring af såvel dagpersonale som aften- og natpersonale f.eks. i plejeopgaver som sug, sondeernæring m.m.. Der vil være behov for klare aftaler om "sikkerhedsnet"; hvornår og hvordan Apopleksiteam'et kan konsulteres, hvis der er tvivl eller spørgsmål i forløbet/borgers tilstand.

Hjælpemidler, sygeplejeartikler, medicin m.m.

Hvem har ansvar for bestilling og dosering af medicin?

Læge i Apopleksiteam er ansvarlig for at bestille medicin. Apoteker leverer. Det er sygeplejerske i korttidspladsenhed/plejebolig, der doserer medicinen.

Genbrugshjælpemidler og personlige hjælpemidler:

Inden udskrivelse, tager "hospitalsafdelingen" sammen med borger stilling til behovet for et hjælpemiddel.

-Ved varigt behov for hjælpemidler søges de via visitator (§112 hjælpemidler)

Visitator visiterer til evt. hjælpemidler ved hospitalsbesøg på baggrund af hospitalets oplysninger

-Ved midlertidigt behov for hjælpemiddel leveres det fra hospitalet.

Hospitalet aftaler med borgeren, hvordan det organiseres omkring levering og afhentning.

APV-hjælpemidler (arbejdsmiljø):

Inden udskrivelse afklares behovet for APV-hjælpemidler (plejeseng, badetaburet, bækkenstol, lift, gulvmateriale til lift, glidemateriale til seng).

Dokumentation

Det undersøges, om der er mulighed for, at Apopleksiteam'et kan dokumentere direkte i Vitae-Journalen.

Apopleksiteam'et skal fortsat dokumentere i hospitalets patientjournal.

Type 4 Patienter fra plejebolig som skal tilbage til plejebolig

Antal borgere i gruppen

Der er ca. 20 borgere årligt fra Århus Kommune i denne gruppe.

Karakteristika for målgruppen

Borgerne bor inden indlæggelsen i kommunal plejebolig og udskrives igen til plejebolig. Borgeren er indlagt 2-3 dage. Som udgangspunkt skal forløbet for disse borgere følge de forløb, der er for borgerne i type 3. At borgeren kommer fra en plejebolig og skal tilbage i en plejebolig ændrer ikke herved.

Beskrivelse af forløb

Der er 2 typer af forløb:

- a) Borger indlægges med apopleksi, og får ingen ændring i funktionsniveau (ingen ændring i plejebehov)
- b) Borger indlægges med apopleksi, og får ændring i funktionsniveau (ændret plejebehov, evt. behov for hjælpemidler)

Forløb for borger, der efter apopleksi ikke får ændring i funktionsniveau

Borger indlægges	Indlæggelse 2-3 dage	Borger udskrives fra F2
	Der er ikke ændring	direkte til plejebolig
	I borgers funktionsniveau	
-----*	-----*	-----*----->

Hjælpemidler, sygeplejeartikler, medicin m.m.

Hvem har ansvar for bestilling og dosering af medicin?

Læge i Apopleksiteam er ansvarlig for at bestille medicin. Apoteker leverer. Det er sygeplejerske i plejebolig, der doserer medicinen. I udskrivningsforløb, hvor Apopleksiteam'et ikke er involveret, er det udskrivende afdeling, der tager sig af opgaver vedr. medicin m.m.

Genbrugshjælpemidler og personlige hjælpemidler:

Inden udskrivelse, tager "hospitalsafdelingen" sammen med borger stilling til behovet for et hjælpemiddel.

-Ved varigt behov for hjælpemidler søges de via visitator (§112 hjælpemidler)

Visitator visiterer til hjælpemidler i samarbejde med borger, hospitalet og personale i plejeboligen.

-Ved midlertidigt behov for hjælpemiddel leveres det fra hospitalet.

Hospitalet aftaler med borgeren, hvordan det organiseres omkring levering og afhentning.

