

Samarbejdsaftale om voksne med erhvervet hjerneskode

Godkendt oktober 2023

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftale om		
voksne med erhvervet hjerneskade		
Dato	Arbejdsgruppens sammensætning	
Besluttet i SSU	Opfølgning på aftalen	
Dato	Hvilken ændring er foretaget på hvilket beslutningsgrundlag	Udarbejdet af
Oktober 2023	Samarbejdsaftalen er blevet revideret og efterfølgende godkendt i Sundhedssamarbejdsudvalget oktober 2023	

Indledning

Samarbejdsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade er en del af [den samlede Sundhedsaftale](#) i Region Nordjylland. Aftalen er placeret i [Den Tværsektorielle Grundaftale](#) under området genoptræning og rehabilitering.

Der er tale om den anden revision af samarbejdsaftalen, som i sin tid blev indgået mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner den 1. januar 2013.

Aftalen omfatter alle personer over 18 år med følger af en akut opstået hjerneskade, hvor der ved udskrivningstidspunktet eller senere i forløbet viser sig at være et rehabiliteringsbehov.

Formålet med samarbejdsaftalen er, at borgere med erhvervet hjerneskade og deres pårørende tilbydes et effektivt og velkoordineret rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer.

Aftalen lægger som hidtil vægt på at koordination og samarbejde over sektorovergange skal være velfungerende, men aftalen rummer også et større fokus på beskrivelse af mulighederne for opfølgning og revurdering. Aftalen indeholder beskrivelser af flere modeller for samarbejde, der skal bidrage til at den rette viden overdrages til de rette personer, som efter udskrivelse skal varetage rehabilitering af borgeren.

Som noget nyt i denne version af samarbejdsaftalen, er der tilføjet et bilag, som beskriver det tværsektorielle samarbejde i relation til Ambulatoriet for unge med erhvervet hjerneskade. Og endelig er der denne gang beskrevet sammensætning og funktion af et tværsektorielt Hjerneskadeforum Nordjylland, som skal bidrage til at sikre det løbende arbejde med at implementere aftalen, og videreudvikle relevante områder som fx patient og pårørende deltagelse og samarbejde om tests til funktionsevnevurdering på tværs af sektorerne.

Implementering, koordinering og udvikling af indsatserne i denne samarbejdsaftale (og generelt) sker i de enkelte klynger og via Strategisk Sundhedsforum (SSF). Indsatser kan iværksættes med udgangspunkt i;

- Lokale udfordringer i klyngerne, hvor der fx gøres en særlig indsats i en periode. Klyngerne har i udgangspunktet ansvaret for at omsætte og implementere Sundhedsaftalen.
- Centrale sager, der opstår i løbet af aftaleperioden, fx ved behov for implementering af nye nationale retningslinjer.
- Fremover vil Hjerneskadeforum Nordjylland kunne være en vigtig samarbejdspartner for både klynger og Strategisk Sundhedsforum.

Det organisatoriske set up for Sundhedsaftalen kan findes på dette [link](#).

Baggrund

Aftalen tager grundlæggende udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade fra 2020(1).

Som noget nyt har Sundhedsstyrelsen desuden udgivet publikationen "Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne" (2020(2)). Indenfor de afsatte rammer for revision af samarbejdsaftalen har det ikke været muligt at nå til enighed, om implementering af konkrete måleredskaber for funktionsevnevurdering til anvendelse i det tværsektorielle samarbejde, og det er derfor en af de ting, der skal arbejdes videre med efterfølgende.

Denne aftale er skrevet med udgangspunkt i sundhedsområdet, som et element i Sundhedsaftalen, men de sundhedsfaglige indsatser for mennesker med erhvervet hjerneskade spiller i udstrakt grad sammen med indsatser på social- og specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet (jf. [vejledning om kommunal rehabilitering](#)).

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har fortsat egne forløbsprogrammer, som i nogen udstrækning refererer til samme målgruppekarakteristika og beskriver rehabiliteringsopgaven parallelt. Hensigten med denne aftale er, at den kan bidrage til øget sammenhæng både på tværs af sektorer og lovgivningsområder.

Alle kommuner i Nordjylland har en hjerneskadekoordinatorfunktion, og enkelte kommuner har tillige egentlige hjerneskadeteams – det er bl.a. disse funktioner, der i høj grad bidrager til en sammenhæng mellem indsatserne på tværs af sektorer og på tværs af de forskellige områder i den enkelte kommune.

Revision af samarbejdsaftalen er sket i perioden januar 2022 – marts 2023. Arbejdet er udført af en tværsektoriel arbejdsgruppe, som i relation til de enkelte emner har været suppleret med ad hoc deltagere med særlige erfaringer og viden på de enkelte områder.

Definitioner og ofte brugte forkortelser

Faktaboks – definition af rehabiliteringsbegrebet

Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter.

Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation.

Hvidbog om rehabilitering (Rehabiliteringsforum Danmark 2022)

Indsatserne i rehabilitering er kendetegnet ved at være koordinerede, målrettede og vidensbaserede og, som har til formål at sikre bedst muligt aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Indsatserne kan være inden for beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet, hvor de både kan have et udviklende, støttende, vedligeholdende og kompenserende sigte. Rehabiliteringsindsatser er en del af rehabiliteringsprocessen og således kan fx genoptræning også indgå som en rehabiliteringsindsats.

Ordliste – ofte brugte forkortelser

RHN / Hammel	Regionshospitalet Hammel Neurocenter I teksten benyttes Hammel, da forkortelsen RHN kan forveksles med Regionshospitalet Nordjylland, som har samme forkortelse
NNB	Neuroenhed Nord Brønderslev
NNF	Neuroenhed Nord Frederikshavn
AAUH	Aalborg Universitetshospital
RVN	Regional Visitation for Neurorehabilitering i Region Nordjylland
GOP	Genoptræningsplan
PFP	Plejeforløbsplan
UAT	Udgående Apopleksi Team

Hjerneskadeforum Nordjylland

Som et nyt tiltag bliver der i tilknytning til denne samarbejdsaftale nedsat et tværsektorielt samarbejdsforum, Hjerneskadeforum Nordjylland, som skal sikre det tværsektorielle samarbejde for både voksne med erhvervet hjerneskode og for børn/unge med hjerneskode. Hjerneskadeforum Nordjylland skal dække bredt, og har derfor repræsentation fra alle de involverede områder; sundhed, social, arbejdsmarked og specialundervisning/uddannelse. Der er desuden deltagelse fra de to patientorganisationer Hjernesagen og Hjerneskadeforeningen samt almen praksis. Kommissorium for Hjerneskadeforum Nordjylland findes som bilag 8 til denne samarbejdsaftale.

Hjerneskadeforum Nordjylland refererer til Strategisk Sundhedsforum (SSF), men kan fungere som rådgivende organ for både Strategisk Sundhedsforum og Den Administrative Styregruppe for Socialområdet (DAS Social). Hjerneskadeforum Nordjylland har ikke selvstændig beslutningskompetence, men kan nedsætte mindre midlertidige arbejdsgrupper, der skal udarbejde oplæg på særlige områder. Hjerneskadeforum Nordjylland skal i udgangspunkt varetage nedenstående områder, men kan også blive bedt om at behandle konkrete sager af SSF og DAS Social.

- Bidrage til at sikre det tværsektorielle samarbejde
- Opfølgning på implementering af samarbejdsaftalen
- Dokumentation af området
- Tværsektoriel videndeling og kompetenceudvikling
- Udvikling af indsatsen omkring patient og pårørende deltagelse
- Udvikling af indsatsen omkring enighed vedrørende brug af samme test i patientforløb
- Kvalitetssikring af det tværsektorielle samarbejde omkring voksne med erhvervet hjerneskode
- Følge op på nye nationale retningslinjer, og herunder anbefale en revision af samarbejdsaftalen, når det skønnes nødvendigt.

