

Afrapportering

Neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau

Indledning	3
1. Beskrivelse af den overordnede ramme	4
Definition af neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau	4
Organiseringen af apopleksibehandlingen	6
Visitation.....	7
Samarbejde med kommunerne om neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau	8
2. Beskrivelse af de rehabiliterende enheder på hovedfunktionsniveau	8
3. Generelle krav til tilbuddene på hovedfunktionsniveau	9
Patientgruppe 1	10
Patientgruppe 2	11
Patientgruppe 3	12
Patientgruppe 4	13
Patientgruppe 5	13
Patientgruppe 6	14
Særlige patientgrupper	14
Delkonklusion	15
4. Patientforløb	16
Gråzone i forbindelse med visitationen til specialiseret neurorehabilitering .	19
Opfølgning	20
5. Konklusion	21
1. Tilbuddene på hovedfunktionsniveau	21
2. Visitation	21
3. Patientforløb	22
4. Opfølgning.....	22
6. Anbefalinger	23
1. Tilbuddene på hovedfunktionsniveau	23
2. Visitation	23
3. Patientforløb	24
4. Opfølgning.....	25
Bilag 1: Repræsentanter i arbejdsgruppen for neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau.....	27
Bilag 2: Visitationskriterier	28
Bilag 3: Tilbud på hovedfunktionsniveau	32

Indledning

Neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau af patienter med apopleksi foregår i dag på alle fem hospitalsenheder i Region Midtjylland enten under indlæggelse eller i hjemmet i regi af apopleksiteamene. Der er behov for at sikre, at patienterne får tilbuddt den samme kvalitet, uanset hvor i regionen de tilbydes neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau.

Der har derfor været nedsat en arbejdsgruppe, hvis overordnede formål har været at beskrive, hvad neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau skal indeholde. Det primære fokus er apopleksipatienter, men flere af de nævnte problemstillinger vil også gøre sig gældende for andre patientgrupper inden for neurorehabilitering. For arbejdsgruppens sammensætning, se bilag 1.

På baggrund af gruppens arbejde er der udarbejdet nærværende afrapportering, der er bygget op om følgende afsnit:

1. Beskrivelse af den overordnede ramme
2. Beskrivelse af de rehabiliterende enheder på hovedfunktionsniveau
3. Generelle krav til tilbuddene på hovedfunktionsniveau
4. Patientforløb
5. Konklusion
6. Anbefalinger

Afsnit 1-4 danner baggrund for notatets konklusion og anbefalinger, men konklusionen og anbefalingerne kan også læses uafhængigt af resten af notatet.

1. Beskrivelse af den overordnede ramme

Definition af neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau

Vurderingen af, om patienten skal tilbydes rehabilitering på hovedfunktionsniveau eller skal tilbydes neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, bygger på en konkret individuel faglig vurdering. Udgangspunktet er nedenstående definition fra forløbsprogrammet samt de under afsnit 3 beskrevne patientgrupper. Der vil være gråzoner, hvor vurderingen også bygger på den faglige vurdering af potentiale og behovet for intensitet i behandlingen.

Præmissen for at vurdere, om en patient skal tilbydes træning på hovedfunktionsniveau er, at når vurderingen er foretaget og rehabiliteringsplanen på hovedfunktionsniveau er lagt, så er der ikke større behov for løbende specialvurderinger eller gentagne metodeskift (som ved regionsfunktion). Det tværfaglige team kan dermed relativt hurtigt foreslå en rehabiliterings-metode, der virker, og som patienten er tilfreds med. Der er ikke behov for lange udslusningsprogrammer, men patienterne bør ofte udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning og/eller anden communal opfølgning. Nogle afdelinger kan desuden følge patienter hjem med apopleksiteam funktion. Der er herudover behov for, at patienterne følges op i passende regi med henblik på at afdække, om der senere i patientforløbet viser sig tegn på behov for en fornyet/forstærket rehabiliterende indsats.

Af forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade fremgår følgende definition af neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau i hospitalsregi:

"Hovedfunktionsniveauer omfatter rehabilitering og kontrol af hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af begrænset kompleksitet, hvor sygdom såvel som ydelser er hyppige og ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne.

Rehabiliteringsforløb på hovedfunktionsniveau vil ofte være af mere standardiseret karakter, og varetages af et interdisciplinært team med

neurofaglige kompetencer og deltagelse af speciallæge i neurologi (eller speciallæge med tilsvarende neurofaglige kompetencer), plejepersonale, fysioterapeut og ergoterapeut samt med ad hoc deltagelse af neuropsykolog, logopæd, diætist og socialrådgiver.

Ved varetagelse af hjerneskaderehabilitering bør der være adgang til relevante træningsfaciliteter samt mulighed for afholdelse af interdisciplinære konferencer. Der bør desuden være adgang til akutte billeddiagnostiske undersøgelser (røntgen, CT- og MR-scanner), biokemiske og mikrobiologiske undersøgelser (urin, spinalvæske og blodanalyser), EKG, elektrofysiologiske undersøgelser (EEG) og tilsyn fra andre lægelige specialer som fx geriatri, psykiatri, kardiologi, endokrinologi og urologi.

Sygehuse med hjerneskaderehabilitering på hovedfunktionsniveau bør desuden medvirke i rådgivning af neurofagligt personale i kommunerne."

I gradueringen af de forskellige rehabiliteringstilbud, der anvendes i kommunalt regi, er der i forløbsprogrammet taget udgangspunkt i nedenstående tre niveauer.

"Rehabilitering på basalt niveau: Rehabiliteringsforløbet varetages af kommunen. De involverede faggrupper har neurofaglig viden fra deres grunduddannelse samt relevante kurser. Faggrupperne kan eventuelt have andre arbejdsopgaver end rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade.

Rehabilitering på avanceret niveau: Rehabiliteringsforløbet varetages af kommunen i samarbejde med eksterne fagpersoner med særlige kompetencer inden for et givent specifikt område og/eller de specialiserede hjerneskadetilbud. Alternativt har kommunen – eventuelt i tværkommunalt samarbejde – selv personale med tilsvarende neurofaglige kompetencer. Samarbejdet kan enten være i forhold til den konkrete opgaveløsning eller ved supervision. Faggrupperne har primært arbejdsopgaver i forhold til rehabilitering af personer med hjerneskade.

Rehabilitering på specialiseret niveau: Rehabiliteringsforløbet varetages af de specialiserede hjerneskadetilbud som samlede, helhedsorienterede og intensive forløb. Der er involveret faggrupper med specialiseret neurofaglig ekspertise

(inden for alle relevante områder), som fungerer i tæt, interdisciplinært samarbejde. Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision og deltager desuden ofte i udviklingsarbejde og forskning.”

Organiseringen af apopleksibehandlingen

Behandlingen af patienter med obs apopleksi er organiseret på følgende måde i Region Midtjylland:

- Ved mistanke om en apopleksi transporteres patienterne straks til enten RH Holstebro eller AUH.
- Patienter bliver her undersøgt og behandlet enten under indlæggelse eller ambulant i de neurologiske dagklinikker på RH Holstebro og AUH.
- Et TCI for mere end 2 døgn siden samt lettere apopleksi uden behov for indlæggelse (minor stroke, hvor symptomer forventes remitterede < 1 uge) og med mere end 2 døgns forløb, henvises til ambulant udredning på RH Viborg. En ”gammel apopleksi” som først sent kommer til lægens kendskab (det vil sige debut > 7 dage) kan ligeledes udredes ambulant via på RH Viborg.
- Neurorehabilitering på højt specialiseret niveau foregår på Hammel Neurocenter. Neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau foregår på RH Skive, RH Lemvig eller Hammel Neurocenter.
- Neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau foregår på henholdsvis AUH (P.P.Ørumsgade), RH Horsens, RH Randers RH Viborg og RH Lemvig. Hertil kommer, at der på RH Holstebro er oprettet 2 senge i tilknytning til den akutte funktion, der varetager neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau til patienter, som har behov for lægelig bistand døgnet igennem, og derfor ikke kan overflyttes til RH Lemvig. Sengene på RH Viborg er primært til patienter med svær apopleksi, idet patienter med let apopleksi udskrives til neurorehabilitering i kommunalt regi.¹

¹ På RH Viborg indlægges primært patienter med svær apopleksi i 1-3 uger og neurorehabilitering påbegyndes under indlæggelse. RH Viborg har sammen med klyngekommunerne Viborg, Skive og Silkeborg aftalt, at patienter med let apopleksi udskrives til neurorehabilitering i kommunalt regi, hvis der ikke af hensyn til patientens øvrige tilstand er behov for indlæggelse.

- Ved AUH (P. P. Ørumborg), RH Holstebro, RH Randers, RH Horsens og RH Viborg er der udgående apopleksiteams. Formålet med apopleksiteamene er at varetage hospitalsopgaver, som ikke er afsluttet, når patienten udskrives, samt at koordinere indsatsen i overgangen mellem hospital og kommune. Teamenes opgaver er bl.a. tilpasset tilbuddene i kommunalt regi. Det udgående apopleksiteam ved RH Viborg har således en lidt anden opgaveportefølje end de øvrige, idet der i Midtklyngens kommuner er sket en markant opkvalificering af neurofaglige kompetencer. Kommunerne kan ofte overtage neurorehabiliteringsopgaven inden for kort tid efter udskrivning af patienter på hovedfunktionsniveau. Det udgående apopleksiteam ved RH Viborg følger patienterne hjem og støtter og vejlede det kommunale personale, ligesom teamet varetager udredning, behandling og koordinering af patienter på hovedfunktionsniveau.

Visitation

Patienter til neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau visiteres direkte af de akutte enheder på AUH og RH Holstebro og ikke igennem den Fælles Regionale Visitation (FRV) for neurorehabilitering i Region Midtjylland. FRV visiterer alle patienter til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Akutafdelingerne og afdelingerne med neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau samt praktiserende læge og speciallæge kan henvise gennem FRV.