APV-hjælpemidler (arbejdsmiljø):

Inden udskrivelse afklares behovet for APV-hjælpemidler (plejeseng, badetaburet, bækkenstol, lift, gulvmateriale til lift, glidemateriale til seng)

Dokumentation

Det undersøges, om der er mulighed for, at Apopleksiteam'et kan dokumentere direkte i Århus Kommunes Vitae-Journal (omsorgsjournal). Apopleksiteam'et skal fortsat dokumentere i hospitalets patientjournal.

Bilag 5 til opgaveoverdragelsesdokument vedr. omlægning af apopleksiforløb Region Midtjylland, februar 2012

Oplæg til samarbejde og opgavedeling mellem hospitalsbaserede apopleksiteams og kommunerne i Region Midtjylland

Baggrund

Baggrunden for samarbejde og opgavedeling mellem hospitalsbaserede apopleksiteams og kommunerne i Region Midtjylland er beskrevet i "Opgaveoverdragelsesdokument i forbindelse med omlægning af apopleksi forløb i Region Midtjylland". Dokumentet beskriver omlægning af forløb for patienter på hovedfunktionsniveau, herunder etablering af apopleksiteams fra Hospitalerne i Randers, Horsens, Viborg, Holstebro og Aarhus med udadgående funktion i Region Midtjyllands 19 kommuner.

Overdragelsesdokumentet beskriver, at et af målene med omlægningen er at styrke overleveringen af patienterne/borgerne til kommunerne. Det præciseres endvidere, at alle regionens borgere ved behov skal modtage et ensartet tilbud med høj faglig kvalitet. Ved omlægning af apopleksiforløbene forkortes indlæggelsestiden for patienterne på hovedfunktionsniveau samtidig med etablering af udadgående apopleksiteams. Herved flyttes rehabiliteringsindsatsen på hovedfunktionsniveau fra hospital til borgerens hjem. Selve indsatsen vil være den samme som hidtil, men organiseringen ændres, og der skubbes til grænserne mellem de to sektors arbejdsområder. Det er derfor vigtigt at beskrive en overordnet model for samarbejde og opgavedeling mellem hospitaler og kommuner.

Opgaveoverdragelsesdokumentet lægger op til, at patienterne/borgerne skal opleve optimerede forløb med samme faglige niveau som på hospitalet, og at den enkelte patient/borger kan opnå et funktions- og aktivitetsniveau, som er lige så højt eller højere end ved rehabilitering under indlæggelse.

Udgangspunkt for en samarbejdsmodel

I udarbejdelse af model for samarbejde og opgavedeling er der blandt andet taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade fra juni 2011, da dette beskriver neurorehabiliteringsopgaver og standarder for løsning af dem i såvel regionalt baseret rehabilitering på hovedfunktionsniveau, i kommunalt baseret rehabilitering og i almen praksis sektoren. Forløbsprogrammet beskriver endvidere en model for patientforløb og samarbejde mellem de tre instanser.¹

Regionale opgaver i neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau (Fase II)

Forløbsprogrammet beskriver, at rehabilitering i Fase II på hovedfunktionsniveau:

- Omfatter rehabilitering af hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af begrænset kompleksitet
- Varetages af interdisciplinært team med neurofaglige kompetencer og deltagelse af speciallæge i neurologi (eller tilsvarende neurofagligt personale), plejepersonale, fysioterapeut og ergoterapeut, samt ad hoc deltagelse af neuropsykolog, logopæd, diætist og socialrådgiver.

¹ Side 57 i "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade", Sundhedsstyrelsen, juni 2011

- Har adgang til akutte billeddiagnostiske undersøgelser, biokemiske og mikrobiologiske undersøgelser, EKG, EEG og tilsyn fra andre lægelige specialer
- Medvirker til rådgivning af neurofagligt personale i kommunerne

Kommunale opgaver i neurorehabilitering (Fase III)

Ifølge forløbsprogrammet inddeles hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi i Fase III i tre niveauer i forhold til kompleksitet og omfang af problemstillinger:

- På **basalt niveau** varetages rehabiliteringen af kommunalt personale med neurofaglig viden fra grunduddannelser og relevante kurser. Medarbejderne har også andre arbejdsopgaver end rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade.
- På **avanceret niveau** varetages rehabiliteringen af kommunen i samarbejde med eksterne fagpersoner med særlige kompetencer inden for et givent område og/eller specialiserede hjerneskadetilbud. Samarbejdet kan enten være i forhold til konkret opgaveløsning eller ved supervision. Faggrupperne har primært arbejdsopgaver i forhold til rehabilitering af personer med hjerneskade. Alternativt har kommunen selv (evt. i tværkommunalt samarbejde) personale med tilsvarende neurofaglige kompetencer.
- På **specialiseret niveau** varetages rehabiliteringen af specialiserede hjerneskadetilbud som samlede helhedsorienterede og intensive forløb. Der er involveret faggrupper med specialiseret neurofaglig ekspertise, som fungerer i tæt, interdisciplinært samarbejde. Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision og deltager desuden i udviklingsarbejde og forskning.²

Opgaver for almen praksis i neurorehabilitering (Fase III)

Forløbsprogrammet beskriver rollen for almen praksis i neurorehabilitering Fase III som at være generalist, tovholder for den lægelige behandling og gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen. Almen praksis' opgaver er:

- Henvielse til sygehusbehandling, herunder til ambulansetilbud
- Kontrol og behandling af følgetilstande og ko-morbiditet efter udskrivelsen, evt. i samarbejde med sygehuset, herunder opfølgning på patientrettet forbyggelse.
- Opfølgning på psykosociale forhold, herunder støtte, udredning og behandling af krisereaktioner hos pårørende
- Legale forhold, herunder vurdering af køreevne
- Samarbejde med og evt. rådgivning til kommunen og sygehuset i forhold til konkrete personer med hjerneskade.

Guideline for hjemmebaseret rehabilitering efter apopleksi

Den model for samarbejde og opgavedeling, som der ligger op til i opgaveoverdragelsesdokumentet, tager desuden udgangspunkt i en europæisk guide for hjemmebaseret rehabilitering af apopleksipatienter "Early Home Supported Discharge (EHSD) services for Stroke Patients. A practical problem-based guide linking clinical evidence to clinical rehabilitation".

Den europæiske guide anbefaler rehabilitering i eget hjem til patienter med let-moderat apopleksi ved specialiserede teams, som omfatter: ergoterapeut, fysioterapeut, logopæd, sygeplejerske og læge, alle med specialiserede kompetencer inden for apopleksi eller neurologi. Den anbefaler endvidere:

- at rehabiliteringen starter i hjemmet på udskrivelsesdagen og senest inden for 1 uge
- at rehabiliteringsperioden varer minimum 1 måned og op til 3 måneder dog bestemt af patientens behov.
- at rehabiliteringsydelse gives med en intensitet svarende til intervention 3-5 dage om ugen.

Mulig model for samarbejde og opgavefordeling

I det følgende beskrives en model for, hvordan samarbejde og opgavefordeling kan føres ud i livet. Beskrivelsen angiver i oversigtsform, hvem der tænkes at gøre hvad med hensyn til

² For en mere detaljeret beskrivelse af kommunale opgaver se "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade" s.46-47

opgaver inden for behandling, pleje, træning og anden rehabilitering samt koordinering. Den model for samarbejde og opgavedeling som beskrives kan fungere til inspiration og som udgangspunkt for implementeringen i klyngerne. Som anført i opgaveoverdragelsesdokumentet skal de mere detaljerede rammer for samarbejdet, inkl. visitationskompetencer i kommunerne, beskrives i samarbejdsaftaler mellem hospitaler og kommuner i sundhedsaftaleregi i de enkelte klynger.