Beskrivelse af målgruppen

Diagnoser

Målgruppen for denne aftale er alle personer over 18 år med følger af en akut opstået hjerneskode, hvor der ved udskrivningstidspunktet, eller senere i forløbet viser sig et rehabiliteringsbehov. Dog er der i

relation til Ambulatoriet for unge med erhvervet hjerneskade mulighed for at unge ned til 15 år kan henvises til udredning.

Fælles for målgruppen er, at effekten af en rehabiliteringsindsats styrkes, når aktørerne er i stand til at koordinere indsatsen på tværs af sektorer og især i overgange mellem sektorerne. En velkoordineret indsats skal medvirke til et forløb uden uhensigtsmæssige forsinkelser, og skal sikre at den nødvendige viden følger borgeren uanset, hvor denne behandles og rehabiliteres.

Følgende 13 primære diagnosegrupper tegner gruppen af de knap 230.000 mennesker, der lever med en mulig erhvervet hjerneskade.

1. Spontan infarkt i hjernen – iskæmisk apopleksi/stroke
2. Spontan intracerebral blødning i hjernen – hæmoragisk apopleksi/stroke
3. Uspecifik apopleksi – spontan blødning eller infarkt i hjernen
4. Subarachnoidal blødning – spontan blødning i hjernebinder
5. Diverse (arteria cerebri dissecans non rupta, moyamoya sygdom, thrombosis venae intracranialis non pyogenica, arteritis cerebri ikke klassificeret andet steds, cerebrovaskulær sygdom, cerebrovaskulær sygdom uden specifikation og karsygdom i hjernen klassificeret andet steds)
6. Sequelae (følge efter hjerneskade og dennes behandling med reference til ovenstående 5 sygdomsgrupper)
7. TCI (Transitorisk Cerebral Iskæmi)
8. Traumatisk hjerneskade
9. Encehalopati (diffus hjerneskade pga. iltmangel (herunder hjertestops overlevelse), giftstoffer eller anden skadelig påvirkning)
10. Infektion i hjernen eller hjernebinder
11. Tumor i hjernen
12. Andre tilstande (fx myelinolysis pontis centralis, hypertensiv encefalopati)
13. Sequelae (følger af hjerneskade i forhold til grupperne 7 – 12)

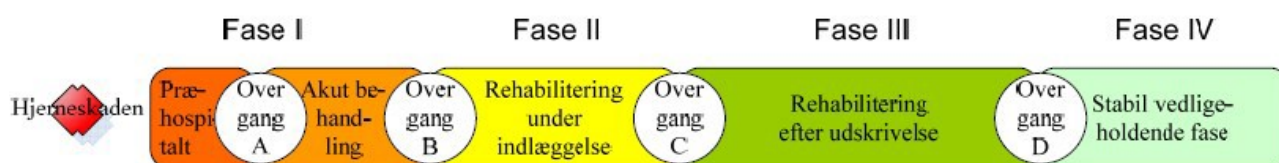
Sygdomme af progressiv karakter som fx multipel sklerose og Parkinson samt metastaser i hjernen efter kræft andre steder i kroppen, er ikke omfattet af anbefalingerne.

Mennesker med erhvervet hjerneskade er en patientgruppe, der kan have meget komplekse og omfattende rehabiliteringsbehov. Det komplekse indebærer, at der ikke alene er tale om fysisk genoptræning, men at der også er behov for rehabiliterende indsatser efter bl.a. social- og specialundervisningslovgivningen, som sigter mod at afhjælpe problemer med fx tale og hukommelse.

Beskrivelse af indsatser til målgruppen med udgangspunkt i et faseopdelt patientforløb

Overordnet set beskrives hjerneskaderehabilitering i en sundhedsfaglig kontekst ud fra 4 faser;

Figur. 1



Denne aftale omfatter personer, som efter akut behandling eller senere i forløbet har et rehabiliteringsbehov, og fokuserer derfor på faserne 2, 3 og 4 i henhold til figuren, samt kommunikationen mellem sektorerne i de tilhørende overgange.

- **Fase I – Den akutte behandling**

I denne fase er den sundhedsfaglige indsats rettet mod akut udredning og behandling af den tilgrundliggende sygdom. Herudover iværksættes så vidt muligt en tidlig rehabiliteringsindsats og en forebyggende behandling.

Patienter kan udskrives direkte til eget hjem fra den akutte fase, visiteres til specialiseret behandling på Regionshospitalet Hammel Neurocenter (Hammel) eller visiteres til rehabilitering under indlæggelse i Region Nordjylland.

Udredning og akut behandling af patienter med hjerneskade foretages som udgangspunkt på Aalborg Universitetshospital (AAUH). Apopleksi/stroke og TCI, som tilsammen udgør knapt to tredjedele af patienterne behandles på neurologisk afdeling på AAUH.

Den videre visitation af patienterne til specialiseret behandling og neurorehabilitering i hospitalsregi sker via [den regionale visitation til neurorehabilitering](#), som er en del af neurologisk afdeling på AAUH.

Patienter med følger efter let til moderat apopleksi/stroke kan desuden visiteres til en udgående indsats ved det udgående apopleksiteam. Det drejer sig om de patienter, hvor der er særlige hensyn til overlevering fra hospital til kommune, og / eller, hvor der er brug for en neurofaglig vurdering af den kognitive funktion i eget hjem samt afsluttende udredning og behandling i tilknytning hertil. Håndteringen af det tværsektorielle samarbejde omkring disse patienter foregår i henhold til **Samarbejdsmodel for udgående funktion til patienter med apopleksi/stroke mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner (UAT) (Bilag 4)**.

- **Fase II – Rehabilitering under indlæggelse**

Personer som har behov for rehabilitering og evt. behandling under en forsat indlæggelse, tilbydes rehabilitering med tværfaglig ekspertise i hjerneskaderehabilitering tilpasset patientens behov. Dette kan foregå på *hovedfunktionsniveau (Aalborg Universitetshospital i Thisted eller Neuroenhed Nord Frederikshavn)*, *regionsfunktionsniveau (Neuroenhed Nord i Brønderslev)* eller *højt specialiseret niveau (Regionshospitalet Hammel Neurocenter)*.

Specialiseret behandling og rehabilitering

Den højt specialiserede behandling og rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade foregår på Regionshospitalet Hammel Neurocenter (Hammel). Behandlingen foregår i henhold til **"Aftale for patienter med erhvervet hjerneskade og behov for højt specialiseret neurorehabilitering på Regionshospitalet Hammel Neurocenter mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland"**. Aftalen er ikke en del af denne samarbejdsaftale men har tæt tilknytning til aftalen – den findes derfor på hjemmesiden for samarbejdsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade.

Når patienter udskrives fra Hammel foregår det derfor dels i henhold til den nævnte aftale og dels i henhold til **"Samarbejdsmodel mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner omkring patienter, der udskrives fra Regionshospitalet Neurocenter Hammel til videre forløb i enten kommune eller region"** (Bilag 1). Patienter fra Hammel udskrives enten til videre behandling og rehabilitering på et hospital i Region

Nordjylland eller direkte til kommunerne med en genoptræningsplan til almen genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Rehabilitering på Regionsfunktionsniveau

Rehabilitering på Regionsfunktionsniveau foregår på Neuroenhed Nord Brønderslev (NNB), som det eneste sted i Region Nordjylland. Når patienter rehabiliteres og udskrives fra NNB foregår det tværsektorielle samarbejde omkring patienterne i henhold til ”**Samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde på hjerneskadeområdet omkring patienter der udskrives fra Neuroenhed Nord Brønderslev**” (Bilag 2).

Patienter fra NNB kan udskrives med en genoptræningsplan (GOP) til enten almen genoptræning, specialiseret genoptræning eller til rehabilitering på specialiseret niveau i kommunerne.