Der visiteres to gange dagligt, og patienter med apopleksi modtages indenfor 24 timer (gælder dog ikke for de højt specialiserede patienter i weekender).

FRV modtager i alt ca. mellem 2200 og 2500 henvisninger om året, hvoraf ca. 450-500 patienter har en apopleksi. FRV er bemandet med 1 fuldtids visitationssygeplejerske, 1 fuldtid lægesekretær samt 1 visiterende afdelingssygeplejerske. Dertil visiterende overlæger. Det er afdelingsledelsen på RH Hammel Neurocenter, der har det ledelsesmæssige ansvar for FRV.

Der er udarbejdet visitationsretningslinjer til specialiseret neurorehabilitering, se bilag 2. Desuden skal det nævnes, at Sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde et nyt stratificeringsværktøj.

Samarbejde med kommunerne om neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau

Der er i samarbejdet mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen udarbejdet et overdragelsesdokument, som skal sikre ensartethed i patientforløbende på tværs af regionen. Der er i hver klynge udarbejdet en samarbejdsaftale på området, der regulerer det lokale samarbejde i den enkelte klynge.

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

Apopleksitemet kan lave en ”følge-hjem” ydelse, som er en ambulant ydelse, der ydes på patientens bopæl svarende til de indsatser, der ydes på hospitalet under indlæggelsen. Der kan i særlige tilfælde laves specialiseret genoptræning jf. § 140 i sundhedsloven og jf. de gældende kriterier herfor.. I forhold til den specialiserede genoptræning er det vigtigt, at der sker en stratificering, således at det er den rigtige patientgruppe, der får tilbuddet.

Det skal også nævnes, at der sker en løbende udvikling i kommunerne, hvor flere styrker deres tilbud. Apopleksiteamene og kommunerne bør løbende i fællesskab tilrettelægge det samlede forløb, så effektivt og så godt for patienten som muligt.

2. Beskrivelse af de rehabiliterende enheder på hovedfunktionsniveau

For at beskrive de forskellige tilbud, der gives på hovedfunktionsniveau, er der udarbejdet et skema (bilag 3), hvori tilbuddene beskrives bl.a. i forhold til antal senge, bemanding samt apopleksiteamene. Ud fra skemaet fremgår det, at der er variation i de tilbud, der gives på hovedfunktionsniveau.

Bl.a. er det forskelligt, hvor sengene fysisk er placeret. På AUH er sengene placeret på Geriatrisk Afdeling, på RH Viborg som en del af Neurologisk Afdeling, på RH Randers på Medicinsk/Geriatrisk afdeling, på RH Horsens Medicinsk Afdeling og på HE Vest både på neurorehabiliteringsenheden på RH Lemvig og på Neurologisk Afd. på RH Holstebro. Lemvig er det eneste sted, hvor der både er hovedfunktionssenge og regionsfunktionssenge. På RH Horsens og RH Randers er der ikke neurologiske afdelinger.

Der vurderes at være en lidt forskellig praksis i forhold til udskrivelsestidspunktet. Neurologisk Afdeling på RH Viborg tilkendegiver, at hvis der udelukkende er tale om let apopleksi og et behov for rehabilitering, udskrives patienten. Tilsvarende gælder for funktionen på RH Holstebro, hvorfra patienten dog så kan overflyttes til RH Lemvig. På de øvrige afdelinger kan patienten forblive indlagt, hvis der skønnes at være behov for rehabilitering under indlæggelse. Det vil oftest sige ved behov for en intensiv indsats.

Apopleksiteamet ved RH Holstebro har ikke tilknyttet en udkørende læge, men derimod en geriater/mediciner dagligt ved tværfaglig konference samt som telefonisk konsulent. De øvrige team har også tilknyttet udkørende læge som en del af teamet. Apopleksiteamet ved HE Vest følger desuden kun patienter hjem fra den akutte del og ikke efter neurorehabilitering. Det udgående apopleksiteam ved RH Viborg følger patienterne hjem og støtter og vejlede det kommunale personale. Teamet varetager vurdering og koordinering af patienter på hovedfunktionsniveau.

3. Generelle krav til tilbuddene på hovedfunktionsniveau

Helt overordnet og centralt for kvaliteten af tilbuddet på hovedfunktionsniveau er, at opgaven løses af personale med kompetencer inden for neurorehabilitering, der arbejder i team og primært er dedikeret til opgaven. Dermed bliver et vist volumen af opgaven også afgørende. Som udgangspunkt mener gruppen, at volumen bør ligge på 6 senge, hvilket dog skal ses i sammenhæng med, om teamet også arbejder med neurorehabilitering i regi af f.eks. apopleksiteamene. Mere konkret har patienter på hovedfunktionsniveau behov for en tværfaglig indledende vurdering foretaget af en speciallæge, fysioterapeut, ergoterapeut og

specialsygeplejerske med adgang til konsulentbistand fra neurolog, talepædagog, neuropsykolog, socialrådgiver, diætist med flere.

Alle enheder med hovedfunktionsniveau i regionen kan leve op til dette. Dog er det kun RH Randers, AUH og RH Viborg, der har socialrådgiver, mens man på enhederne på RH Horsens og HE Vest benytter sig af socialrådgiver fra kommunen.

Indlæggelsestiden på hovedfunktionsniveau vil ofte være 1-3 uger. Dette er dog kun en vejledende tid. Nogle patienter vil have behov for at ligge længere, ligesom andre patienter vil ligge kortere tid. Alle enhederne lever op til dette, og der opleves således ikke begrænsninger i forhold til indlæggelsestiden på nogle af enhederne.

Ovennævnte er overordnede krav. Der kan herudover være særlige krav afhængigt af patientgruppen, jævnfør nedenfor.

Gruppen har forsøgt at beskrive de forskellige patientgrupper, der hører til på hovedfunktionsniveau. Som det fremgår nedenfor, mener gruppen således, at patienterne på hovedfunktionsniveau kan beskrives ved hjælp af 6 forskellige patientgrupper. Med udgangspunkt i de nævnte grupper beskrives de særlige krav, der afhænger af patientgruppen. Udover at definere kravene til tilbuddet på hovedfunktionsniveau kan beskrivelse af de 6 patientgrupper tjene til at præcisere visitationen. De 6 patientgrupper kan således udgøre en kerne af patienter, som der er enighed om placering af. Dermed skulle det gerne blive tydeligere, hvornår der er tale om gråzoner, og hvori gråzonens består.

Patientgruppe 1

Patienter, som forud har været velfungerende, og som i forbindelse med apopleksien får konstateret nye komplikationer (infektioner, nyopdaget cancersygdom, AFLI, hjerteinkompensation, knoglebrud, sepsis, diabetes, svært forhøjet blodtryk, akut nyreinsufficiens m.fl.). Fra start kan de fremstå som egnede til hovedfunktion. Men disse patienter vil ofte ændre niveau for rehabilitering, når deres nyopdagede komplikationer bliver behandlet og stabiliseret. Deres apopleksi kan herefter måske rehabiliteres i

regionsfunktionsniveau, indtil de bliver så selvhjulpne, at de igen bliver til hovedfunktion og efterfølgende udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning og eller anden kommunal opfølgning og evt. med apopleksiteam.

Denne patientgruppe vil ofte have brug for, at der døgndækkende er adgang til flere typer af speciallæger. Det kan f.eks. være speciallæger inden for kardiologi og ortopædkirurgi. Der er desuden behov for plejepersonale, der har en rehabiliterende tilgang i alle plejesituationer.

Alle enheder med hovedfunktionsniveau kan leve op til dette bortset fra RH Lemvig. På HE Vest bliver en del af disse patienter derfor også liggende i Neurologisk Afdeling på RH Holstebro.

Patientgruppe 2

Patienter med forudbestående og kroniske komplicerende faktorer (invaliderende sygdomme, svært nedsat funktionsevne, svær demens, svær psykiatrisk sygdom, kronisk nyreinsufficiens, svære personlighedsforstyrrelser, stort misbrug, svær hjertesygdom, svær KOL, svær gigtsygdom, svær overvægt, flere tidlige apopleksier, svære sociale forhold m.fl.). Når de oveni får en apopleksi, kan man ikke forvente, at de er i stand til at deltage aktivt i en intensiv rehabilitering, og heller ikke, at de bliver i stand til det over tid (selvom de måske også har nye komplikationer, der kan stabiliseres). Deres rehabilitering er ofte ligeså meget kompenstation / justering af deres andre forhold (bolig, hjælpemidler og hjælp) som egentlig neurorehabilitering. De vil ofte være hovedfunktionspatienter i hele forløbet. De kræver ikke større neurofaglige metodeudviklinger eller komplicerede neurorehabiliteringsplaner, jf. definition af neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau. Her kan en fysioterapeut f.eks. være den rehabiliterende person, hvis det handler om at få en gangfunktion tilbage i et eller andet niveau, eller en ergoterapeut kan beskrive spisefunktionen. De kan også oftest relativt hurtigt overgå til kommunens rehabilitering med en genoptræningsplan til almen genoptræning og eller anden kommunal opfølgning og evt. med apopleksiteam.

Denne patientgruppe har særligt brug for geriatrisk håndtering, hvilket alle afdelingerne kan levere.

Patientgruppe 3

Patienter med en meget svær apopleksi, som er vurderet til at have et begrænset potentiale oftest med baggrund i alder eller pga. komorbiditet.

Yngre patienter og i øvrigt patienter med potentiale hører til regionsfunktionsniveau og i enkelte tilfælde højt specialiseret niveau.²

Det udslagsgivende for, om patienten er på hovedfunktionsniveau, er primært vurderingen af potentialet. Vurderingen kan være vanskelig og kan ændre sig over tid.