Opgave	Ansvarlig
<p>Organisering af udskrivelse af patienten/borgeren</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ afklaring af patientens behov og ønsker og aftaler med patienten ➤ aftaler med pårørende eller andet netværk ➤ evt. kontakt til kommunen - visitator, hjemmepleje, madservice, hjælpemiddelservice ➤ evt. udarbejdelse af genoptræningsplan 	<p>Apopleksiteamet i samarbejde med personale på akut afdeling, og evt. kommunal visitation og hjemmepleje</p>
<p>Patienten følges hjem af faggruppe(r) i det udgående team som matcher patientens behov og ønsker og</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ opgaver vedr. medicin, medicinjustering og medicingivning ➤ opgaver vedr. opfølgning på blodprøve, og andre lægelige interventioner ➤ følge op på evt. forhåndsftaler om hjælp i hjemmet, mad etc. ➤ opgaver vedr. anskaffelse og instruktion i brug af hjælpemidler ➤ sikre at patienten klarer basale ADL funktioner i hjemmet ➤ inddrage pårørende på relevante områder 	<p>Apopleksiteamet Evt. i samarbejde med kommunal visitation og hjemmepleje</p>
<p>Rehabiliterende opgaver ved faggruppe(r) i det udgående team som matcher patientens behov og ønsker.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ På baggrund af observation af borgeren i eget hjem vurdere behov for fortsat fysioterapeutisk og/eller ergoterapeutisk træning, samt evt. behov for træning ved personale med specialiserede neurofaglige kompetencer ➤ På baggrund af observation af borgeren i eget hjem vurdere behov for fortsat sygepleje samt evt behov for pleje ved personale med specialiserede neurofaglige kompetencer ➤ På baggrund af observation af borgeren i eget hjem vurdere behov for andre rehabiliterende indsatser, f.eks logopædi eller neuropsykologisk indsats ➤ Fortsatte opgaver vedr. opfølgning på medicin, blodprøver, og 	<p>Apopleksiteamet</p>

<p>andre lægelige interventioner ved behov</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gennemføre ergo- og/eller fysioterapeutisk træning, hvis der er behov for træning af borgerens funktionsevne ved personale med specialiserede kompetencer <p>Gennemføre sygepleje hvis der er behov for fortsat sygepleje ved personale med specialiserede kompetencer</p>	
<p>Overdragelse til kommunale medarbejdere</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ gensidig mundtlig formidling af information via overdragelsesmøde eller telefonisk ➤ evt. praktisk formidling af viden og færdigheder eller supervision fra apopleksiteam til kommunale medarbejdere i patientens hjem. ➤ skriftlig information fra apopleksiteam til kommunale medarbejdere, f.eks statusrapport/rehabiliteringsplan, plejeplan. ➤ evt. udarbejdelse af genoptræningsplan ➤ lægen afslutter forløbet og sender epikrise til praktiserende læge. 	<p>Samarbejde mellem apopleksiteam og kommunale medarbejdere</p> <p>Samarbejde læge i apopleksiteam og praktiserende læge</p>
<p>Fortsat rehabiliterende eller vedligeholdende opgaver</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ fortsat ergo- og /eller fysioterapeutisk træning ved behov. ➤ fortsat sygeplejefaglige opgaver ved behov ➤ fortsat praktisk hjælp eller støtte i hjemmet ved behov ➤ logopædisk, neuropsykologisk og andre indsatser ved behov ➤ afklaring af forsørgelsesgrundlag, arbejdsmuligheder, eller uddannelse ved behov ➤ afklaring af boform eller boligændringer ved behov ➤ lægelig opfølgning ved behov 	<p>Kommunalt personale. Evt med supervision fra apopleksiteam eller anden specialiseret ekspertise. Evt henvisning til regional enhed mhp vurdering og indsats</p> <p>Praktiserende læge</p>
<p>Indsamle data med henblik på dokumentation af effekt af tidlig udskrivning og etablering af udadgående apopleksiteams</p>	<p>Apopleksiteams og kommunale medarbejdere</p>

Referencer:

1. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk

2. Langhorne P, Jepsen BG, Mogensen P, Santana S, Kristensen T, Jørgensen HMR, Opara J, Larsen T. Early Home Supported Discharge (EHSD) services for stroke patients. A practical problem-based guide linking clinical evidence to clinical rehabilitation.
www.integratedhomecare.eu

