



Samarbejdsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade

Bilag 4

UAT

Samarbejdsmodel for udgående funktion til patienter med apopleksi/stroke mellem Region Nordjylland, almen praksis og de nordjyske kommuner.

Indledning

Denne aftale beskriver rammerne for det tværsektorielle samarbejde mellem Region Nordjylland, almen praksis og kommunerne omkring patientforløb i eget hjem for patienter med apopleksi/stroke.

Samarbejdsaftalen om udgående funktion til patienter med apopleksi/stroke blev i sin tid til, som en del af en større omlægning af den samlede neurorehabilitering, og herunder det akutte apopleksi/stroke forløb.

Formålet med aftalen er at sikre smidige patientforløb, for patienter med en let til moderat apopleksi/stroke. Udskrivelse af patienten med opfølgning, vurdering og udredning i eget hjem sikrer et kvalitetsmæssigt løft i forhold til muligheden for at vurdere patienten i en kendt kontekst.

Aftalen tilgodeser en række af de anbefalinger, der er fremført i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade. Det drejer sig særligt om, at;

- Bidrage til en øget kvalitet i udredning og vurdering af borgerens behov med henblik på bedst muligt at sikre det efterfølgende rehabiliteringsforløb i kommunen.
- Sikre en god overlevering af patienten, herunder at den relevante viden gives videre.
- Det specialiserede niveau står til rådighed med sparring og vejledning af både kommunalt personale samt borger og pårørende i en efterfølgende periode.

Omdrejningspunktet for indsatsen er et hospitalsbaseret tværfagligt neurologisk team, Det Udgående Apopleksiteam (UAT). UAT er forankret ved Neurologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital.

UAT havde en projektperiode på et år, med start den 1. april 2017, hvor der var forventet en patientmasse på 150 årligt. Projektperioden viste dog, at der var et langt større antal patienter med behov for opfølgning af UAT. Antallet af patienter har været langt større end estimeret, idet der har været helt op imod 800 patientkontakter årligt.

Målgruppen for UAT

Tilbuddet er målrettet patienter med lette til moderate følger efter apopleksi/stroke, hvor det vurderes, at rehabilitering med fordel kan foregå i hjemmet og/eller træningscenter i egen kommune.

Det primære faglige fokus i indsatsen er, at sikre opfølgning på behandling igangsat under det akutte forløb på hospitalet, at færdiggøre vurdering og udredning af patientens behov i en hjemlig kontekst, herunder at udarbejde en genoptræningsplan ved behov.