F.eks. kan en del af disse patienter i en længere periode fremstå som egnede til hovedfunktion eller almen funktion i kommunen, men de kan så udvikle sig til at være egnede til regionsfunktion eller endda højt specialiseret funktion. Prognosen vil ofte være meget usikker (både i positiv og negativ retning), så det er vigtigt med en opfølgning ofte i længere tid af patienter med store skader, hvis de visiteres til hovedfunktionsniveau eller udskrives tidligt til kommunalt regi.

Det kan bemærkes, at det, formentlig pga. den vanskelige vurdering, ofte er denne gruppe, der giver anledning til uenighed mellem henvisende afdeling og FRV.

Patientgruppe har ofte brug for ro og afskærmning. Det er derfor vigtigt, at de fysiske faciliteter er tilpasset dette, bl.a. ved at patienten kan få enestue og ikke flyttes unødig. Der er brug for en neurofaglig specialistvurdering af patienterne

² I begge tilfælde er der ofte tale om patienter enten stor skade i højre hemisfære eller med midtlinjeforskydning. Det kan også være patienter, hvor en hemisfæreblødning er brudt ind i ventrikelsystemet eller med subarachnoidalblødning (SAH). Patienter med store højre hemisfæreskader har ofte, udover pareser og kognitive udfald, svære perceptionsforstyrrelser og uro, grænsende til delir. Det tværfaglige personale kan derfor ikke komme til at foretage andet end neuropædagogiske tilgange og få tiltag i den første tid. Patienter med midtlinjeforskydning er oftest desorienterede og bevidsthedspåvirkede og kan, udover andre neurologiske udfald have en særdeles lav arousal i lang tid. Også hos disse patienter er det få tiltag, teampersonalet kan komme til at foretage i den første tid. Patienter med blod i ventrikelsystemet og/eller SAH er oftest meget perceptionsforstyrrede i starten og kan også være desorienterede eller bevidsthedspåvirkede. Endvidere har de risiko for udvikling af hydrocephalus.

med dertilhørende planlægning af indsatsen og opfølgning. Selve indsatsen vil ofte være rutinepræget. Der kan være behov for fast vagt. Patientgruppen skal ofte være indlagt i længere tid, før de evt. kan sendes videre til et plejehjemtilbud, eller til regionsfunktionsniveau eller højtspecialiseret niveau, hvis deres tilstand ændrer sig, således at dette er relevant.

Alle steder lever op til kravene til at varetage denne patientgruppe.

Der er som nævnt ofte uenighed mellem FRV og de henvisende afdelinger om denne patientgruppe. Specielt enhederne på RH Horsens og RH Randers finder således, at kun de patienter, hvor der er et afgrænset krav til neurofaglig ekspertise, bør varetages på hovedfunktionsniveau.

Patientgruppe 4

Apopleksipatienter med lette skader. Der bør være særlig opmærksomhed på meget unge (-50 år) og meget gamle (+90 år). De kan have behov for et kort ophold på hospital og kan efterfølgende overtages af kommunens rehabilitering via et genoptræningsforløb og evt. med apopleksiteam.

Denne patientgruppe skal "pudses af". Der er ofte brug for en neuropsykologisk vurdering; særligt de unge bør følges op af neuropsykolog. Der skal være en ambulant neurofaglig opfølgning inden for tre måneder ved de akutmodtagende afdelinger på enten RH Holstebro eller på AUH.

Alle enheder kan tilbyde neuropsykologisk vurdering.

I forhold til den neurofaglige opfølgning er det forskelligt, hvorvidt dette tilbydes. På RH Lemvig har man desuden et tilbud om samtale til børn med forældre i den nævnte patientgruppe.

Patientgruppe 5

Patienter, som er færdigbehandlet i enten højt specialiseret eller regionsfunktion, kan have behov for en periode i hovedfunktion inden udskrivelsen til kommunalt regi.

Det er kun på RH Lemvig, at man har denne patientgruppe. Patientgruppen skal have et tilbud, der ligner det, de får tilbuddt i kommunen. Apopleksiteamet vil evt. kunne anvendes.

Den mulighed, man har på RH Lemvig for at "nedgradere" disse patienter til hovedfunktionsniveau, uden at det giver et flyt, ses som en fordel, selvom antallet af involverede sengedage er begrænset. Potentialet ville muligvis være størst ved de patienter, der kommer sig hurtigere end forventet, så de kan siges at ligge og vente på RH Skive og Hammel Neurocenter på, at de skal udskrives til kommunen med det fornødne varsel.

Patientgruppe 6

Patienter med en specialiseret genoptræningsplan, hvor behandlingen sker i hospitalsregi eller med apopleksiteam.

I Sundhedslovens § 140 står det, at kommunerne har myndighedsansvaret i forhold til både almindelig og specialiseret ambulant genoptræning, som skal tilbydes patienter efter udskrivning fra hospital. Kommunen eller leverandøren, som kommunen har indgået aftale med, giver patienten tilbud om almindelig ambulant genoptræning. Hospitalerne leverer den specialiserede ambulante genoptræning, hvis en patient har behov for genoptræning, der forudsætter hospitalsekspertise eller udstyr. I denne situation har kommunen myndighedsansvaret for opgaven, mens det regionale hospitalsvæsen har driftsansvaret.

Dysfagi vil være en hyppig årsag til relevansen af en specialiseret genoptræningsplan.

Denne gruppe kræver en ergoterapeut med særlige kompetencer og med speciallæge opbakning. Som det er i dag, udfører AUH og RH Viborg det med apopleksiteamene i ambulant regi, mens man på RH Lemvig udfører det hospitalsregi. De øvrige enheder bruger muligheden i få tilfælde.

Særlige patientgrupper

Desuden er de svært bariatriske patienter blevet nævnt som en voksende patientgruppe, som det til tider kan være vanskeligt at visitere til et passende

tilbud uanset om de er på hovedfunktions niveau, på regionsfunktionsniveau eller på højtspecialiseret niveau. Der har i gruppen været enighed om, at man bør se særskilt på denne gruppe.

En anden gruppe, der har været nævnt særskilt, er dialysepatienter med behov for neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højtspecialiseret niveau. På RH Viborg er der et tilbud om neurorehabilitering under indlæggelse til dialysekrævende patienter på såvel regionsfunktionsniveau som hovedfunktionsniveau. Dialysen kan foregå om aftenen, så neurorehabiliteringsindsatser i dagtimerne kan foregå uhindret.

Der kan imidlertid ikke dialyseseres på RH Skive, RH Lemvig og RH Hammel Neurocenter, hvorfor man her kun modtager dialysepatienter, der er i posedialyse, eller som kun skal have hæmodialyse 2-3 gange om ugen og har ressourcer til neurorehabilitering ved siden af dette. Der er således behov for at sikre det rette tilbud til de patienter, der har behov for neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højtspecialiseret niveau og samtidig har behov for dialyse mere end to gange ugentligt, ligesom der er behov for en tydelig ud melding af mulighederne på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau.

Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at regionens tilbud om neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau er velfungerende. I det store hele kan enhederne leve op til de grundlæggende krav, der ifølge gruppen må stilles til de enheder, der skal udføre rehabilitering på hovedfunktionsniveau. Det forhold, at der ikke er et "akuthospital bag" funktionen på RH Lemvig, medfører nogle ulemper. Disse er der dog taget højde for ved Hospitalsenheden Vest. Til gengæld ses der også nogle fordele ved, at senge på hovedfunktionsniveau og senge på regionsfunktionsniveau ligger samlet. Den manglende læge i apopleksiteamet ved HE vest samt det forhold, at der ikke kan følges hjem med apopleksiteam fra RH Lemvig kan der desuden med fordel ses på.

Specielt på RH Horsens og RH Randers er det vigtigt med fortsat fokus på teamfunktionen, idet de neurorehabiliterende enheder er så relativt små.

Hospitalsenhed Midt bør være opmærksom på, at hospitalet inden for rammerne af samarbejdsaftalen med klyngekommunerne løser de opgaver vedrørende neurorehabilitering, der hører til i hospitalsregi.

4. Patientforløb

I foregående afsnit er neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau forsøgt beskrevet ved hjælp af forskellige patienttyper. Patientforløbene er dog ofte komplekse, og patienterne skifter nogle gange mellem niveauerne. I forbindelse med apopleksiplanen er det besluttet, at patienterne skal tilbydes neurorehabilitering, så snart de er færdigbehandlet på den akutmodtagende enhed. De akutmodtagende enheder på AUH og RH Holstebro skal således efter ganske få dage vurdere, om patienten skal henvises til FRV med henblik på neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller på højt specialiseret niveau, eller om de skal henvises til neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau i hospitalsregi eller udskrives enten direkte eller via apopleksiteam. Jo tidlige patienten skal visiteres, jo vanskeligere er det at få stratificeret patienten til rette tilbud i første omgang (patienterne kan stadig ændre status i de kommende timer/døgn). Det kan bl.a. betyde, at patienter, som tidlige vil være blevet henvist til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller hovedfunktionsniveau, henvises til højt specialiseret niveau. Dette giver nogle dilemmaer udover det, der er skitseret ovenfor, i og med at patientflowet igennem de 4 forskellige neurorehabiliteringsniveauer (højtspecialiseret, regionsfunktion, hovedfunktion og kommunal rehabilitering) er komplekst.

Visitationskriterier til specialiseret tilbud

Langt størstedelen af patientforløbene forløber i dag problemfrit. Problemet opstår for de patienter, der har behov for specialiseret rehabilitering, men af FRV ikke nu og her kan visiteres til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau.

Der findes tre patientgrupper, der venter på et tilbud på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau. a) patienter der venter på at blive medicinsk stabile og b) patienter med ressourcer svarende til lav-intensitet eller

standardiseret/stabilt tilbud og c) patienter der venter grundet kapacitetsproblemer.