Udarbejdet af:

Afdelingsterapeut Marie Møldrup, Regionshospitalet Horsens

Overlæge Peter Brynningsen, Geriatrisk Afdeling, Århus Universitetshospital

Stabsleder Hanne Linnemann samt hjemmeplejen, Århus Kommune

Ledende terapeut i Centerledelsen Lis Kleinstrup, Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Udviklingsfysioterapeut Tove Kristensen, Regionshospitalet Hammel Neurocenter

UDKAST

Bilag 6 til opgaveoverdragelsesdokument vedr. omlægning af apopleksi-forløb i Region Midtjylland

Forventninger til økonomien i opgaveoverdragelsen vedrørende apopleksi.

Økonomi- og opfølgingsgruppen har udarbejdet dette notat om forventningerne til den kommunale økonomi i opgaveoverdragelsen vedrørende apopleksien. Notatet udgør et foreløbigt notat, idet gruppen foreslår, der arbejdes videre med en belysning af økonomien, i samklang med den konkrete implementering. Eventuelt i form af en evalueringsmodel.

Den regionale økonomi

Regionsrådet besluttede den 26. oktober 2011 at omlægge neurologien i Region Midtjylland med henblik på at opnå budgetforbedring for 20 mio. kr. fra 2013 og frem og med fastholdelse af samme kvalitet. I 2012 skal der spares 10 mio. kr.

Besparsen findes gennem en rammebesparelse på den klassiske neurologi og en omlægning af apopleksi-forløbene, der træder i kraft 1. maj 2012. Omlægningen af apopleksi-forløbene medfører en besparelse på 15 mio. kr. fra 2013 og frem. De resterende 5 mio. kr. findes gennem besparelser på den øvrige/klassiske neurologi, hvilket ikke er omfattet af opgaveoverdragelsen. Skemaet nedenfor sammenfatter i overordnede træk, hvordan sparerammen for det neurologiske område indfries.

Tabel 1: Den økonomiske udmøntning af regionsrådets beslutninger vedr. omlægningen af neurologien den 26. oktober 2011 og den 25. januar 2012			
	2012	2013 (akkumuleret)	2014 (akkumuleret)
<i>Sengelukninger – senge til akut apopleksi</i>	- 9,0 mio. kr.	- 17,7 mio. kr.	- 20,7 mio. kr.
<i>Sengelukninger - rehabiliteringssenge</i>	- 4,8 mio. kr.	-7,4 mio. kr.	-13,4 mio. kr.
<i>Udgående apopleksiteam ved alle hospitalsenheder</i>	5,3 mio. kr.	9,0 mio. kr.	9,0 mio. kr.
<i>Buffer (til uforudsete konsekvenser af omlægningen af apopleksi-forløb)</i>	1,5 mio. kr.	1,1 mio. kr.	10,1 mio. kr.
<i>Rammebesparelse, klassisk neurologi</i>	- 2,9 mio. kr.	- 5 mio. kr.	- 5 mio. kr.
	- 10 mio. kr.	- 20 mio. kr.	- 20 mio. kr.

Som det fremgår i tabellen, vedrører den største del af besparelsen lukning af senge til akut apopleksi. Dette er muligt, idet der ved Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenheden Vest og Hospitalsenhed Midt etableres neurologiske dagklinikker og TCI-klinik. Disse er finansieret af hospitalerne selv gennem den såkaldte aktivitetspulje, der kan bruges til at sikre finansieringen af projekter, der ikke har en permanent bevilling.

I tabellen fremgår det ligeledes, at der også bliver lukket senge til rehabilitering (på hovedfunktionsniveau), men idet målet er, at rehabiliteringen i stedet skal ske i borgeren/patientens eget hjem, investeres der ressourcer i etableringen af udgående apopleksi-team ved alle hospitalsenheder. Endelig er der afsat en implementeringsbuffer i de tre år, omlægningen forløber, til at imødegå evt. uforudsete konsekvenser. Der kan f.eks. være tale om fald i behandlingskvaliteten.