Rehabilitering på Hovedfunktionsniveau

Rehabilitering på Hovedfunktionsniveau foregår på Neuroenhed Nord Frederikshavn (NNF) eller på Aalborg Universitetshospital i Thisted (AAUH i Thisted).

Samarbejde og kommunikation omkring patienter fra disse enheder er beskrevet i ” **Samarbejdsmodel for patienter der udskrives fra hovedfunktionsniveau på Neuroenhed Nord Frederikshavn eller Aalborg Universitetshospital i Thisted**” (Bilag 3).

Patienter, der udskrives fra disse to enheder, kan i udgangspunktet udskrives med en genoptræningsplan til specialiseret genoptræning, almen genoptræning i kommunerne eller uden genoptræningsplan.

• **Fase III – Rehabilitering og genoptræning efter udskrivelse**

Når patienter skal udskrives til rehabilitering efter indlæggelse, så skelnes der mellem patienter der udskrives;

- Efter rehabilitering på Hovedfunktionsniveau (NNF i Frederikshavn eller AAUH i Thisted)
- Efter rehabilitering på Regionsfunktionsniveau (NNB i Brønderslev)
- Efter behandling og rehabilitering på Højt specialiseret niveau (Hammel)

Disse patienter kan udskrives med en genoptræningsplan, som kan være en henvisning til;

- Almen genoptræning i kommunen, som kan foregå på basalt eller avanceret niveau.
- Specialiseret genoptræning, som foregår ambulant på et hospital.
- Rehabilitering på specialiseret niveau i kommunen.

Udarbejdelse af genoptræningsplaner for personer med behov for rehabilitering på specialiseret niveau, skal i udgangspunktet foregå på en hospitalsafdeling minimum på regionsfunktionsniveau, jf.

[Sundhedsstyrelsens specialevejledning i neurologi](#).

I Region Nordjylland kan dette derfor i praksis ske fra både Neuroenhed Nord Brønderslev og fra Aalborg Universitetshospital – herunder også [Ambulatoriet for unge med erhvervet hjerneskade](#).

Rehabilitering på Specialiseret niveau

I Region Nordjylland kan døgnrehabilitering på specialiseret niveau varetages på [Neurocenter Østerskoven](#) (døgnfunktion og ambulant funktion for både voksne, børn og unge).

De 11 nordjyske kommuner og Region Nordjylland har indgået en særlig aftale om et [forstærket samarbejde](#) om nogle af de mest specialiserede social- og specialundervisningstilbud i Nordjylland, herunder også Østerskoven.

Rehabilitering på specialiseret niveau kan også foregå i borgerens eget hjem, og i disse tilfælde er det kommunens opgave at tilvejebringe de rette kompetencer til at udføre rehabiliteringen i hjemmet.

Genoptræning efter udskrivelse (fra fase I eller II)

Almen genoptræning

Almen genoptræning varetages af kommunerne, som visiterer borgeren til enten basal eller avanceret genoptræning. I situationer, hvor patientens genoptræningsbehov kan vurderes inden udskrivelse, udarbejdes og sendes GOP'en senest ved udskrivelsen. Såfremt borgeren er visiteret til en indsats ved det udgående apopleksiteam, så kan den endelige vurdering af genoptræningsbehovet finde sted i borgerens eget hjem, og GOP'en udarbejdes først ved afslutningen af den udgående indsats. Dette sker i henhold til **"Samarbejdsmodel for udgående funktion til patienter med apopleksi/stroke mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner"** (Bilag 4)

Specialiseret genoptræning

Den specialiserede genoptræning varetages af hospitalerne, men det sker kun i sjældne tilfælde at der på hjerneskadeområdet udarbejdes GOP til specialiseret genoptræning. Oftest foregår rehabilitering af patienter med hjerneskade under indlæggelse, eller som ambulantly genoptræning i kommunerne.

Udskrivelse uden genoptræningsplan (fra fase I)

En patient med hjerneskade kan udskrives direkte til hjemkommunen uden en GOP, hvis det vurderes, at vedkommende ikke har behov for genoptræning. Hvis det senere viser sig, at borgeren har følgevirkninger (fx ved tilbagevenden til arbejdsmarkedet), er der mulighed for at visitere borgeren til en opfølgning og revurdering på hospitalet – se nedenfor.

Opfølgning og muligheder for revurdering

Det er hensigten, at patienter, før de udskrives, er screenet for kognitive følgevirkninger, så kommunen og almen praksis bliver varskoet, med henblik på at følge op på mulige kognitive følgevirkninger, der evt. måtte vise sig senere i forløbet. Screeningen foretages grundlæggende af ergoterapeuter, og kan i visse tilfælde være suppleret af neuropsykologer. Hvis patienten udskrives med en GOP vil det være beskrevet her og ellers altid i epikrisen fra hospitalet.

Almen praksis har altid mulighed for at henvise borgere til vurdering af rehabiliteringsbehov via den regionale visitation til neurorehabilitering (RVN). RVN har mulighed for at visitere en borger til et udrednings- og opfølgningsforløb i regionalt regi, hvilket uddybes i nedenstående afsnit.

Med hensyn til **borgere mellem 15 og 30 år**, så sker opfølgning igennem [Ambulatoriet for unge med erhvervet hjerneskade](#) – se mere i aftalen om **Tværasektorielt samarbejde omkring patienter der henvises til Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade (Bilag 5)**.

Mulighed for en fornyet vurdering efter udskrivelse

Patienter der udskrives direkte til eget hjem fra det akutte afsnit på Aalborg Universitetshospital eller fra en af Region Nordjyllands Neurorehabiliterings enheder, har mulighed for at få en fornyet vurdering af deres rehabiliteringspotentiale, hvis der efterfølgende skulle opstå et behov for dette.

Opstår der ændringer i et tidligere vurderet rehabiliteringspotentiale eller følgevirkninger, som ændrer behovet for rehabilitering, kan egen læge og/eller kommunen indgå i en dialog med [den regionale visitation \(RVN\)](#) om muligheden for at få foretaget en ny vurdering af borgerens rehabiliteringsbehov- og/eller potentiale.

Er der tale om **en patient med apopleksi/stroke** vil UAT i visse tilfælde kunne foretage vurderingen i eget hjem efter aftale med RVN. Finder UAT, at der er et rehabiliteringspotentiale og behov for et rehabiliteringsforløb kontaktes RVN med henblik på visitation til en snarlig indlæggelse til neurorehabilitering.

Vurderer UAT, at der *muligvis* er et potentiale for rehabiliteringen, kontaktes RVN med henblik på et evt. vurderingsophold, der skal afklare borgerens rehabiliteringspotentiale- og behov.

I de øvrige tilfælde vil der i forbindelse med en dialog mellem RVN og egen læge/kommune blive anmodet om en kommunal status fra relevante kommunale aktører og evt. fra borgerens egen læge. Dialogen mellem RVN og kommunen plus egen læge er vigtig, da den er med til at sikre, at RVN får de relevante oplysninger, herunder oplysninger der er relevante, hvis der efterfølgende visiteres til et vurderingsophold eller direkte til neurorehabilitering under indlæggelse.

En beskrivelse af forskellige situationer, der kan give anledning til en fornyet vurdering af en borgers, følger af en hjerneskade, findes i bilag 7.

Aftales der en henvisning til RVN, så udfyldes en henvisning med alle relevante oplysninger (som angivet i [instruksen for vurderingsophold](#)). Hvis ikke henvisningen kommer fra egen læge, kan RVN eller de kommunale aktører henvende sig til egen læge mhp. indhentelse af relevante supplerende oplysninger. På baggrund af henvisningen, afgør RVN, om der skal ske en viderevisitering til et rehabiliteringsforløb under indlæggelse eller et vurderingsophold, som skal afklare borgerens rehabiliteringspotentiale.