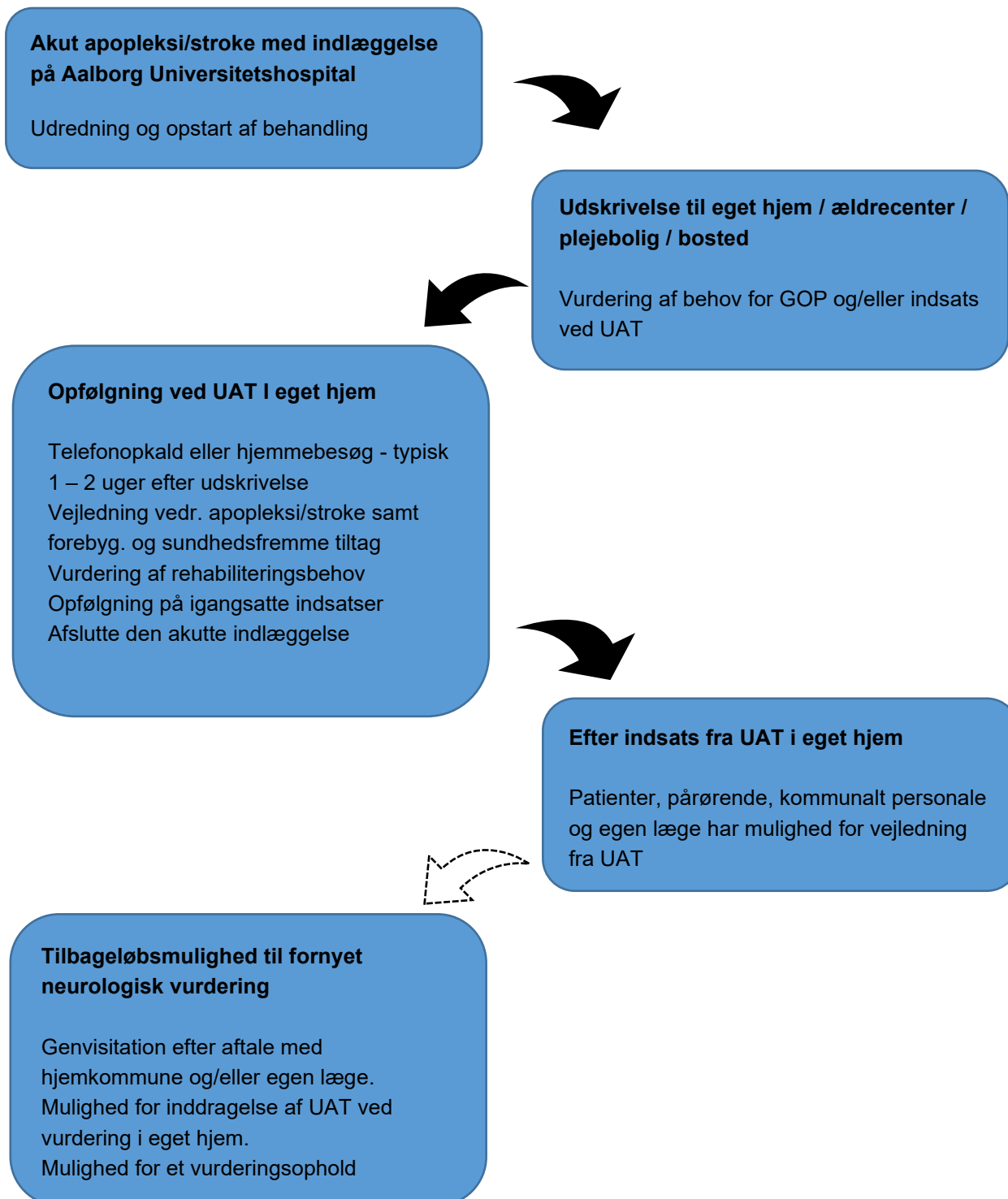
Målgruppen kan inddeles i følgende kategorier, som karakteriserer deres behov:

- Patienter, hvor det er usikkert, om udskrivelse til eget hjem er forsvarligt, eller patienten i stedet skal overflyttes til hovedfunktionsniveau

- Patienter med lettere følger efter apopleksi/stroke, hvor der er behov for udredning og vurdering af vanskelighedernes betydning i patientens vante dagligdag med særligt fokus på kognitive færdigheder
- Patienter hvor der er behov for udredning og vurdering ved mere komplekse aktiviteter i patientens vanlige miljø og aktiviteter, da det ikke er muligt at beskrive genoptræningsbehovet under indlæggelse
- Den demente patient/plejehjemsbeboer, hvor der er behov for rehabilitering, men hvor dette varetages bedst i de vante omgivelser. Her vil UAT have fokus på at rådgive og vejlede personalet på plejehjemmet samt optimere overgangen til kommunal genoptræning
- Patienter der diagnosticeres med apopleksi via Neurologisk Dagafsnit (DAPO)
- Patienter med tidligere apopleksi/stroke visiteret fra RVN til en fornyet vurdering af rehabiliteringsbehov. Her vil UAT i flere tilfælde kunne bidrage med en revurdering af genoptræningsbehov- og potentiale i borgerens eget hjem.

Der vil være variation i hvilken indsats, der er behov for i de enkelte forløb. Herunder hvilken grad af samarbejde der er behov for mellem hospitals- og kommunalt personale. Behovet for at sikre den kommunale involvering er større for de forløb, hvor patienten er i eget hjem i forhold til de forløb, hvor patienten skal tilbage til en plejebolig.