Samlet set lukkes der omkring 40 senge på tværs af regionen som følge af omlægningen af apopleksi-forløbene. Sengene er fordelt med lukning af ca. 28 senge til akut apopleksi og ca. 21 senge til rehabilitering på hovedfunktionsniveau, mens der omvendt etableres ca. 8 senge til specialiseret rehabilitering.

Kommunal medfinansiering

Overordnet set forventes den samlede kommunale medfinansiering ikke påvirket af omlægningerne. Dvs. medfinansieringen forventes at svare til det aftalte i økonomiaftalen. Der vil dog blive tale om, at de enkelte kommuners medfinansiering vil blive påvirket forskelligt. Omlægningen indebærer således en omlægning fra stationære til ambulante forløb. Dette påvirker patientstrømmene og kan ikke på nuværende grundlag beregnes for de enkelte kommuner.

Angående økonomi for apopleksiteamet.

Dette afsnit viser de kommunale og regionale udgifter, når der laves et apopleksiteam de forskellige steder. De konkrete konsekvenser vil afhænge af den model, som hospitaler og kommuner aftaler.

For at anslå omkostninger er der taget udgangspunkt i den metode, som er benyttet på Aarhus Universitetshospital (AUH). De kommer årligt i kontakt med ca. 200 borgere. Med baggrund i

disse kontakter har Region Midtjylland lavet følgende opsummering. Data stammer fra AUH's registreringer 2011 frem til 15. november. Der er tale om de registreringer, der er for de behandlinger, som er foretaget af apopleksiteamet. Dvs. at indlæggelserne ikke er med i prisen.

Tabel 2: Gennemsnitlige værdier for apopleksiteamets patienter				
Gennemsnitlige besøg	Heraf specialiseret genoptrænings besøg	Gennemsnitlig forløbspris	Anslået medfinansiering	Specialiseret genoptræning
3,74	0,39	7.014 kr.	1.754 kr.	588 kr.

Tabellen viser, at de borgere, der bliver tilknyttet apopleksiteamet i gennemsnit har 3,74 besøg, hvoraf få (0,39) er registreret som specialiseret genoptræning. Den gennemsnitlige produktionsværdi for en borger er 7.014 kr, heraf vil den kommunale medfinansiering efter 2012 regler være 1.754 kr. En gennemsnitlig borger koster derudover 588 kr. i specialiseret genoptræning.

Ifølge forløbsoversigterne drejer det sig om ca. 1.000 borgere på regionsniveau, der skal have et sådant forløb. Dette vil betyde samlede udgifter (gennemsnitligt forløbspris) på 7 mio. kr., og heraf vil kommunernes medfinansiering og specialiseret ambulante genoptræning udgøre 2,3 mio. kr.

Konsekvenserne af omlægningen til øget ambulante behandling skal nærmere belyses i en evaluering, efter at samarbejdet er blevet etableret.

Kommunale forhold

Det er vanskeligt at vurdere de netto økonomiske virkninger for den kommunale pleje mv. På den ene side vil kommunen – grundet det accelererede patientforløb - skulle møde borgeren tidligere og i fælleskab med apopleksiteamet skulle planlægge rehabiliteringsindsatsen. På den anden side vil omlægningen af behandlingen kunne give bedringer i patientens tilstand, der påvirker behovet for pleje.

Hvis de konkrete virkninger skal opgøres, vil det derfor være nødvendigt at følge det tæt i den videre implementering.

Anbefalinger

Økonomi og opfølgingsgruppen indstiller, at påvirkningen af den kommunale og regionale økonomi følges, evt. i form af en model med en evaluering i august 2013. Der kunne eksempelvis udpeges tre kommuner og et hospital, der ikke har trombolys-funktionen til at indgå i en vurdering af konsekvenserne ved omlægningen.

Evalueringen kunne indeholde vurdering af

- Plejeindsatsen for borgerne
- Samarbejdet og økonomien omkring apopleksiteamet
- Dagklinik
- Behovet for pleje af patienter i ambulante forløb
- Effekter på den kommunale medfinansiering