Vurderingsophold

Vurderingsophold kan foregå på regionsfunktionsniveau på Neuroenhed Nord i Brønderslev eller på Neuroenhed Nord Frederikshavn eller Aalborg Universitetshospital i Thisted. En beskrivelse af vurderingsophold på Neuroenhed Nord (som omfatter både regionsfunktionsniveau i Brønderslev og hovedfunktionsniveau i Frederikshavn) kan ses [her](#).

En beskrivelse af vurderingsophold på Aalborg Universitetshospital i Thisted kan ses [her](#)

Et vurderingsophold afsluttes altid med et tværsektorielt møde, hvor konklusionen på vurderingsopholdet fremlægges for borgeren, pårørende og kommunen. Vurderingen kan overordnet munde ud i følgende handlinger:

- Borgeren udskrives uden yderligere tiltag, men der kan være nye anbefalinger fra hospitalet i forhold til fx håndtering, relevante aktiviteter og/eller vedligeholdende træning.

- Borgeren udskrives med en genoptræningsplan, som beskriver, hvad der bør ske fremadrettet i forhold til borgerens rehabilitering.
- Borgeren tilbydes et rehabiliteringsophold under indlæggelse på enten regionsfunktionsniveau eller hovedfunktionsniveau. Det er RVN, der på baggrund af vurderingen visiterer borgeren til det relevante tilbud.

I alle tilfælde dokumenteres vurderingen i Plejeforløbsplanen og i epikrise til egen læge.

Multisygdom / komorbiditet / komplikationer

Komplikationer og komplicerede følgetilstande er desværre ofte en følge af en hjerneskade. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade og Socialstyrelsens forløbsprogram for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade beskriver begge, hvad der bør være fokus på i relation til at forebygge, opspore og behandle komplikationer og mulige følgetilstande af både fysisk, psykisk og social karakter, og der henvises derfor til disse vedrørende en nærmere beskrivelse af den faglige indsats.

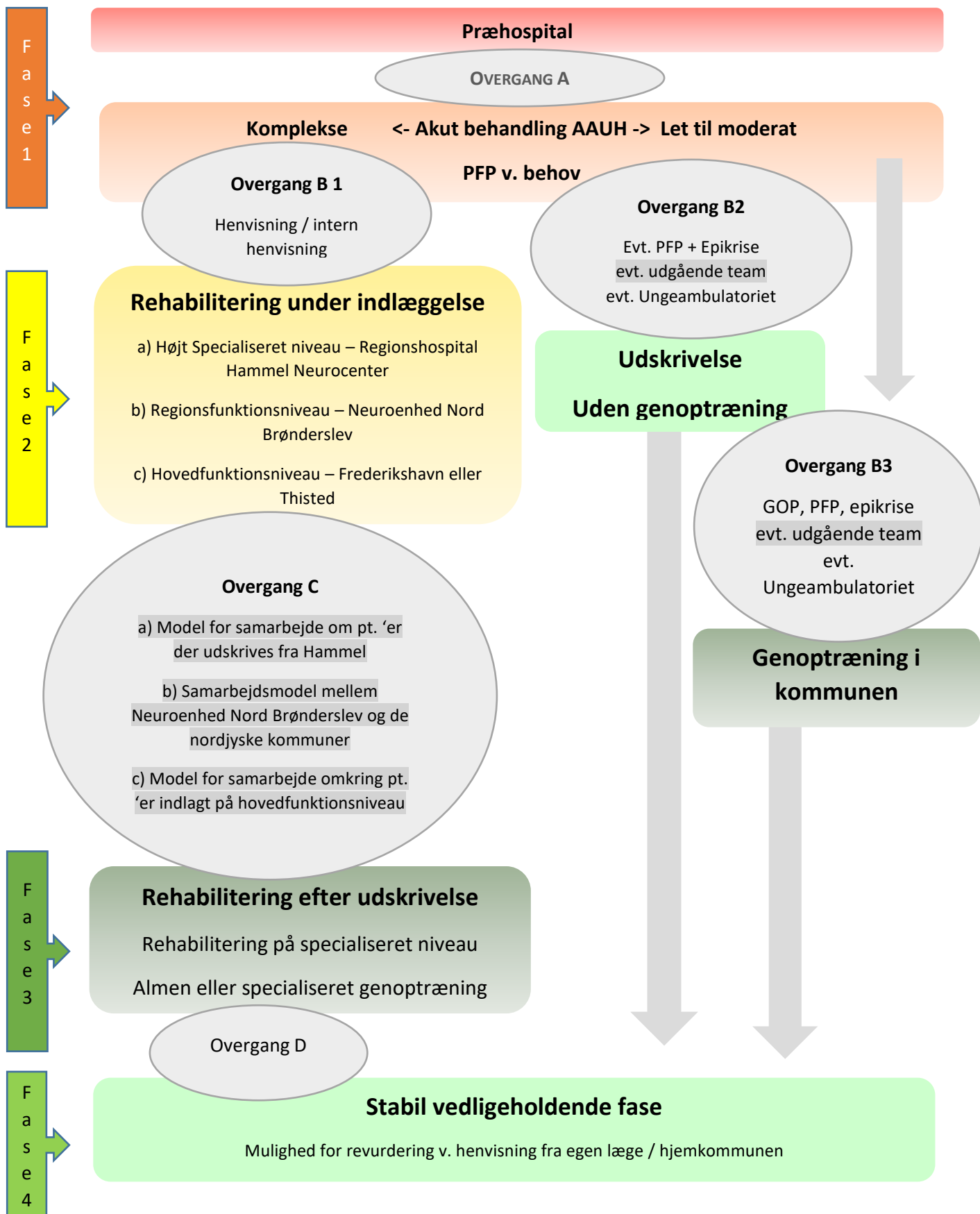
Som beskrevet i ovenstående afsnit, er det muligt for egen læge og hjemkommunen, at få lavet en fornyet vurdering af evt. komplikationer eller følgetilstande.

En del af disse patienter vil også være ramt af anden kronisk sygdom, som kan være opstået inden hjerneskaden, og som der derfor også skal være fokus på i forbindelse med behandling og rehabilitering af hjerneskaden. Tidligere velbehandlet kronisk sygdom kan således være i risiko for at forværres, hvis fx borgeren får kognitive funktionsnedsættelser, der udfordrer vedkommendes evne til at sikre korrekt indtagelse af medicin.

En hjerneskade kan i sig selv bringe borgeren i øget risiko for fremtidige sygdomme, og der bør, som en del af rehabiliteringen og den efterfølgende stabile fase, være fokus på fortsat forebyggelse. Det bør derfor også indgå i overvejelserne, om borgeren efter endt rehabilitering kan have behov for at blive henvist til kommunale forebyggelsestilbud med henblik på at forebygge fx livsstilssygdomme og forebygge forværring af evt. kroniske lidelser.

Der bør i særlig grad være en opmærksomhed på borgere med misbrug og/eller psykiatriske diagnoser. Samarbejdet omkring disse borgere/patienter kan med fordel drøftes i det kommende Hjerneskadeforum Nordjylland.

Figur 2 - Kommunikation mellem parterne



Figurtekst – figur 2

Som det fremgår af figur 2, er der tale om et komplekst område med flere overgange mellem enheder og sektorer. Der er i denne aftale lagt vægt på netop at sikre de forskellige overgange, hvorfor der er udarbejdet flere delaftaler, som hver især dækker den enkelte overgang. Figuren er udarbejdet med henblik på at give en oversigt over kommunikationen i de forskellige faser, herunder hvilke delaftaler, der angiver, hvordan kommunikationen og samarbejdet mellem parterne bør være.

Efter den akutte fase og behandling kan patienten enten:

1. Udskrives uden en genoptræningsplan

I dette tilfælde benyttes epikrise til egen læge og ved behov en PFP.