3. Overordnet beskrivelse af patientforløb med opfølgning ved UAT



Indsatser og ansvarsfordeling – en oversigt

	UAT / Hospital	Kommune	Almen praksis
Indsats på hospital	<p>Det akutte forløb varetages på Strokeafsnittet på Aalborg Universitetshospital, hvor patienterne opholder sig til de er stabile. Patienterne vurderes i forhold til evt. behov for videre rehabilitering på hospital, genoptræning i kommunen og/eller opfølgende indsats ved UAT.</p> <p>Sikrer at der er klare aftaler med kommune og almen praksis før patienten udskrives i henhold til samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning.</p> <p>Sikrer opfølgning på alle relevante indsatser, herunder medicin.</p>	<p>Sikrer kommunikation og indsatser efter gældende retningslinjer i henhold til denne aftale og tværsektorielle samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning.</p>	
Indsats i eget hjem	<p>Opfølgning ved UAT vil ske i umiddelbar forlængelse af indlæggelsesforløbet på Strokeafsnittet, typisk 1 til 2 uger efter udskrivelse.</p> <p>Varetager det opfølgende forløb i tilknytning til apopleksien/stroke - opfølgning, udredning og vurdering.</p> <p><u>Lægeligt behandlingsansvar:</u> Lægen tilknyttet UAT har behandlingsansvaret i relation til apopleksien/stroke, herunder evt. komplikationer og afledte følger.</p>	<p>Varetager visitation af kommunale tilbud, i henhold til kommunens visitationsretningslinjer.</p>	<p>Almen praksis varetager alene opgaver, der ikke har relation til apopleksien/stroke.</p>

	UAT / Hospital	Kommune	Almen praksis
Efter indsats i eget hjem er afsluttet	<p><u>Rådgivningsfunktion:</u> Patient, pårørende, almen praksis og kommune tilbydes rådgivningsmulighed i op til tre måneder efter patienten er afsluttet.</p> <p><u>Tilbageløbsmulighed:</u> Opfølgning ved genhenvisninger (typisk revurdering og evt. indsats efter behov).</p>	<p>Indsatser i relation til evt. genoptræningsplan og opfølgning på plejeforløbsplan.</p> <p>Mulighed for dialog med UAT og den regionale visitation ved overvejelser om behov for revurdering af rehabiliteringspotentiale.</p>	<p>Opfølgning på epikrise.</p> <p>Almen Praksis overtager behandlingsansvaret.</p> <p>Genhenvisning til hospital ved behov – evt. i samarbejde med kommunen og evt. den regionale visitation.</p>

Da det lægelige ansvar under indsatsen ved UAT er forankret hos lægen tilknyttet UAT, er det aftalt, at patienterne under UATs indsats skal kontakte Strokeafsnittet ved tvivlsspørgsmål i forhold til behovet for lægehjælp. UAT har ansvaret for at afklare, om problemstillinger er relateret til apopleksien/stroke. Såfremt der er tale om anden problemstilling, der ikke er relateret til apopleksien/stroke, viderevisiteres til egen læge eller vagtlæge. Patienten, nærmeste pårørende og kommune har i denne periode mulighed for at kontakte Strokeafsnittet døgnet rundt.

Når patienten ikke længere har behov for hospitalsydelser i henhold til Sundhedsloven og forløbsprogrammet, afsluttes patienten i hospitalsregi herunder af UAT efter at indsatsen i eget hjem er afsluttet.

