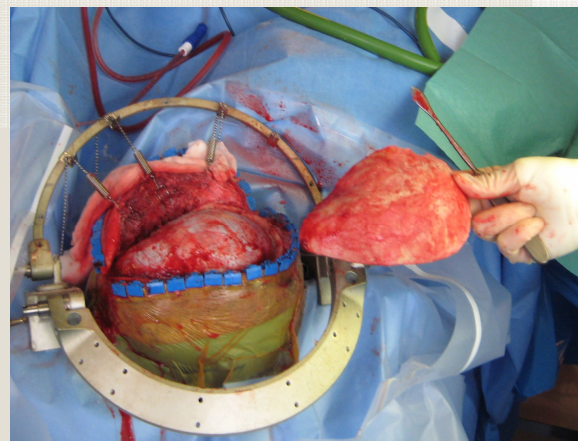


# Opgave- overdragelses dokument - omlægning af apopleksi-forløb

**midt**  
regionmidtjylland



Oplæg i Sundhedskoordinationsudvalget, 5. marts 2012  
*V. Christian Boel, Sundhedsplanlægning & Lis Kaastrup, Viborg Kommune*

# Baggrund for omlægningen

- Omstillingsplanen (feb. 2011): Der skal spares 20 mio. kr. med samme eller bedre kvalitet.
- Omlægning af apopleksi-forløb og rammebesparelse på klassisk neurologi
- Rivende faglig udvikling, mulighed for effektiviseringer og kvalitetsløft – nye behandlingsmetoder med trombolyse og trombektomi, udgående teams og TCI-klinik

# Omlægningen i hovedtræk – den akutte fase

- "Time is brain!" - Accelererede og forbedrede forløb i neurologisk regi
  - Hurtigere diagnose og rette behandling → bedre overlevelsesmuligheder og højere funktionsniveau.
- Alle patienter med mistanke om akut apopleksi modtages til hurtig udredning og behandling (trombolyse mv.) på RH Holstebro eller AUH fra og med 1. maj 2012
- Neurologiske dag/TCI-klinikker i Holstebro og Aarhus – 1/3 af patienterne fra seng til stol
- Alle senge til akut apopleksi i Viborg, Horsens og Randers lukkes pr. 1. maj 2012. Og færre senge i Holstebro og Aarhus i 2013 og 2014.

# Omlægningen i hovedtræk – efter den akutte fase

- Ca. 20 senge til rehabilitering på hovedfunktionsniveau lukkes over 2½ år. I 2014 ca. 4-7 senge ved hver hospitalsenhed.
- Udgående apopleksiteams ved alle hospitalsenheder
  - Telemedicinsk opbakning fra AUH
  - Tværsektoriel kompetenceudviklingsindsats
  - bedre patientforløb i overgangene (styrket overlevering)
  - Øget og højt kvalificeret rehabilitering i borgerens eget hjem
- Styrket samarbejde med kommunerne



## Udfordringer: en model med mange overgange

- Hjem direkte efter fra dagklinik, Neurologisk afdeling
  - Hjem direkte med apopleksiteam efter indlæggelse i Neurologisk afdeling, (gns. Liggetid 3 dage)
  - Hjem via lokalt hospital (hovedfunktionsniveau), med apopleksiteam (gns. liggetid 10 dage)
  - Neurorehabilitering på regionsniveau (gns liggetid 25 dage)
  - Neurorehabilitering på højt specialiseret niveau (gns. Liggetid 37 dage)
- ...Telemedicinske løsninger og teamspirit skal binde modellen sammen!

# Opgaveoverdragelsesdokument – hvorfor?

- Skal forberede kommunerne ved at beskrive afledte kommunale konsekvenser af omlægningen, jf. administrativ aftale om samarbejde ved opgaveoverdragelse mellem sektorer
  
- Målsætningerne:
  - At sikre at kvaliteten af behandlingen/indsatsen er i fokus
  - At sikre planlagt opgaveoverdragelse i stedet for uplanlagt opgaveglidning
  - At sikre gennemsigtighed

## Opgaveoverdragelsen i forbindelse med neurologien

- Primært patienter med behov for rehabilitering på hovedfunktionsniveau
- Vedrører de udgående apopleksiteams funktion, koordination og samarbejde med kommunerne
- Behov for en fleksibel og koordineret tilrettelæggelse af behandlings- og plejeindsatserne med henblik på så sammenhængende patientforløb som muligt.
- Dele af forløbene flyttes uden for hospitalerne. Hospitalspersonale varetager behandling i borgerens/patientens hjem, og kommunerne vil overtage en del af plejeopgaven med denne ændring.