For erhvervsaktive borgere vil der informeres via en korrespondancemeddelelse til hjerneskadekoordinator.

Patienten kan hvis vedkommende opfylder kriterierne blive omfattet af det udgående apopleksiteam ("Samarbejdsmodel for udgående funktion til patienter med apopleksi/stroke mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner" - bilag 4).

Hvis patienten / borgeren er mellem 15 og 30år er der desuden mulighed for at henvise til Ambulatoriet for unge med erhvervet hjerneskade, hvor der kan ske en nærmere udredning af et evt. rehabiliteringsbehov (se bilag 5 – Tværsektoriel samarbejde omkring patienter der henvises til Ambulatorium for Unge med erhvervet hjerneskade).

2. Udskrives til almen genoptræning i kommunen

Her benyttes GOP, PFP og epikrise til egen læge

Patienten kan hvis vedkommende opfylder kriterierne blive omfattet af det udgående apopleksiteam (Tværsektoriel samarbejdsaftale om patienter med apopleksi - bilag 4).

Hvis patienten / borgeren er mellem 15 og 30år er der desuden mulighed for at henvise til Ambulatoriet for unge med erhvervet hjerneskade, hvor der kan ske en nærmere udredning af et evt. rehabiliteringsbehov(se bilag 5 – Tværsektoriel samarbejde omkring patienter der henvises til Ambulatorium for Unge med erhvervet hjerneskade).

3. Henvises til rehabilitering under indlæggelse

a) Højt specialiseret niveau i Hammel

b) Regionsfunktionsniveau på NNB i Brønderslev, eller

c) Hovedfunktionsniveau i Frederikshavn eller Thisted.

Efter rehabilitering under indlæggelse kan patienten enten:

1. Udskrives uden en genoptræningsplan

I dette tilfælde benyttes PFP og epikrise til egen læge

2. Udskrives til almen genoptræning i kommunen

Her benyttes GOP, PFP og epikrise til egen læge

3. Udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau

Her benyttes GOP, PFP og epikrise til egen læge

Afhængigt af hvor patienten udskrives fra, benyttes en af følgende samarbejdsmodeller;

- a) "Samarbejdsmodel for patienter, der udskrives fra Hammel til videre forløb i enten kommune eller region" (Bilag 1).
- b) "Samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde på hjerneskadeområdet omkring patienter der udskrives fra Neuroenhed Nord Brønderslev" (Bilag 2).
- c) "Samarbejdsmodel for patienter der udskrives fra hovedfunktionsniveau på Neuroenhed Nord Frederikshavn eller Aalborg Universitetshospital i Thisted" (Bilag 3).

Patient og pårørende deltagelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der *sker en systematisk inddragelse¹ af patienter og pårørende* gennem hele patientforløbet, og at man lokalt beskriver den praksis, der anvendes i det tværsektorielle samarbejde.

Samtidigt anbefales det, at *brugerperspektivet indgår som en del af grundlaget for kvalitetsforbedringer af praksis* i det tværsektorielle samarbejde.

Der er ikke i regi af denne samarbejdsaftale aftalt konkrete metoder til patient og pårørende deltagelse, men det ligger som en opgave for Hjerneskadeforum Nordjylland at bidrage til en mere systematisk beskrivelse af denne indsats. Det er desuden tænkt ind som en del af den tværsektorielle kompetenceudvikling, som med denne aftale også *gøres mere systematisk*.

Hjerneskadesamrådet vil have deltagelse af relevante brugerorganisationer, og der vil ad den vej blive mulighed for, at brugerperspektivet kommer til at indgå i kommende kvalitetsforbedringer.

Patient og pårørende deltagelse er generelt højt prioriteret i den tværsektorielle indsats på hjerneskadeområdet. Konkret i relation til denne samarbejdsaftale, så er patient og pårørende deltagelse en del af den tværsektorielle dialog, der foregår i de forskellige overgange mellem sektorerne. Borger og evt. pårørende deltager således altid i udskrivningssamtaler fra både Regionsfunktionsniveau og hovedfunktionsniveau. Indsatserne for den udgående funktion (UAT) og i Ungeambulatoriet er forankret med patienten og evt. pårørende som omdrejningspunkt og deltagende i hele forløbet. Der henvises derfor til beskrivelserne i samarbejdsmodellerne, som findes i bilagene.

Det er tillige aftalt, at tværsektoriel kompetenceudvikling, som beskrevet herunder, har patient og pårørende deltagelse som et hovedfokus, særligt mhp. de tilfælde, hvor det kan være vanskeligt at sikre den gode deltagelse – fx pga. sygdommens omfang (særligt udfordringer med kommunikation/tale).

Tværsektoriel Kompetenceudvikling

Med henblik på at sikre den bedst mulig kvalitet i indsatsen overfor patienter / borgere med hjerneskade er det vigtigt at, personalet i både kommuner, på hospitaler og i almen praksis har de relevante kompetencer.

¹ Inddragelse af patienter og pårørende vil i denne samarbejdsaftale blive omtalt som *patient og pårørende deltagelse*.

Der lægges i denne samarbejdsaftale op til, at en del af den nødvendige kompetenceudvikling foregår i fællesskab/tværasektorielt, og at det gøres mere systematisk fremover. Således er det tanken, at et nyt Hjerneskadeforum som en af sine faste opgaver, løbende skal vurdere behovet for tværasektoriel kompetenceudvikling og på den baggrund facilitere, at der afholdes relevante kompetencegivende aktiviteter.

Konkret kan tværasektoriel kompetenceudvikling foregå via dialog om enkelte patienter, dialog i fora hvor erfaringer drøftes og som planlagt undervisning.

Samarbejdsaftalen skal understøtte, at der sker tværasektoriel kompetenceudvikling på de nævnte niveauer ved at;

- Det specialiserede niveau stiller sig til rådighed i relation til dialog omkring den enkelte patient.
- Det skal være muligt at få videndeling i form af sidemandsoplæring, hvor fagpersoner fra region eller kommune fx følger en kollega i den anden sektor i en aftalt periode.
- Hjerneskadekoordinatorgruppen fastholder deres møder med de forskellige regionale niveauer indenfor hjerneskaedområdet mhp. at dele og drøfte erfaringer fra den daglige praksis.
- Hjerneskadeforum Nordjylland løbende undersøger behovet for kompetenceudvikling, og efterfølgende iværksætter relevante undervisningstilbud / temadage i relation til de erkendte behov.
- Hjerneskadeforum Nordjylland løbende følger op på, hvordan rådgivningen fra det specialiserede niveau fungerer.

Aktivitetstal

I tilknytning til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværasektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade er der udarbejdet en dataopgørelse vedrørende voksne med erhvervet hjerneskade (SST, 2020, 10). Dataopgørelsen beskriver for perioden 2011-2017 antal sygehusophold, varighed af sygehusophold, prævalens og 30 dages dødelighed fordelt på målgrupper, men ikke fordelt på regioner. Desuden beskrives antallet af genoptræningsplaner i perioden 2015-2017 fordelt på de enkelte regioner, men tallene matcher ikke umiddelbart de tilsvarende lokale tal for Region Nordjylland.

Tallene i Dataopgørelsen fra Sundhedsstyrelsen vurderes derfor mindre egnede i forhold til at sætte tal på den lokale indsats her i Region Nordjylland. Målet er derfor fremadrettet at forsøge at generere lokale data for målgruppernes konkrete størrelse i Region Nordjylland, samt andre relevante data med tilknytning til disse.

