

Regional samarbejdsaftale mellem de udgående apopleksiteams og kommunerne i Region Midtjylland



Proces

Etablering af udgående apopleksiteams fra de fem hospitaler med hovedfunktionsniveau i forbindelse med neurologi-omlægning **2012**
Lokale samarbejdsaftaler i klyngerne.

Ønske og opgaveopdrag fra Sundhedsstyregruppen:
Fælles samarbejdsaftale for udgående apopleksiteams i Region Midtjylland byggende på de generelle principper for udgående og rådgivende funktioner

Nedsættelse af arbejdsgruppe med kommunale og hospitalsrepræsentanter fra alle klynger **2019**
Formandsskab ved Trine Brøcker (sundhedschef Skive Kommune) og Ulla Veng (oversygeplejeske HE Midt)

Fælles regional samarbejdsaftale sendt i godkendelsesproces **2020**

Resultat: Fælles regional samarbejdsaftale

Målgruppe:

Patienter/borgere med akut apopleksi på **hovedfunktionsniveau**, som udskrives direkte fra de akutte apopleksiafsnit til eget hjem eller midlertidig plads i kommunalt regi.

Samarbejdsaftalen beskriver, hvilke krav hospitalerne og kommunerne som minimum skal opfylde.

Klyngerne kan lokalt aftale eksempelvis at lade samarbejdsaftalen omfatte patienter med transitorisk cerebral iskæmi (TCI) og patienter udskrevet efter rehabilitering under indlæggelse på hovedfunktionsniveau.



Formål og mål

Formålet med samarbejdsaftalen og den fælles model er:

- At sikre et fælles grundlag for samarbejdet på tværs af sektorerne.

Målet er:

- At patienten/borgeren og eventuelle pårørende oplever, at indsatsen er sammenhængende og koordineret
- At indsatsen foregår uden unødige forsinkelser og med udgangspunkt i en individuel plan udarbejdet på baggrund af patientens behov og forudsætninger
- At opgaverne varetages på det rette specialiseringsniveau
- At sektorerne sikrer kvalitet i det samlede patientforløb jf. regionale og nationale kvalitetsmål samt Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade

Rådgivende og udgående funktion

De udgående og rådgivende apopleksiteams skal være tværfagligt sammensat og minimum bestå af:

- Læge (neurolog/geriater)
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Sygeplejerske

Teamet skal ved behov kunne indhente rådgivning eller henvise patienten til andre faggrupper, eksempelvis diætist, logopæd eller neuropsykolog i regionalt regi.

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

Apopleksiteams opgaver

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

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

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

Kommunens opgaver

Kommunen har ansvaret for borgerens **rehabiliteringsforløb efter udskrivning** fra hospitalet og har følgende opgaver:

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

Er der noget nyt - eller er det blot en sammenskrivning af fem aftaler?

- Fælles aftale -> lægger op til mere ensartet praksis i klyngerne, men stadig med mulighed for lokal tilpasning.
- Det primære fokus er på patienter, som udskrives direkte fra de akutte apopleksiafsnit.
- Beskrevet i aftalen, at det tværsektorielle samarbejde vedrørende målgruppen skal evalueres lokalt på mindst et årligt samarbejds møde.
- Øget fokus i klyngerne på kvalitetssikring med årlig audit - **NYT undtagen i Midtklyngen.**
- I Midtklyngen er dette allerede forankret i samarbejdsgruppe, som refererer til klynge-temagruppen for voksne.