Det kan være svært at sige, præcist hvor mange patienter det drejer sig om. På AUH vurderer man, at der i gennemsnit er 1-2 patienter indlagt, der venter på specialiseret neurorehabilitering.

I forbindelse med implementeringen af neurologiplanen blev man i Implementeringsgruppen opmærksomme på problemet med "de ventende patienter", idet man først og fremmest tænkte på de patienter, der venter på at blive medicinsk stabile. Man besluttede i forhold til den gruppe, at hvis der forventes at være mere end 2 dage mellem den akutte neurologiske behandling er afsluttet, og før rehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret kan igangsættes (pga. medicinske komplikationer eller meget tid til supplerende undersøgelser), skal patienten overflyttes til hjemhospitalet, indtil patienten er klar til rehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau. Hvis der max forventes at være 2 dage mellem afslutningen af den akutte behandling, og patienten er klar til rehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, skal patienten blive på den neurologiske afdeling i "venteperioden" og herefter videre til den specialiserede rehabiliteringsenhed. Det blev dog samtidig besluttet, at alle enheder skal arbejde for, at gruppen af patienter, der venter på at blive medicinsk klar til et rehabiliteringstilbud på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, bliver så lille som mulig. Tilbuddet til gruppen, der pga. få ressourcer til neurorehabilitering hos patienten venter på regionsfunktions- eller højtspecialiseret niveau, er nok ikke tydeligt beskrevet. Der kan opstå uenigheder om visitationen af disse patienter. I modsætning til patientgruppe a) kan denne patientgruppe godt modtages på de specialiserede enheder, men der foretages i FRV en afvejning af gevinsten ved at komme på den specialiserede enhed i forhold til de ressourcer, der er knyttede til sengene på det specialiserede niveau. Ved denne patientgruppe kommer dilemmaerne i f.m. vurderingen af potentielle og af kravene til tilbuddet således ofte tydeligt frem.

Med hensyn til den sidste gruppe vil det være godt, hvis det bliver synliggjort, hvis patienter ligger på hovedfunktionsniveau og venter på en plads på

regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau af kapacitetsmæssige årsager, så problematikken med ventende patienter og dermed prioritering bliver tydeliggjort.

Der er forskelle i, hvorledes patienter, der efter det akutte forløb afventer et neurorehabiliteringstilbud på regionsfunktionsniveau eller et højt specialiseret niveau, håndteres. AUH forsøger at beholde dem på Neurologisk Afdeling, hvis det forventes at være kortvarigt. Hvis det er umuligt, fordi der skal være plads til det akutte, eller hvis der forventes at blive tale om længere tid, flyttes patienterne til deres lokale hospital.

Det skal dog bemærkes, at RH Horsens ikke rutinemæssigt modtager disse patienter. Ved akut overbelægning med mangel på senge på AUH modtages disse patienter ved henvendelse til afdelingsledelsen.

Afdelingen på RH Holstebro flytter patienter fra HE Midts optageområde til RH Viborg, mens der er oprettet 2 senge på den akutmodtagende enhed på RH Holstebro, hvor patienter fra eget optageområde bliver, såfremt der er tale om somatiske problemstillinger, der kræver akuthospitals back-up, mens øvrige patienter flyttes til RH Lemvig.

De situationer, hvor patienter flyttes mellem hospitaler, mens de afventer et neurorehabiliteringstilbud, kan skabe dårlige patientforløb, f.eks. på grund af manglende forventningsafstemning med patient og disses pårørende. Det kan også medføre klager, fordi de lokale hospitaler ikke har ekspertisen til at foretage højtspecialiseret neurorehabilitering.

Det har i gruppen været drøftet, at det kan opleves som et problem for enhederne på hovedfunktionsniveau at få enheder på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau til at modtage patienter, der tidligere er udskrevet af den akut modtagende neurologiske afdeling. Det er vigtigt, at der følges op på, at patienterne henvises eller genhenvises til det specialiserede niveau, når dette er relevant.

Gråzone i forbindelse med visitationen til specialiseret neurorehabilitering

Som nævnt er der patienter, hvor der opstår tvivl om, hvorvidt patienten skal visiteres til et tilbud på hovedfunktionsniveau eller et tilbud på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau. Disse situationer opleves ofte som belastende for samarbejdet mellem de henvisende enheder og FRV. Dette drejer sig særligt om den nævnte patientgruppe 3 og om patienter, som er meget trætte og fysisk udmattede, jævnfør beskrivelse gruppe b) ovenfor. Det kan også være patienter, hvor en hemisfæreblødning er brudt ind i ventrikelsystemet eller med subarachnoidalblødning (SAH). Specielt ved kapacitetspres foretager FRV en prioritering af disse patienter, hvor forventningerne til potentialet spiller væsentligt ind. Der kan imidlertid være en forskellig opfattelse af det forventede potentiale, ligesom der også kan være en forskellig vurdering af, hvilket tilbud, der kan gives på enhederne med hovedfunktionsniveau. I forbindelse med prioriteringen hos FRV er det vigtigt at angive, om patienterne er omvisiteret til hovedfunktionsniveau eller er nedprioriteret pga. manglende kapacitet, da det får betydning for patientens videre forløb.

Desuden er der en særlig gruppe patienter med apopleksier i enten hjernestamme eller lillehjerne, som ikke er egentlige hovedfunktionspatienter, men som scores lavt eller meget højt i risiko-vurderingen. Det kan også være patienter med dybe hemisfæreinfarkter, som ikke direkte påvirker hjernebarken.³

³ Disse patienter er karakteriserede af, at de er overvejende motorisk ramte, og for hjernestamme/lillehjerne apopleksiernes vedkommende også ofte ramt af slappe pareser. Mange af dem har hemisensoriske problemer med påvirkning af dybdesensibiliteten. Dette medfører, at de ikke kan fornemme kroppens position og stilling (et meget svært udfald at rehabiliterere). Herudover kan der være dysfagi af sværere (slap) type, tunge- og svælgpareser samt dobbeltsyn. I starten kan de være ekstremt trætte. I forhold til de slappe pareser kræves der specialiserede terapeuter og intensiv terapi for at stimulere musklerne til funktion eller blot spasticitet. Senere er det stadig specialiseret arbejde at få disse patienter op at gå, hvad de helt klart vil have potentiale for på sigt. Det samme gør sig gældende for deres spisefunktion.

På sigt vil disse patienter, formentlig pga. godt kollateralt kredsløb i de lave områder af hjernen, dog have en meget god prognose, men altså på sigt. Og ofte også på meget lang sigt. De skal derfor tilbydes neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau i en længere periode. Nogle af dem har lette kognitive forstyrrelser af mere generel art som nedsat overblik, hukommelse, tempo og emotionel labilitet, men det er sjældent det, der springer i øjnene i starten af rehabiliteringen. Senere kan det dog dukke op som mere betydende og have brug for neuropsykologisk behandling.

Denne gruppe patienter er ikke primært hovedfunktionspatienter, men er i virkeligheden regionsfunktionspatienter eller højt specialiserede patienter. Når de alligevel visiteres til en enhed med hovedfunktionsniveau, er det formentlig dels fordi den nuværende visitations-score ikke kan fange dem til en rehabilitering på specialiseret niveau, dels fordi de i starten klinisk kan fremstå uden større potentiale og kan mistolkes som sådan.

Opfølgning

AUH og HE Vest tilbyder alle patienter, der er trombolyseret på hospitalet, opfølgning efter 3 måneder. De yngre og erhvervsaktive får opfølgning ved et ambulant besøg på hospitalet, mens øvrige patienter med mindre noget særligt gør sig gældende får telefonisk opfølgning. Ikke-trombolyserede yngre og erhvervsaktive tilbydes ligeledes opfølgning efter 3 måneder, hvis de udskrives direkte fra neurologisk afdeling på AUH. Der er i en periode sket fejl på AUH, således at nogle patienter uden for Aarhus Kommune ikke har fået denne opfølgning. AUH er ved at rette op på dette.

Patienter, der har modtaget neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau efter den akutte fase, tilbydes dog ikke opfølgning fra AUH eller HE Vest. De er længere i deres forløb ved udskrivelsen og forventes i øvrigt efter behov at modtage opfølgning via kommunerne/hjerneskadekoordinator eller praktiserende læge. Der kan dog være tvivl om, hvorvidt denne opfølgning altid finder sted.

De patienter, der har modtaget neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau, vil inden udskrivelse blive vurderet i forhold til, hvorvidt der er behov for

efterfølgende opfølgning. Hvis det er tilfældet, varetages opfølgningen af det pågældende hospital evt. via apopleksiteamet.

RH Viborg tilbyder ved behov patienterne på hovedfunktionsniveau opfølgning efter tre måneder.

Desuden er det ved at blive etableret rutiner, så alle patienter støttes til at få en tid hos egen læge en måned efter udskrivelsen.

5. Konklusion

Der er fire temaer, der har præget drøftelserne i gruppen. De fire temaer er kort beskrevet nedenfor, og herefter er der opstillet en række anbefalinger for hvert af de fire temaer.

1. Tilbuddene på hovedfunktionsniveau

Samlet set er regionens tilbud om neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau velfungerende. I det store hele kan enhederne leve op til de grundlæggende krav, der ifølge gruppen må stilles til de enheder, der kan udføre neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau.

2. Visitation

Det er visse patientgrupper, som kan opleves som en gråzone i forhold til visitationen, og hvor der således opstår uenighed i forhold til visitationen til specialiseret neurorehabilitering.