Med udgangspunkt i de omfattede diagnosegrupper, skal der arbejdes på at fremskaffe følgende data;

- Det samlede antal patienter i RN med en af de omfattede diagnoser, fordelt på kommuner.
- Antallet af genoptræningsplaner fordelt på almene, specialiserede og rehabilitering på specialiseret niveau. Data skal fremstilles på kommuneniveau.
- Antallet af patienter der har modtaget behandling / rehabilitering på højt specialiseret niveau (Hammel), Regionsfunktionsniveau (NNB) og Hovedfunktionsniveau (På RHN i Frederikshavn eller Thisted).

Implementering, monitorering, kvalitetssikring og udvikling

Generelt

Implementering, koordinering og udvikling af indsatserne i denne samarbejdsaftale (og generelt) sker i de enkelte klynger og via Strategisk Sundhedsforum (SSF). Indsatser kan iværksættes med udgangspunkt i;

- Lokale udfordringer i de enkelte klynger, hvor der fx gøres en særlig indsats i en periode. Klyngerne har i udgangspunktet ansvaret for at omsætte og implementere Sundhedsaftalen.
- Centrale sager, der opstår i løbet af aftaleperioden, fx ved behov for implementering af nye nationale retningslinjer. I disse tilfælde udformes en henvendelse til Koordineringsgruppen, som behandler sagen og, hvis den vurderes relevant, sender den videre til godkendelse i SSF.

Fremover vil Hjerneskadeforum Nordjylland kunne være en vigtig samarbejdspartner for både klynger og Strategisk Sundhedsforum.

Det organisatoriske set up for Sundhedsaftalen kan findes på dette [link](#).

Konkret i forhold til hjerneskadeområdet

Hjerneskadeområdet er et komplekst område, hvilket betyder, at denne aftale er opdelt i en række "delaftaler" omkring det tværsektorielle samarbejde.

Denne reviderede sundhedsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade indeholder ud over de eksisterende "delaftaler" *en nye aftale for det tværsektorielle samarbejde omkring ambulatoriet for unge med erhvervet hjerneskade*.

Monitorering og opfølgning på implementering af samarbejdsaftalen foretages gennem registreringer af aktivitetstal (som beskrevet ovenfor), procesmål og audits relateret til de målgrupper, som der er fokus på i "delaftalerne".

Dette er beskrevet i skemaform herunder, hvor det ligeledes er beskrevet, hvem der er ansvarlig for monitorering og opfølgning. Hjerneskadeforum Nordjylland har som en af sine opgaver at følge op på og videreudvikle denne aftale, hvilket bl.a. kan ske med udgangspunkt i de frembragte data.

Skema: Målsætninger og tilhørende indikatorer til monitorering af hjerneskadeområdet

Målsætning	Standard / succeskriterium	Metode og tidspunkt	Ansvarlig
Monitorering af det samlede antal patienter i RN med en af de omfattede diagnoser, fordelt på kommuner.	Data kan leveres	Dataindsamling én gang årligt.	Hjerneskadeforum Nordjylland

Målsætning	Standard / succeskriterium	Metode og tidspunkt	Ansvarlig
Monitorering af antallet af genoptræningsplaner fordelt på almene, specialiserede og rehabilitering på specialiseret niveau. Data fremstilles på kommuneniveau.	Data kan leveres	Dataindsamling én gang årligt	Hjerneskadeforum Nordjylland
Monitorering af antallet af patienter der har modtaget behandling / rehabilitering på højt specialiseret niveau (Hammel), Regionsfunktionsniveau (NNB) og Hovedfunktionsniveau (På RHN i Frederikshavn eller AAUH i Thisted).	Data kan leveres	Dataindsamling én gang årligt	Hjerneskadeforum Nordjylland
Fokus på henvisninger til rehabilitering på specialiseret niveau. Vedrører særligt delaftalerne i forhold til patienter der udskrives fra Regionsfunktionsniveau (Neuroenhed Nord Brønderslev) og specialiseret niveau (Hammel), som skal sikre den tværsektorielle dialog og overførsel af viden til de rette personer, der fremadrettet skal varetage borgerens rehabilitering.	Kommunikation mellem region og hjemkommune foregår i henhold til samarbejdsaftalen	Tværsektoriel Audit	Hjerneskadeforum Nordjylland
At samarbejdsmodellen for patienter der udskrives fra Hovedfunktionsniveau sikrer, at viden overleveres til de rette personer, som skal varetage borgerens rehabiliteringsbehov.	Kommunikation mellem region og hjemkommune foregår i henhold til samarbejdsaftalen	Tværsektoriel audit	Hjerneskadeforum Nordjylland

Målsætning	Standard / succeskriterium	Metode og tidspunkt	Ansvarlig
<p>Patienter der visiteres til det udgående apopleksiteam tilknyttet Sengeafsnit for stroke 6 Ø, Aalborg Universitetshospital m.h.p. at øge kvaliteten og sammenhængen i det tværsektorielle forløb.</p>	<p>Kommunikation mellem region og hjemkommune foregår i henhold til samarbejdsaftalen</p>	<p>Tværsektoriel Audit</p>	<p>Hjerneskadeforum Nordjylland</p>
<p>At samarbejdsmodellen for patienter der udskrives fra Neurocenter Hammel sikrer at viden overleveres til de rette personer, som skal varetage borgerens rehabiliteringsbehov</p>	<p>Kommunikation mellem region og hjemkommune foregår i henhold til samarbejdsaftalen</p>	<p>Evalueres én gang årligt, når administrationen RN deltager på møde hjerneskadekoordinator netværket.</p>	<p>Administrationen RN v. Patientforløb / Sundhedsplanlægning</p>
<p>At samarbejdsmodellen for tværsektorielt samarbejde i forhold til Unge med erhvervet hjerneskade bliver implementeret</p>	<p>Kommunikation mellem region og hjemkommune foregår i henhold til samarbejdsaftalen</p>	<p>Tværsektoriel audit</p>	<p>Hjerneskadeforum Nordjylland</p>

Litteraturliste / Links

1. [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#) (SST, 2020)
2. [Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne - hos voksne med erhvervet hjerneskade](#)
3. [National klinisk retningslinje for Fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi \(SST, 2014\)](#)
4. [Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner \(Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet, 2018\)](#)
5. [Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det specialiserede social og specialundervisningsområde \(Socialstyrelsen 2016\)](#)
6. [Vejledning om kommunal rehabilitering \(Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011\)](#)
7. [Samarbejdsaftale om Behandlingsredskaber og hjælpemidler \(RN 2016\)](#)
8. [Samarbejdsaftale om Genoptræning \(RN 2019\)](#)
9. [Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning \(RN 2014\)](#)
10. [Dataopgørelse vedrørende voksne med erhvervet hjerneskade \(Sundhedsdatastyrelsen 2020\)](#)

Sidst revideret 30. maj 2023

Bilagsfortegnelse

Bilag 1

Samarbejdsmodel mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner omkring patienter der udskrives fra Neurocenter Hammel til videre forløb i kommune eller region

Bilag 2

Samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde på hjerneskadeområdet omkring patienter der udskrives fra Neuroenhed Nord Brønderslev

Bilag 3

Samarbejdsmodel for patienter der udskrives fra hovedfunktionsniveau på Regionshospital Nordjylland i Frederikshavn eller Aalborg Universitetshospital i Thisted

Bilag 4

Tværsektoriel samarbejdsaftale om patienter med apopleksi

Bilag 5

Tværsektorielt samarbejde omkring patienter der henvises til Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade

Bilag 6

Aftale for patienter med erhvervet hjerneskade og behov for højt specialiseret neurorehabilitering på Regionshospital Hammel Neurocenter mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland

Bilag 7

Beskrivelse af situation, hvor borgere har mulighed for en revurdering af deres rehabiliteringspotentiale- og behov.

Samarbejdsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade

Bilag 1

Samarbejdsmodel mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner omkring patienter der udskrives fra Regionshospital Neurocenter Hammel til videre forløb i kommune eller region.