UAT – en uddybende beskrivelse af teamets opfølgende indsats

Teamets rolle i forbindelse med patientens indlæggelse

- 5.1 UAT har ansvaret for at levere den hospitalsbaserede indsats hos patienten indtil, der er sket udredning og vurdering af evt. behov for genoptræning i kommunalt regi
- Tilrettelægge og medvirke til en sikker overlevering fra hospital til hjemmet/hjemkommunen

Teamets rolle ved indsats i efterforløbet

- Evt. færdiggørelse af neurofaglig vurdering og udredning i patientens eget hjem
- Udarbejdelse af GOP ved behov. Dette skal foregå senest ved afslutning af indsatsen i eget hjem
- Relevant information og vejledning om apopleksi/stroke gives til patient, pårørende og samarbejdspartnere
- Tværfaglig efterbehandling og sygepleje ydes i samarbejde med kommunalt sundhedspersonale

- Løbende konference med teamets læge og neuropsykolog
- Der angives direkte kontaktnummer til neurologisk Strokeafsnit, som kan anvendes døgnet rundt
- I de tilfælde, hvor UAT udarbejder en GOP markerer denne afslutningen på den opfølgende indsats
- UAT involverer hjerneskadekoordinator, Institut for Syn, Hørelse og Døvblindhed, samt øvrige samarbejdspartnere efter behov
- I de tilfælde, hvor der ikke udarbejdes en genoptræningsplan, vil der blive udarbejdet og sendt en korrespondancemeddelelse med besked om afslutning af det udgående forløb i følgende situationer;
 - 1) Alle erhvervsaktive borgere, som har givet samtykke hertil.
 - 2) Hvor der ønskes en kontakt til kommunen, herunder hvis der er foretaget et opkald til kommunens hjerneskadekoordinator.

Kommunen – en uddybende beskrivelse af kommunens indsatser

Kommunens rolle i forbindelse med borgerens indlæggelse

- Modtager PFP og iværksætter de indsatser, der fremgår / er aftalt
- Sikrer pleje, hjælpemidler mm. i henhold til planen. Hjælpen tildeles i henhold til kommunens visitationskriterier og kvalitetsstandarder

Kommunens rolle ved indsats i borgerens eget hjem

- Tilrettelægger og medvirker til en sikker overgang fra hospital til eget hjem
- Modtager den afsluttende PFP og handler derefter i henhold til kommunens visitationskriterier og kvalitetsstandarder. Har i den forbindelse evt. dialog og kontakt til UAT vedrørende sparring og samarbejde i forhold til visitation og plejeindsats
- Sikrer at der er ét kontaktpunkt til kommunen og direkte kontaktoplysninger til brug for UAT
- I de situationer, hvor GOP er udfærdiget ved udskrivelse, opstartes genoptræning i kommunalt regi

Kommunens rolle i efterforløbet

- Ved behov kan UAT kontaktes i forbindelse med de patienter, der er udskrevet uden GOP
- Rollen i denne del af forløbet er ofte forankret i den kommunale hjerneskadekoordinator funktion
- Dialog og kontakt med rådgivningsfunktion i UAT med henblik på sparring og backup fra relevante fagspecialister i hospitalsregi

- Dialog med UAT, RVN og egen læge, hvis der opstår tvivl om en borgers rehabiliteringspotentiale, som evt. kan betyde at der skal ske en fornyet vurdering af potentialet

Almen praksis rolle

I den periode, hvor patienten modtager opfølgende indsats ved UAT, varetager den praktiserende læge alene opgaver, der ikke har relation til apopleksien/stroke.

Almen praksis har altid mulighed for at lave en genhenviisning af en borger til en fornyet neurologisk vurdering. Dette vil dog ofte ske i samarbejde med kommunen, som typisk har kontakten til borgeren. Almen praksis kan med fordel indgå i dialog med RVN omkring en genhenviisning.

Efter afslutning af indsatsen ved UAT varetager almen praksis opgaver i overensstemmelse med de aftaler der i øvrigt er indgået i Sundhedsaftaleregion.

Opfølgning på denne aftale

Opfølgning på denne aftale sker i henhold til det, der er beskrevet under afsnittet om opfølgning i hoveddokumentet for samarbejdsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade.

Det er hensigten, at der skal udføres tværsektoriel audit mhp. at følge op på, om den tværsektorielle kommunikation sker i henhold til aftalen.

Sidst revideret 30. maj 2023