Uenighederne indebærer en usikkerhed i fht., om patienten får det fagligt rigtige tilbud. De forskellige opfattelser kan desuden give udfordringer for kommunikationen med patient og pårørende, ligesom det ikke er godt for samarbejdet mellem enhederne. Det er derfor afgørende både for samarbejdet samt patientforløbet, at der bliver skabt større klarhed over, hvornår patienterne hører til på hovedfunktionsniveau, og hvornår de hører til på enten regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, samt i hvilket omfang disse patienter kan vente på et forløb, de er visiteret til.

3. Patientforløb

Den eksisterende organisering og dimensionering af neurorehabiliteringstilbuddene i Region Midtjylland betyder, at nogle patienter risikerer 3 eller 4 skift i deres forløb og i enkelte tilfælde, at de ikke modtager et helt optimalt tilbud. Gruppen lægger stor vægt på betydningen af så vidt muligt at undgå fagligt unødvendige skift og foreslår derfor, at man ser på mulighederne for at justere det eksisterende set-up. Gruppen ønsker desuden at skærpe dialogen mellem enhederne på hovedfunktionsniveau og enhederne på regionsfunktionsniveau og højtspecialiseret niveau mhp. altid at kunne tilrettelægge individuelle tilbud, der sikrer alle patienter et tilbud af høj kvalitet.

4. Opfølgning

Gruppen konstaterer, at der er ved at blive etableret en praksis, så langt hovedparten af patienterne får en opfølgning i hospitalsregi efter 3 måneder, og at alle patienter støttes til at få en tid hos egen læge en måned efter udskrivelsen. Dette ses som meget positivt.

To grupper er ikke klart omfattet. Den ene er ikke-trombolyserede ældre eller ikke-erhvervsaktive patienter, der enten ikke udskrives via apopleksiteam, eller hvor apopleksiteamet ikke vurderer, at der er et behov. Den anden gruppe er de patienter, der har modtaget neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau. Disse patienter er ofte så langt i deres forløb ved udskrivelsen, at kontakten til egen læge i mange tilfælde vil være tilstrækkeligt, ligesom enhederne med neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau efter behov kan tilbyde patienter opfølgning ved et ambulant besøg. Det er dog gruppens vurdering, at dette ikke er fuldt tilstrækkeligt. Det foreslås derfor, at der også sikres systematisk opfølgning af denne patientgruppe. Ligesom det foreslås, at det sikres, at opgaven med opfølgning præciseres både overfor apopleksiteamene og overfor almen praksis, og at disse kan henvise til neuropsykologisk/neurologisk vurdering, hvis der ved opfølgningen skønnes behov herfor.

6. Anbefalinger

Nedenfor er der opstillet anbefalinger for hvert af de fire temaer:

1. Tilbuddene på hovedfunktionsniveau

Gruppen anbefaler,

- At der på hver enhed er ansat et team, der er dedikeret til neurorehabiliteringsopgaven for på den måde at opretholde det faglige niveau. Ligeledes er det nødvendigt med en vis volumen på de enkelte enheder. Det er således nødvendigt med et vis antal senge på enhederne, og som udgangspunkt anbefales det, at der som minimum er 6 neurorehabiliteringssenge på en enhed, hvilket dog skal ses i sammenhæng med, om teamet også arbejder med neurorehabilitering i regi af f.eks. apopleksiteamene.
- Alle patienter, der har modtaget neurorehabilitering - uanset på hvilket niveau - skal kunne følges hjem med et apopleksiteam.
Opgaven løses af det apopleksiteam, der hører til patientens lokale hospital.

2. Visitation

Gruppen anbefaler,

- At der sikres en tilgang til visitation i regi af FRV, hvor man hjælper hinanden. Det anbefales således, at de henvisende afdelinger kontakter FRV med henblik på dialog og rådgivning, hvis henvisende afdelingen er i tvivl om, hvorvidt en patient skal henvises til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau. I de komplikerede tilfælde kunne dialogen med fordel foregå som telekonference, hvor patient og pårørende evt. også kan deltage.
- At dialogen mellem FRV og afdelingerne præciseres, således at begrundelserne for evt. ikke at visitere til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau bliver dokumenteret. Det indebærer, at det fremgår, om aktuelle kapacitetsproblemer betyder, at der skal ske en prioritering. Bl.a. af hensyn til kommunikationen med de pårørende anbefales det, at FRV altid udarbejder (i EPJ) en skriftlig

begrundelse, hvoraf det også fremgår, hvornår en evt. genhenvisning kan være aktuel (i de tilfælde, hvor der er enighed om visitationen, er det dog ikke nødvendigt med en skriftlig begrundelse).

- At der sikres mulighed for en faglig dialog på mellem hovedfunktionsniveauet og de specialiserede enheder om de patienter, der af forskellige medicinske årsager ikke kan visiteres til regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, således at der kan etableres et tilfredsstillende tilbud på den enhed på hovedfunktionsniveau, hvortil patienten er visiteret
- At den gældende visitationsretningslinje præciseres og udbygges for at lette samarbejdet og dialogen. Det anbefales, at ledelsen ved RH Hammel Neurocenter får til opgave i samarbejde med de berørte afdelinger at gøre dette. Revideringen må gerne bygge på drøftelser i nærværende arbejdsgruppe samt afrapportering og skal bl.a. præcisere visitationen af de patientgrupper, som i nærværende notat beskrives som ofte værende i en gråzone.
- At det er den afdeling, der har patienten enten indlagt eller i regi af apopleksiteam, der har ansvaret for at genhenvise patienten til rehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, hvis der er behov for dette. Disse patienter skal prioriteres på lige fod med øvrige patienter.

3. Patientforløb

Gruppen anbefaler,

- At der er senge på hovedfunktionsniveau knyttet op til de to akutmodtagende afdelinger på AUH og RH Holstebro for på den måde at undgå for mange skift. Det anbefales, at hovedfunktionssengene ved akutafdelingerne er hovedfunktionssenge, hvor patienter, der venter på at blive medicinsk stabile, kan ligge, indtil de er klar til rehabilitering på enten regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau. De patienter, der relativt hurtigt skal videre til et tilbud på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, bør således i videst muligt omfang ikke sendes til

neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau på henholdsvis RH Horsens, RH Randers og RH Viborg.

- At der evt. etableres senge på hovedfunktionsniveau på Hammel Neurocenter samt på RH Skive, da trætte men stabile patienter vil have gavn af et tilbud på hovedfunktionsniveau tæt op af sengene til regionsfunktionsniveau. Dette vil formentlig også kunne mindske antallet af skift i nogle patientforløb.
- At tilbuddet til svært bariatriske patienter beskrives i den regionale specialiserede neurorehabiliteringsgruppe.
- At dialysepatienter, hvor der er behov for hyppig dialyse, men som samtidig principielt er visiteret til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, tilbydes neurorehabilitering på RH Randers, RH Horsens eller RH Viborg ud fra en rehabiliteringsplan udarbejdet i samarbejde mellem den enhed, der har patienten, og RH Hammel Neurocenter/RH Skive.
- At man i klyngerne drøfter, hvorvidt man i højere grad kan anvende muligheden for brug af en specialiseret genoptræningsplan, men hvor behandlingen sker i hospitalsregi eller med apopleksiteam. Det anbefales ligeledes, at denne mulighed kan skrives ind i de kommende sundhedsaftaler.

4. Opfølgning

Gruppen anbefaler,

- At apopleksiteamene tildeles et ansvar i forhold til opfølgning med særlig opmærksomhed på den kognitive problematik, hvor hovedfunktionsenhederne bør have adgang til neuropsykologisk og/eller neurologisk vurdering. Dette bør således være en del af apopleksiteamets kompetenceudvikling.
- At det tydeliggøres over for almen praksis præcis, hvad opfølgningen af neurorehabiliteringspatienter omfatter.
- At det beskrives overfor almen praksis, hvilke muligheder de har for at viderehenvise og få rådgivning. Som udgangspunkt anbefales det, at almen

praksis kan kontakte apopleksiteamene, med mindre det er oplagt, at de søger neurologisk ekspertise.

- At det præciseres over for almen praksis samt kommunerne, at de har mulighed for at henvise patienter, som, de mener, har brug for vurdering, til Hammel Neurocenter. Det anbefales ligeledes, at det præciseres, hvorvidt dette vil være relevant for enheder med hovedfunktion samt apopleksiteamene.

Bilag 1: Repræsentanter i arbejdsgruppen for neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau

Repræsentanter:

- Ergoterapeut Anne-Mette Lockwood, Medicinsk Afd. RH Randers
- Overlæge Seham Shahla, Medicinsk afdeling, RH Randers
- Ledende overlæge Lene Stouby Mortensen, Medicinsk Afd. RH Randers (har deltaget i de sidste møder i stedet for Seham Shahla)
- Afdelingsterapeut Marie Møldrup, Terapiafdelingen RH Horsens
- Overlæge Ole Davidsen, Medicinsk Afd. RH Horsens
- Overlæge Elias Raja Zakharia, Neurologisk Afd. HE Midt
- Afdelingssygeplejerske Helle J. Kristensen, Neurologisk Afd. HE Midt
- Ledende overlæge Merethe Stubkjær Christensen, RH Hammel Neurocenter
- Specialeansvarlig overlæge Esther Greve, Neurologisk afdeling, HE Vest
- Afdelingssygeplejerske Ida Tølbøl, Neurologisk afdeling, HE Vest
- Afdelingslæge Dorte Damgaard, neurologisk afd. F., AUH
- Overlæge Peter Brynningsen fra afdeling G, AUH
- Projektleder, faglig koordinator for hjerneskadeområdet Charlotte Brøndum, Silkeborg Kommune
- Kontorchef Charlotte Toftgård, Sundhedsplanlægning (formand)
- Fuldmægtig Anne Bach Iversen, Sundhedsplanlægning (sekretariat)

Arbejdsgruppen har afholdt fem møder i perioden 21. oktober 2013-10. januar 2014.