Samarbejdsmodel mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner omkring patienter der udskrives fra Regionshospital Neurocenter Hammel til videre forløb i kommune eller region

Mål for samarbejdsmodellen

At sikre sammenhæng og hensigtsmæssig koordinering, herunder understøtte den nødvendige vidensdeling mellem Hammel, Den Regionale Visitation på det Neurologiske område i Region Nordjylland (RVN), kommunerne, og de specialiserede fase III tilbud – gennem en tydelig rolleafklaring, og aftaler om dialog og elektronisk kommunikation i forløbene. Endvidere forventes det koordinerede samarbejde at være med til at sikre, at borgere kan udskrives til kommunalt tilbud, når der ikke længere vurderes at være behov for hospitalsbaseret rehabilitering.

Målgruppe for indsatsen

Nordjyske patienter, der modtager højt specialiseret Neurorehabilitering på Hammel.

Patienter i målgruppen til rehabiliteringsforløb på Hammel er karakteriseret ved at have:

- Følger af en hjerneskade af meget betydelig (meget svær) kompleksitet
- Behov for en individualiseret og meget betydelig rehabiliteringsindsats rettet primært mod bevægelsesmæssige, kognitive, sansemæssige og sproglige funktionsnedsættelser.
- Behov for en rehabiliteringsindsats med meget høj intensitet døgnet rundt 7 dage om ugen, som varetages af et interdisciplinært team med neuropsykologisk bistand.
- Et plejebestand som er meget betydeligt og en indlæggelse af forventelig lang varighed.

- **Ofte brugte forkortelser**

- *Hammel: Regionshospital Hammel Neurocenter*
- *NNB: Neuroenhed Nord, Brønderslev*
- *NNF: Neuroenhed Nord, Frederikshavn*
- *HNT: Hovedfunktion Neurorehabilitering, Thisted*
- *RVN: Regional Visitation Neurorehabilitering i Region Nordjylland*

Forløbstyper

Der sondres mellem 4 forløbstyper knyttet til overgangen fra Hammel –og til et tilbud i Nordjylland.

1. Fra Hammel til Neuroenhed Nord, Brønderslev, NNB
2. Fra Hammel til sygehusregi i RN til videre vurdering og behandling
3. Fra Hammel til sygehusregi i RN i ventetid til kommunalt tilbud
4. Fra Hammel til direkte udskrivelse til kommunalt tilbud

Særlige forhold i relation til de enkelte typer vil blive uddybet gennem beskrivelsen af samarbejdsmodellen.

Generelt vedr. samarbejdet om patienter indlagt på Hammel

Herunder beskrives den tværsektorielle kommunikation og koordinering knyttet til neurorehabiliteringsforløb, hvor nordjyske patienter har forløb/ophold ved den højt specialiserede funktion ved Regionshospital Neurocenter Hammel. Samarbejdsmodellen er udarbejdet i tilknytning til **'Aftale for**

patienter med erhvervet hjerneskade og behov for højt specialiseret neurorehabilitering på Regionshospitalet Hammel Neurocenter, mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland’.

Af aftalen følger, at:

- **Kommunikation fra Hammel** til kommunerne sker via RVN. Det understreges, at RVN, har den regionale opgave vedr. koordinering af udskrivelse til relevant regionalt eller kommunalt tilbud. Udskrivelser tilrettelægges med udgangspunkt i samarbejdsaftalerne.
- Det til understøttelse af hjemkommunernes mulighed for at **forberede udskrivelsen** af patienten, er aftalt, at kommunerne på egen foranledning kan have **dialog på ”fagperson – fagperson” niveau med Hammel omkring konkrete patientforløb**. Aftaler kan således omfatte kommunal deltagelse i relevante faglige møder, fx statusmøder eller faglige overleveringer.
- **Hjemtagelse af patienter direkte til rehabilitering i kommunalt regi** sker efter de aftalemæssige rammer, som gælder mellem Hammel og RN.
Hvis patienten overflyttes til et kommunalt tilbud, og hvis Hammel har overholdt aftalerne om at sende en Plejeforløbsplan min. 14 dage før udskrivelse, skal patienten kunne modtages den dag patienten er meldt klar til udskrivelse. Overflytning direkte til Fase 3 tilbud skal ikke forlænge indlæggelsen på Hammel.
I de tilfælde, hvor en borger ikke kan give sit samtykke til overflytning, kan tidsfristen ikke overholdes, og patienterne kan derfor ende med at komme til at ligge i venteposition på et hospital i Region Nordjylland.

Hvis patienten overflyttes til Neuroenhed Nord Brønderslev, eller anden hospitalsafdeling i RN, skal patienten overflyttes indenfor 7 dage efter, at Hammel har meldt patienten klar dertil.

Særligt vedrørende:

- **Værgemålsansøgninger** gælder, at Hammel medvirker til iværksættelse af ansøgning om værgemål, hvis det skønnes relevant.
- **Fribefordring** gælder, at RN afgør om patienten er berettiget til fribefordring ved udskrivelse fra Sygehus. Fribefordring gælder transport fra udskrivende afdeling til borgers hjem (eller midlertidige ophold eksempelvis på et specialiseret døgnrehabiliteringstilbud). RVN bestiller transport og giver modtagende part ((enten modtagende hospitalets afdeling, eller kommune), samt Hammel besked herom. RN afholder udgiften til transport.
- **Hjælpemidler** gælder, at udskrivende afdeling – i denne sammenhæng Hammel – angiver behov for hjælpemidler. For nærmere beskrivelse af ansvar i relation til behandlingsredskaber eller hjælpemidler henvises til: [”Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet”](#) samt til [Samarbejdsaftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler](#). (LINK)

Alle forløb – koordinering under indlæggelse på Hammel

Aktivitet	Regionshospital Hammel Neurocenter	Kommunerne
Ved indlæggelse	<p>Efter modtagelse af en patient på RHN, og efter at patienten har givet samtykke hertil, sender RHN en orienteringsskrivelse (korrespondancemeddelelse) til hjemkommunen og RVN.</p> <p>Oplysninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten er indlagt til rehabilitering på Hammel • Kontaktoplysninger på socialrådgiver på Hammel 	<p>Internt i kommunerne formidles til det kommunale kontaktpunkt.</p>
Løbende dialog	<p>Ca. hver 14 dag sendes et lægenotat, konferencenotat og patientscore (FIM, ERA, RLAS) til hjemkommune via RVN.</p> <p>Evt. med bemærkninger fra RVN, med henblik på fælles koordinering og planlægning mellem RN og kommune</p>	<p>Kommunen/myndighed tager stilling til evt. inddragelse af fase III tilbud, hvor faglig koordinering vurderes hensigtsmæssig for forløbet. Opmærksomhed på faglig vidensdeling også ved overgang til specialiseret fase III tilbud.</p>
Før færdigmelding fra Hammel	<p>Ca. 14 dage før forventet udskrivelse sender Hammel en foreløbig PFP til både hjemkommunen og RVN.</p> <p>Ved relevans er det angivet, hvilke hjælpemidler patienten har brug for.</p> <p>Oplysninger om forventninger til det videre forløb:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fra Hammel til Brønderslev, RN 2. Fra Hammel til sygehusregi i RN til videre vurdering og behandling 3. Fra Hammel til sygehusregi i RN i ventetid til kommunalt tilbud 4. Fra Hammel til direkte udskrivelse til kommunalt tilbud. 	<p>Relevant kommunal repræsentant (i udgangspunktet hjerneskadekoordinator) fortsætter forberedelse af tilbud og indsatser ved udskrivelse. Kommunen tager stilling til direkte koordinering "fagperson – fagperson"</p>