## Potentialer ved opgaveoverdragelse

- Behandling i eget hjem og udgående apopleksiteams sikrer faglighed, koordinering og en tryk overgang for patienten
- Fælles kompetenceudvikling, herunder bed-side undervisning ude i eget hjem via apopleksiteams
- Kortere indlæggelsestider til gavn for patienterne
- Mindre "tom ventetid" for patienterne på sengeafdelingerne





# Neurorehabilitering

## Hvilke opgaver står kommunerne overfor?

- Alle kommuner er i gang med at se på egen organisation for at kunne imødekomme de ændringer der sker indenfor sundhedsvæsenet for dermed at kunne løse de opgaver som ruller ud til kommunerne, neurologi er kun en blandt andre.
- Det betyder, at der jo ikke er én måde at løse opgaverne på, det er vigtigt at have med i planlægningen
- Forskellene kan ligge i:
  - Faggrupper – kompetencer
  - Patient Volumener
  - Specialiseringsgrad
  - Samling af indsatsen på genoptræningscentre, forskelle mellem
- I forhold til apopleksigruppen er det en kendt patientgruppe for kommunerne, forskellen vil være de accelererede forløb



# Neurorehabilitering

## Hvilke udfordringer er der fra et kommunalt perspektiv med opgaveoverdragelsen?

- Det regionale tilbud om Apo team, modellen tager udgangspunkt i Århus modellen som har eksisteret i næsten 10 år, er det samme tilbud der gives til de andre klynger?
- Rolleafklaring i hvornår er det behandling og hvornår er det pleje
- Apo teamets kendskab til borgeren, merviden???
- De økonomiske beregninger, her og nu udgifter i forhold til at den gennemsnitlige indlæggelsestid reduceres fra 11 til 3 dage
- Den regionale tidsplan med start 1. maj er planlagt hvilket udfordrer de kommunale omstillinger, og hensyn til tidsplan for indgåelse af klyngeaftaler
- Blodopløsende trombolysebehandling har været brugt gennem flere år, hvor stor en % del af apopleksipatienter har ikke fået denne behandling i dag, i forhold til fremtidige patienter, dette med henblik på at beregne de samfundsmæssige økonomiske gevinster omstillingen vil give



## Neurorehabilitering

### **Hvilke potentialer er der ud fra et kommunalt perspektiv med opgaveoverdragelsen?**

- Den behandlingsmæssige udvikling til stor gavn for borgerne, flere får færre mén efter deres apopleksi
- Borgeren vil hurtigere komme hjem og rehabiliteringen vil tage udgangspunkt i borgerens hverdagsliv
- Tæt samspil med hospitalerne og de praktiserende læger
- Kompetenceudvikling af kommunens personale
- Spændende opgaver og muligheder for at udvikle samarbejdsrelationer og metoder imellem de tre sektorer
- Evt. påbegyndelse af mere forskningsmiljø i det kommunale

## Sammenfatning

- Samme antal og gruppe af patienter
- Lidt tidligere hjem - med hjælp fra apopleksiteamet
- Kommunen tidligere ind, pleje og rehabilitering
- Samme eller bedre resultat for patienterne

...Og vi monitorerer!

## Processen

- 26. oktober 2011: Regionsrådets beslutning om omlægning
- December-februar 2012: Arbejdet med opgaveoverdragelsesdokumentet
- 27. februar: Godkendt i Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen
- 5. marts: Behandling i Sundhedskoordinationsudvalget. Herefter videre konkretisering i klyngerne afhængig af organiseringen ved de enkelte kommuner og hospitaler.
- 1. maj 2012: Fase 1 af de regionale omlægninger træder i kraft. Trinvis implementering, der giver mulighed for trinvis aftaler mellem hospitalerne og kommunerne i klyngerne.
- 1. januar 2013: Fase 2 af de regionale omlægninger træder i kraft.
- August 2013: Evaluering af kvalitetsmæssige- og økonomiske konsekvenser af omlægning