Bilag 2: Visitationsskriterier

- Visitationskriterier for patienter til specialiseret neurorehabilitering på neurorehabiliteringsenhederne i Skive, Holstebro, Lemvig eller Hammel Neurocenter.
- Visitationskriterier for patienter til Højt Specialiseret neurorehabilitering på Regionshospitalet Hammel Neurocenter og HS neurorehabilitering på NISA i Silkeborg.
- Visitationskriterier for patienter til neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau (dette område beskrives i løbet af forår 2012)

Visitation:

Den Fælles Regionale Visitation (FRV) for neurorehabilitering i RM visiterer dagligt **apoplekspatienter** til regional specialiseret neurorehabilitering i Lemvig, Skive og Hammel og til HS neurorehabilitering på RHN. FRV visiterer på alle hverdage alle andre diagnosegrupper både til specialiseret neurorehabilitering og til højtspecialiseret niveau på NISA (RSI) og Hammel Neurocenter.

Patienter til hovedfunktionsniveau visiteres direkte af neurologisk afdelinger og ikke igennem FRV.

Visitation til neurorehabilitering sker på baggrund af fra henvisende afdelinger korrekt udfyldt **lægehenvisning** og **riskovurderingsskema** (se RHN's hjemmeside + e doc/HEM/RHN generelle patient forløbs dokumenter/henvisning/dokument nr. 3.4)

Patienter som er **færdigudredte og medicinsk stable** kan overflyttes til neurorehabilitering. Patienter på det regionale niveau kan modtages alle dage på neurorehabiliteringsenhederne – patienter på HS niveau kan modtages alle hverdage på RHN.

Færdigudredteift apopleksi:

Patienterne skal have gennemgået alle undersøgelser iht. retningslinien for apopleksi (CT-scanning, ecco, UL-halskar, koagulationsudredning, se nærmere i retningslinien for apopleksi/ e doc/regional retningslinje/sygdomsspecifik/dokument nr. 3.1)

Medicinsk stable: se nedenstående skema

Generel visitationsvejledning for patienternes kliniske tilstand ved overflytning til neurorehabilitering.

Skemaet er en generel vejledning for, hvilke kliniske tilstande patienterne kan modtages i på de stratificerede rehabiliteringsniveauer, der tilbydes i Region Midt.

Regionalt	Højspecialiseret	Klinik for tidlig neurorehabilitering	NISA, RSI	Ikke overflytningsklar
<i>Neurologisk</i>				
Stabile og vågne.	Mulighed for overvågning og skærmning	Comatøse, vegetative	Bevidstløse	Uafklarede el. ustabile
		Autonom dysfunktion	Autonom dysfunktion	Forhøjet ICP m eksternt ventrikeldræn
		14-dages vurdering af Rehabiliteringspotentiale		Behov for CT- opfølging af akuttillstånd
				Behov for immunglobulin intravenøst
				Flere daglige anfal (epilepsi)
<i>Respiration</i>				
Fri respiration, evt. behov for O2 nasalt (op til 4 l)	Glat tube, CPAP,	Cuffet tube, behov for overvågning og hyppig sugning, bipap	Respiratorbehandling, stabilisering af resp. insufficiens	Uafklarede el. ustabile
<i>Cardio- vaskulært</i>				
Stabile, medicinsk behandling fastlagt og iværksat (både iv og po)	Stabile, behov for overvågning	Behov for lægetilstedeværelse	Opfølging af hjerteinsuff. m truende lungeødem	Cirkulatorisk ustabile m behov for pressorstoffer
	Kontrol af blodprøver dag til dag			

			Behov for akutte blodprøver
Infektioner			
Stabil patient	CPAP, sat-02 > 4l. Kendt fokus I.v. behandling og væsketerapi	Stabil cirkulatorisk m væskebehandling	Sepsis m ustabil cirkulation
Kendt infektionsfokus i ab. behandling med stabil cirkulation og respiration.	Kendt fokus, CRP > 100, behandling iværksat	CPAP, bipap, cough assist,	Lungeinsufficiens
Nasalt 02	Stabil patient	Overvågning og hyppige målinger	Nyreinsufficiens
Hvis CRP > 100 skal CRP udvise faldende tendens (>25).	02-maske, fugter, CPAP		Patienter med behov for kirurgisk infektionsbehandling (abscesser)
Gastro-intestinalt			
Stabile patienter, isolationsproblematik skal være afklaret	Behov for væskekorrektion og udredning, behandling	Som HS	Som HS
			Blodig diare med udredningsbehov eller hæmodynamisk ustabil/i risiko med behov for akut korrektion
Misbrug/psykiatri			
Plan for abstinensbehandling	Abstinensurdering og behandling kan foretages.	Som HS	Som HS
Psykiatrisk diagnose kendt og behandling fastlagt	PTA-patienter Konfusionspatienter		Svært ustabile, aktivt misbrug under indlæggelse.

Endokrinologisk			
Stabil med fastlagt behandling	Behov for regulation og målinger	Insulindrop ved kortvarig faste	Betydelig diabetes insipidus
Iv hormonterapi, diabetesregulation			Behov for glucose/K+-drop, ketoacidose, behov for elektrolytkontrol mv.
Multiple medicinske problemstillinger			
Stabile forhold ved multiple diagnoser.	Multiple diagnoser med behov for dag til dag regulationer.	Som HS	Multiple diagnoser med behov for flere daglige regulationer
			Multiple kroniske medicinske problemstillinger som hindrer intensiv neurorehabilitering (træthed, høj generel morbiditet)
			Moribundte, udsigtsløs forbedringspotentiale
Renale			
Posodialyse		Akut hæmodialyse	Kronisk uræmiske i hæmodialyse

23.4 2012 v. ledende overlæge Merete S. Christensen, visiterende overlæger Poul Mogensen/Mats Holgersen og visiterende afdelingssygeplejerske Lene Sams RHN.
Visitationskriterierne er drøftet i arbejdsgruppe i regi af Implementeringsgruppen for om lægning af apopleksi i RM 1.5. 2012.
Gemt; W/sekr./visitation/ visitationskriterier FRV 2012

Bilag 3: Tilbud på hovedfunktionsniveau

	AUH	HE Vest (Lemvig)	HE Vest (Holstebro)	HE Midt	RH Randers	RH Horsens
Antal senge	7	6	(2)	4	6	6
Hvor er hovedfunktionsssegne fysisk placeret? (evt. nærværd til andre senge/funktioner)	Der er 7 hovedfunktionsssegne, som er en del af geriatrisk afd. på 14 senge. Sengene er fysisk samlet i et afsnit sammen med patienter med hoftebrud og andre geriatriske problemstillinger.	Afdeling N3 har 10 regionsenge og 6 hovedfunktionsssegne. Afdelingen har 16 senge i alt, alle med apopleksi - rehabiliterings patienter. De 6 hovedfunktionsssegne er placeret spredt blandt de 10 regionsenge.	Afsnit N1 modtageafsnit patienter med akut opstået apopleksi og TCI. Selvom der ikke tydeligt er defineret hovedfunktionssenge i N1, er der dog to senge, som fungerer som hovedfunktionsplads er, til de patienter, som kan have behov for lægefaglig bistand døgnet igennem, og derfor ikke kan overflyttes.	Der er 4 hovedfunktionsssegne, som er en del af geriatrisk sengearfsnit på i alt 18 senge, med særligt team til rehabiliteringspatient er.	Der er 6 hovedfunktionsssegne, som er en del af geriatrisk sengearfsnit på i alt 18 senge, med særligt team til rehabiliteringspatient er.	Der er 4 hovedfunktionsssegne, som er en del af geriatrisk sengearfsnit på i alt 18 senge, med særligt team til rehabiliteringspatient er.
Hvordan er sengene bemandedet/hvilket personale er der adgang til? (Lægebemanding beskrevet nedenfor)	Plejepersonale Terapeuter Desuden er der tilknyttet: Talepædagog Neropsykolog henvisning til FRV Benytter kommunens socialrådgiver	Plejepersonale Terapeuter Logopæd Talepædagog Neropsykolog Diætist Benytter kommunens socialrådgiver	Tværfagligt personale bestående af: Plejepersonale Terapeuter Logopæd Talepædagog Neropsykolog Diætist Benytter kommunens socialrådgiver Neurolog i tilsynsfunktion 3 Der kan henvises til diætist og andet	Plejepersonale Terapeuter Logopæd Talepædagog Diætist Benytter kommunens socialrådgiver Ved behov for neuropsykologisk vurdering henvises til Hammel neurocenter.	Plejepersonale Terapeuter Logopæd Talepædagog Diætist Benytter kommunens socialrådgiver Neurolog i tilsynsfunktion 3 gange/uge	Plejepersonale Terapeuter Logopæd Talepædagog Diætist Benytter kommunens socialrådgiver Neurolog i tilsynsfunktion 3 gange/uge

AUH	HE Vest (Lemvig) (Holstebro)	HE Vest (Holstebro)	HE Midt	RH Randers	RH Horsens
	adgang til diætist, diabetessygeplejerske, demenskoordinator, hygiejnesygeplejerske samtidig med lang række andre spesialer, der kan tilkaldes eller konsulteres på telefon eller ved tilsyn.	personale med andre faglige kompetencer.	I forhold til ergo- og fysioterapeuter som hovedsagligt er tilknyttet hovedfunktionssengen e arbejder de i tidsrummet 7.30-18 på hverdage og til kl. 16 om fredagen samt alle weekender og helligdage, hvilket man vurderer er relevant for det tværfaglige set-up til hovedfunktionssengen e	I forhold til ergo- og fysioterapeuter som hovedsagligt er tilknyttet hovedfunktionssengen e arbejder de i tidsrummet 7.30-18 på hverdage og til kl. 16 om fredagen samt alle weekender og helligdage, hvilket man vurderer er relevant for det tværfaglige set-up til hovedfunktionssengen e	Lægebemanding: Der er tilknyttet 2 geriatriske speciallæger, med god kompetence indenfor området og derudover fast reservelæge med kompetence indenfor dette område Vagtforhold: Vagtdækningen er den samme som for de øvrige medicinske afsnit. Altså udenfor almindelig dagstid
	Lægebemanding både i apo-team og hovedfunktionssenge, herunder vagtdækning og konsulentbistand og Overlägen har det läggelige ansvar för patientförlöbene i båda sengearfsnitt och Apoteam.	Lægebemanding: Der kommer en fast neurologisk överläge 4 dage om ugen. Desuden kommer der efter behov neurologiske speciallæger fra neurologisk afdeling i Holstebro.	Lægebemanding: På hverdage er der dagligt stuegang ved reservelæge og speciallæge. Det har ikke været muligt at rekkrutere en læge til teamet, så den lägefaglige bistand består i dels konsulent funktion fra geriatrisk læge med daglig kontakt via den tværfaglige konference,	Lægebemanding: Der er 4 speciallæger som på skift er i det udgående apo-team og som har stuegangsfunktionen på de 4 hovedfunktionsseng e. Vagtforhold: Det er den vaghavende neurolog, som har Udenfor daglig	Lægebemanding: Der er tilknyttet 2 geriatriske speciallæger, med god kompetence indenfor området og derudover fast reservelæge med kompetence indenfor dette område Vagtforhold: Vagtdækningen er den samme som for de øvrige medicinske afsnit. Altså udenfor almindelig dagstid

AUH	HE Vest (Lemvig) (Holstebro)	HE Vest bistand fra læge / neurolog tilknyttet den akutte funktion.	ansvaret i vagten.	patienterne ved behov af lægerne fra det medicinske vagthold	RH Horsens
det en intro- eller HU-læge i geriatri samt speciallæge i geriatri som beredskabsvagt, der har ansvaret for patienterne. Patienter i ambulant forløb i Apoteam kan modtage vurdering fra lægerne, der har vagt i geriatrisk afd.	arbejdstid er det neurologisk vagthavende, der tager stilling til lægelige spørgsmål i N3.	Vagtførhold: Herudover er der ved lægedækning forvagt i tilstedeværelsesvagt samt en speciallæge med tilkald i bagvagt, som samtidig varetager trombolysefunktionen. n. I weekends dækkes det lægefaglige ligeledes af forvagt i tilstedeværelsesvagt samt speciallæge m. trombolysefunktion i tilkald, som dog også har timers fremmøde i aftenittet afhængig af opgavemængden.		varetages lægedækningen af det medicinske vagtagt.	
Er der hos personalet særlige kompetencer i forhold til neurorehabilitering	Personalalet har i en lang årrække samarbejdet tværfagligt om geriatriske apoplekspatienter, og har dermed opnået udvikles der hos alle	Det er et team, der er dedikeret til apopleksi med fokus på de akutte tiltag, men rehabilitering medtænkes i akutte fase.	Der er tilknyttet personale til de 4 APO-senge og til apoteamet, der har tæt tilknytning til Neurorehabiliteringe n i Skive. Den har været ansat	Afsnittet har gennem mange år haft apopleksfunktion og plejepersonalet har derfor god erfaring hermed.. De 2 speciallæger i geriatri	Der er hos personalet særlige kompetencer i forhold til neurorehabilitering – en del personale har sin historik på Brædstrup sygehus, og har derigennem

	AUH	HE Vest (Lemvig)	HE Vest (Holstebro)	HE Midt	RH Randers	RH Horsens
	specielle kompetencer mht. neurorehabilitering. Det drejer sig om fx sygeplejefaglige kompetencer, dysfagiproblematik, specifik motorisk træning mv.	ansatte stor specialviden og erfaring indenfor apopleksisygdomme n. Dette giver god grobund for personlig interesse og udvikling inden for faget.	akutte modtagelse, udredning, vurdering og behandling må dog prioriteres i afdelingen, så det tilbud, der mulighed for at give til patienten i en hovedfunktionseng vil delvis være afhængig af den aktuelle opgavemængde og prioritering.	personale fra Skive til oplæring. Der er tale om neurologiske sygeplejersker og terapeuter, der har stor viden indenfor neurologisk rehabilitering.	har særlig erfaring med apopleksipatienter og rehabilitering, ligesom lægen fast tilknyttet afsnittet har det.	arbejdet med neurorehabilitering.
	Ved det samarbejde mellem Apoteam og sengeafdeling fastholdes kompetencer og får nyansatte mulighed for at være koblet på Apoteam i perioder m.h.p. oplæring. På denne måde fastholdes indlærte kompetencer for både Apoteam og sengeafdeling.					Der er glidende overgang til et forløb i overgang til et forløb i apopleksiteamet fra hovedfunktionsengen e, idet der holdes faste tværfaglige konferencer 2 gange om ugen med

AUH	HE Vest (Lemvig) (Holstebro)	HE Midt	RH Randers	RH Horsens
personale sengeafdelingen. Apoteam sengeafsnit G2 hører under samme afsnitsledelse (afdelingssygeplejersk e, afdelingsterapeut og overlæge).	i sundhedsassister). Teamene har hver 8 senge, og er beliggende i hovedbygningen på hver sin etage lige oven over hinanden. Der er ikke noget apo-team i Lemvig, de hører til i Holstebro.	således personalet kompetencer i forhold neurorehabilitering. Dette team og apo- teamet har samme ledelse. muligt de 4 somatiske hovedfunktionsseng e.	Desuden er der mulighed for ad hoc at inddrage logopæd, socialrådgiver, diætist og neuropsykolog. Teamet varetager den udgående funktion og så vidt muligt de 4 somatiske hovedfunktionsseng e.	specielt tilknyttet apo-teamet. Apopleksiteamet på HEH har kontor og er fysisk placeret på Medicinsk afd. Apoleamet har samme ledelse som hovedfunktionssengene det vil for HEH sige, at terapeuterne refererer ledelsesmæssigt til afdelingsterapeut og sygeplejen afdelingssygeplejerske. Læge og trælæge/dog dækker både hovedfunktionssenge og patientforløb i apopleksiteam. Ergo- og fysioterapeuter er hovedsagligt tilknyttet apopleksiteamet Sygeplejesken
Beskrivelse af apo- teamet	1 læge (HU-læge i geriatri under supervision af overlæge), 1 sygeplejerske, 2 fysioterapeuter, 1 ergoterapeut.	Der er ikke noget apo-team i Lemvig.	Apo-teamet er bestå af fysioterapeut, ergoterapeut sygeplejerske. Da man organisatorisk ønsket en integriering i	Bemanding: APO-team (2 ergo, 2 fys 1 sp) Terapeuterne indgår ligede i teamet omkring rehabiliteringen på sengeafsnittet.

	AUH	HE Vest (Lemvig)	HE Vest (Holstebro)	HE Midt	RH Randers	RH Horsens
	Apoteamet følger op på alle patienter ved udskrivelsen fra G2 samt de patienter, der udskrives direkte fra F2, AUH og som tilknyttes Apoteam. Besøg typisk dagen efter udskrivelsen og ambulant forløb herefter er individuelt afhængigt af behov.	akutte afsnit, er der i praksis ansat to fra hver faggruppe i apo-teamet, så den enkelte har funktioner både i apo-teamet og i det akutte afsnit.	desuden mulighed for at få diætist, socialrådgiver og neuropsykolog ind. Apo-teamet tager kontakt til og/eller ud i hjemmet senest 1. hverdag efter udskrivelsen fra hhv Holstebro og Århus. Apoteamet følger op på de patienter der udskrives fra de 4 hovedfunktionssejne.	2 sygeplejersker, der stillingen, har faste tider. Resten af tiden arbejder de i appoplexteamet i segeafsnittet Læge tilknyttet APO-teamet som supervisor og deltagende i besøg.	arbejder hovedsageligt i apo-teamet. Apoteamet afslægger typisk besøg hos patienten efter 1-2 dage, men kan også samme dag som udskrivelsen foregå, idet der er bemANDING i apo.teamet alle hverdage til kl. 16.	
	Adgang til akutte billeddiagnostiske undersøgelser (røntgen, CT- og MR-scanner, biokemiske og mikrobiologiske undersøgelser (urin, spinalvæske og blodanalyser), EKG, elektrofysiologiske	Adgang til det hele bortset fra CT- og MR-scanner.	Adgang til det hele	Adgang til det hele bortset fra EEG	Adgang til alle undersøgelser døgnet rundt, EEG dog kun dagtid.	Adgang til det hele bortset fra EEG

	AUH	HE Vest (Lemvig)	HE Vest (Høstebro)	HE Midt	RH Randers	RH Horsens
undersøgelse (EEG).						



Handleplan - afrapportering fra arbejdsgruppe vedr. neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau

Handleplanen adresserer de anbefalinger, arbejdsgruppen opstiller i rapporten. Anbefalingerne er inddelt i de fire temaer ”Tilbuddene på hovedfunktionsniveau”, ”Visitation”, ”Visitation”, ”Patientforløb” og ”Opfølging”.

Implementeringsgruppen for apopleksiomlægningen følger på sine møder den 6. juni og den 6. oktober 2014 op på, hvordan arbejdet med at implementere de enkelte punkter skridter frem.

Dato 11-03-2014
Sagsbeandler Gry Brun Jensen
Tel. +45 78412065
gry.brun.jensen@stab.rm.dk
Sag nr. 1-30-72-202-07

Side 1

Anbefaling	Handleplan	Opfølging
1. Tilbuddene på hovedfunktionsniveau		
1.1: At der på hver enhed er ansat et team, der er dedikeret til neurorehabiliteringsopgaven for på den måde at opretholde det faglige niveau. Ligeledes er det nødvendigt med en vis volumen på de enkelte enheder. Det er således nødvendigt med et vis antal senge på enhederne, og som udgangspunkt anbefales det, at der som minimum er 6 neurorehabiliteringsenge på en enhed, hvilket dog skal ses i sammenhæng med, om teamet også arbejder med neurorehabilitering i regi af f.eks. apopleksiteamene.	Forventningen er, at dette allerede er opfyldt. Det er et lokalt anliggende, at der også fremadrettet er fokus på det.	
1.2: Alle patienter, der har modtaget neurorehabilitering - uanset på hvilket niveau - skal kunne følges hjem med et apopleksiteam. Opgaven løses af det apopleksiteam, der hører til patientens lokale hospital.	HE Vest opfordres til at sikre, at patienter fra RH Lemvig kan følges hjem med et apoteam. Hver hospitalsenhed med et apopleksiteam beskriver proceduren for kontakt mellem enheder med regionsfunktionsniveau/højt specialiseret niveau og de enkelte apopleksiteams. Procedurene sendes til RH Skive, RH Lemvig og Hammel Neurocenter med henblik på at få en dialog om samarbejdet.	Initiativet ligger hos de enkelte hospitalsenheder. Forud for implementeringsgruppens møder i juni og oktober indhenter Sundhedsplanlægning en kort status fra hhv. HE Vest, RH Skive, RH Lemvig og Hammel Neurocenter.
2. Visitation		
2.1: At der sikres en tilgang til visitation i regi af FRV, hvor man hjælper hinanden. Det anbefales således, at de henvisende afdelinger kontakter FRV med henblik på dialog og rådgivning, hvis henvisende afdelingen er i tvivl om, hvorvidt en	Dette implementeres lokalt. På implementeringsgruppens møder i juni og oktober 2014 følges der mundligt op på, om det er lykkedes at implementere den foreslæde tilgang.	På implementeringsgruppens møder i juni og oktober 2014 følges der mundligt op på, om det er lykkedes at implementere den foreslæde tilgang.

<p>patient skal henvises til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau. I de komplicerede tilfælde kunne dialogen med fordel foregå som telekonference, hvor patient og pårørende evt. også kan deltagte.</p>	<p>2.2: At dialogen mellem FRV og afdelingerne præciseres, således at begrundelserne for evt. ikke at visitere til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau bliver dokumenteret. Det indebærer, at det fremgår, om aktuelle kapacitsproblemer betyder, at der skal ske en prioritering. Bl.a. af hensyn til kommunikationen med de pårørende anbefales det, at FRV altid udarbejder (i EPJ) en skriftlig begrundelse, hvorfra det også fremgår, hvornår en evt. genhenvisning kan være aktuel (i de tilfælde, hvor der er enighed om visitationen, er det dog ikke nødvendigt med en skriftlig begrundelse).</p>	<p>Dette implementeres lokalt. De specialiserede enheder skal sikre, at enheder med hovedfunktionsniveau ved, hvem de skal kontakte.</p> <p>De specialiserede enheder videregiver kontaktoplysningerne til enhederne med hovedfunktionsniveau. De specialiserede enheder informerer samtidig Sundhedsplanlægning, som giver en status på implementeringsgruppens møde den 6. juni.</p>
---	--	--

<p>2.4: At den gældende visitationsretningslinje præciseres og udbygges for at lette samarbejdet og dialogen. Det anbefales, at ledelsen ved RH Hammel Neurocenter får til opgave i samarbejde med de berørte afdelinger at gøre dette.</p> <p>Revideringen må gerne bygge på drøftelser i nærværende arbejdsgruppe samt afgangsrapportering og skal bl.a. præcisere visitationen af de patientgrupper, som i nærværende notat beskrives som ofte værende i en gråzone.</p>	<p>Ledelsen ved Hammel Neurocenter tager initiativ til at løse opgaven. Der udarbejdes et udkast til en visitationsretningslinje som en regional retningslinje, der forelægges klinikforum med henblik på godkendelse i E-dok.</p> <p>HE Horsens medlemmer af arbejdsgruppen er uenige og mener, at opgaven bør udføres af den nedsatte arbejdsgruppe.</p>	<p>Arbejdet forventes afsluttet inden oktober 2014. Der orienteres om visitationsretningslinjen på mødet i implementeringsgruppen den 6. oktober.</p>
<p>2.5: At det er den afdeling, der har patienten enten indlagt eller i regi af apopleksiteam, der har ansvaret for at gennemvise patienten til rehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, hvis der er behov for dette. Disse patienter skal prioriteres på lige fod med øvrige patienter.</p>	<p>Dette implementeres lokalt.</p>	<p>På implementeringsgruppens møder i juni og oktober 2014 følges der mundtlig op på, om det er lykkedes at implementere den foreslæde tilgang.</p>
<p>3. Patientforløb</p>	<p>3.1: At der er seng på hovedfunktionsniveau knyttet op til de to akutmodtagende afdelinger på AUH og RH Holstebro for på den måde at undgå for mange skift. Det anbefales, at hovedfunktionssengene ved akutafdelingerne er hovedfunktionssenge, hvor patienter, der venter på at blive medicinsk stabile, kan ligge, indtil de er klar til rehabilitering på enten regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau. De patienter, der relativt hurtigt skal</p>	<p>Anbefalingen omkring etablering af seng på hovedfunktionsniveau på de akutmodtagende afdelinger på AUH og RH Hostebro drøftes indholdsmæssigt i Klinikforum.</p> <p>Sundhedsplanlægning har ansvaret for at bringe sagen videre med henblik på afklaring af mulighederne for etablering af seng på hovedfunktionsniveau knyttet op til de to akutmodtagende afdelinger.</p> <p>Sundhedsplanlægning giver en tilbagemelding til implementeringsgruppen på mødet den 6. juni.</p>

<p>videre til et tilbud på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, bør således i videst muligt omfang ikke sendes til neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau på henholdsvis RH Horsens, RH Randers og RH Viborg.</p>	<p>3.2: At der evt. etableres senge på hovedfunktionsniveau på Hammel Neurocenter samt på RH Skive, da trætte men stabile patienter vil have gavn af et tilbud på hovedfunktionsniveau tæt op af sengene til regionsfunktionsniveau. Dette vil formentlig også kunne mindske antallet af skift i nogle patientforløb.</p>	<p>Anbefalingen omkring etablering af senge på hovedfunktionsniveau på Hammel Neurocenter samt RH Skive drøftes indholdsmaessigt i klinikforum.</p> <p>Sundhedsplanlægning har ansvaret for at bringe sagen videre med henblik på afklaring af mulighederne for etablering af senge på hovedfunktionsniveau knyttet op til Hammel Neurocenter og RH Skive.</p>	<p>3.3: At tilbuddet til svært bariatriske patienter beskrives i den regionale specialiserede neurorehabiliteringsgruppe.</p> <p>3.4: At dialysepatienter, hvor der er behov for hyppig dialyse, men som samtidig principielt er visitorer til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, tilbydes neurorehabilitering på RH Randers, RH Horsens eller RH Viborg udfra en rehabiliteringsplan udarbejdet i samarbejde mellem den enhed, der har patienten, og RH Hammel Neurocenter/RH Skive.</p>
		<p>Sundhedsplanlægning giver en tilbagemelding til implementeringsgruppen på mødet den 6. juni.</p>	<p>Formanden for den regionale specialiserede neurorehabiliteringsgruppe fremlægger et oplæg for rehabiliteringsgruppen på mødet i juni eller oktober.</p> <p>Oplægget forelægges implementeringsgruppen på mødet i juni.</p>

<p>3.5: At man i klyngerne drøfter, hvorvidt man i højere grad kan anvende muligheden for brug af en specialiseret genoptræningsplan, men hvor behandlingen sker i hospitalisregi eller med apopleksiteam. Det anbefales ligeledes, at denne mulighed kan skrives ind i de kommende sundhedsaftaler.</p>	<p>Dette implementeres lokalt med bistand fra Nære Sundhedstilbud.</p> <p>Der gives en status på implementeringsgruppens møde i oktober.</p>
<p>4. Opfølging</p>	<p>4.1: At apopleksiteamene tildeles et ansvar i forhold til opfølging med særlig opmærksomhed på den kognitive problematik, hvor hovedfunktionsenhederne bør have adgang til neuropsykologisk og/eller neurologisk vurdering. Dette bør således være en del af apopleksiteamets kompetenceudvikling.</p>
<p>4.2: At det tydliggøres over for almen praksis præcis, hvad opfølgingen af neurorehabiliteringsspacienter omfatter.</p>	<p>I forbindelse med kompetenceudviklingen af apopleksiteamene drøfter teamene deres egen rolle i forbindelse med opfølgingen.</p> <p>Efter kompetenceudviklingsforløbet i efteråret 2014 indkalder Sundhedsplanlægning en repræsentant fra hvert apopleksiteam, en ledelsesrepræsentant fra hver hospitalisenhed samt almen praksis til et møde, hvor der samles op på hvilken rolle apopleksiteamene konkret bør have i forhold til opfølging.</p> <p>Forslaget forelægges implementeringsgruppen på mødet i juni.</p> <p>Der nedsættes en mindre gruppe med Jens Gram Hansen som formand, to repræsentanter fra RH Hammel Neurocenter, repræsentanter fra to sygehuse med neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau samt repræsentanter fra Sundhedsplanlægning.</p> <p>Gruppen udarbejder et forslag til implementering af de tre anbefalinger, der vedrører almen praksis.</p> <p>At det beskrives overfor almen praksis, hvilke muligheder de har for at videreføre og få rådgivning. Som udgangspunkt anbefales det, at almen praksis kan kontakte apopleksiteamene, med mindre det er oplagt, at de søger neurologisk ekspertise.</p>