Aktivitet	Regionshospital Hammel Neurocenter	Kommunerne
<p>Ved udskrivelse/hjemtagelse til Nordjylland</p>	<p>Ved udskrivelse sendes en endelig PFP og udskrivningsstatus til RVN og hjemkommunen.</p> <p>Hvis patienten overflyttes til et kommunalt tilbud, og hvis RHN har overholdt aftalerne om at sende Plejeforløbsplan min. 14 dage før udskrivelse, skal patienten kunne modtages den dag patienten er meldt klar til udskrivelse. Overflytning direkte til Fase 3 tilbud skal ikke forlænge indlæggelsen på RHN.</p> <p>Hvis patienten overflyttes til Neuroenhed Nord Brønderslev, eller anden sygehusafdeling i RN, skal patienten overflyttes indenfor 7 dage efter, at RHN har meldt patienten klar dertil.</p>	<p>Kvitterer for modtagelse og angiver forventninger til videre koordinering i forløb.</p> <p>Der hvor kommunen har ansvar for at sikre de nødvendige foranstaltninger ift. hjælpemidler og behandlingsredskaber iværksættes nødvendige forberedelser.</p>

Koordinering af forløb 1- 4 efter udskrivelse fra Hammel

<p>Ad 1) Overflytning til NNB</p>	<p>Disse forløb følger Samarbejdsmodellen for patientforløb med udskrivelse fra NNB indgået mellem RN og de nordjyske kommuner. NNB udarbejder GOP ved udskrivelse. Målgruppen til videre rehabilitering på NNB:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjerneskade af betydelig (middelsvær/svær) kompleksitet • Behov for en individuel tilrettelagt rehabiliteringsindsats rettet mod primært bevægelsesmæssig, kognitive, sansemæssige og kommunikative funktionsnedsættelser • Behov for en rehabiliteringsindsats med høj intensitet i dagstid, som varetages af et interdisciplinært team med neuropsykologisk bistand • Plejebehovet er ofte betydeligt. 	<p>Afventer invitation til status/udskrivningsmøde og fortsætter forberedelse af udskrivelse i overensstemmelse med aftaler om forløb forud for overflytning til Brønderslev, RN.</p>
<p>Ad 2) Overflytning til vurdering og behandling på afdeling, RN</p>	<p>Udskrivende afdeling udarbejder GOP ved udskrivelse.</p>	<p>Kommunen afventer dialog med udskrivende afdeling jf. aftaler om samarbejde ved udskrivelse fra hovedfunktion</p>

<p>Ad 3) Direkte udskrivelse fra Hammel til kommunalt tilbud</p>	<p>Målgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientens helbredstilstand er stabil og fri for lidelser, som kræver hospitaliseret behandling. • Patienten har enten et rehabiliteringspotentiale, hvor der forventes et langstrakt forløb, eller stort set intet rehabiliteringspotentiale. <p>Når Hammel vurderer, at patienten kan udskrives direkte til kommunalt tilbud, indgås aftale herom mellem RVN og kommune.</p> <p>RVN formidler til Hammel, hvis patienten skal udskrives direkte til et kommunalt fase III-tilbud.</p> <p>De praktiske forhold er i udgangspunktet afklaret under forløbet på Hammel.</p> <p>Øvrige praktiske forhold i forbindelse med overflytningen aftales mellem RVN og kommune, med RVN, som koordinerende led til Hammel.</p> <p>Hammel udarbejder genoptræningsplan til genoptræning på relevant niveau.</p> <p>For patienter berettiget til fritransport bestiller RVN transport til kommunalt tilbud, herunder evt. specialiseret fase III-tilbud. RVN og giver modtagende part (patient og pårørende) samt Hammel besked herom.</p>	<p>Kommuner foretager sagsbehandling i forhold til borgeren efter udskrivelse. Kommunen har ansvar for at sikre koordinering og aftaler med det specialiserede fase III-tilbud. Kommunen forholder sig til værgemålssager og praksis ved ventetid jævnfør gældende lovgivning.</p>
<p>Ad 4) 4.Fra – Hammel til sygehusregi i RN i ventetid til kommunalt tilbud</p>	<p>Når Hammel vurderer, at der ikke er behov for videre forløb i hospitalsregi og patienten kan udskrives direkte til kommunalt tilbud, men der IKKE kan indgås aftale herom ved udskrivningstidspunktet mellem RVN og kommune, vil patienten blive overflyttet til anden afdeling i RN.</p> <p>Herfra varetages udskrivelsen.</p>	<p>Kommunen arbejder videre med klargøring af tilbud ud fra den vidensdeling, der har fundet sted under indlæggelse i Hammel</p>

Opfølgning og evaluering af samarbejdet: Det er aftalt mellem RN og kommunerne, at opfølgning og evaluering, skal ske gennem et årligt møde mellem RN og kommunerne forud for Hammel-mødet. Opfølgningen sker som punkt på møde i Hjerneskadekoordinator-netværket, hvor kommunernes hjerneskadekoordinatorer vil have mulighed for at komme med input og erfaringer fra arbejdet med aftalen. I et sådant forum vil der kunne sikres opfølgning på, om der er den nødvendige vidensdeling og koordinering tværsektorielt (herunder ift. ovenstående aftale).

Sidst redigeret 30. maj 2023

Samarbejdsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade

Bilag 2

Samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde på hjerneskadeområdet omkring patienter der udskrives fra **Regionsfunktionsniveau** på Neuroenhed Nord i Brønderslev

Indledning

Dette dokument beskriver det tværsektorielle samarbejde i forhold til de patienter, der udskrives fra regionsfunktionsniveau på Neuroenhed Nord i Brønderslev, herunder indholdet i den tværsektorielle kommunikation og de tilhørende tidspunkter i forløbet.

Mål

Målet er at understøtte sammenhængende, velkoordinerede og helhedsorienterede tværfaglige og tværsektorielle rehabiliteringsforløb for patienter/borgere i forbindelse med deres udskrivelse fra regionsfunktionsniveau på Neuroenhed Nord i Brønderslev.

Dette skal ske ved at skabe sammenhæng i patientens/borgerens rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer, dels ved en styrket kommunikation/dialog – både på tværs af sektorer og internt i kommunerne samt transfer af viden mellem Neuroenhed Nord Brønderslev (NNB) og kommunerne.

Målgruppen for indsatsen

Patienter/borgere, som er indlagt på og udskrives fra regionsfunktionsniveau på Neuroenhed Nord i Brønderslev.

Rammer for afholdelse af tværsektorielle møder

Kommunerne inviteres som udgangspunkt til alle møder fra og med anden samtale om mål og plan og efterfølgende. Hvis den første samtale har karakter af en udskrivningssamtale, så inviteres kommunen til denne samtale. Det noteres i Plejeforløbsplanen, at de relevante kommunale aktører inviteres til samtalen.

Det er hjemkommunen selv, der koordinerer fordeling af relevant materiale og invitation(er) til deltagelse i møderne til de øvrige relevante kommunale aktører.

Møderne kan afholdes som fysiske møder eller som videomøder. NNB vurderer i forbindelse med invitation til et møde, hvad der vil være mest hensigtsmæssigt af hensyn til særlig patient og pårørende.

I forhold til afholdelse af før- eller eftermøder, så kan kommunen bede om afholdelse af disse, hvis det ikke er nævnt i mødeinvitationen.

I opdaterede plejeforløbsplaner (PFP) skal opdatering være markeret med dato, så det tydeligt fremgår, hvad der er nyt i forhold til tidligere fremsendt PFP.

Opfølgning på implementering af samarbejdsmodellen

Opfølgning på denne samarbejdsmodel skal ses i sammenhæng med den overordnede opfølgning på den samlede samarbejdsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade, som er beskrevet i hoveddokumentet. Der er i hoveddokumentet beskrevet målsætning for regionsfunktionsniveau, og hvem der er ansvarlig for at der sker opfølgning / evaluering.

Ofte brugte forkortelser:

NNB:	Neuroenhed Nord Brønderslev
PFP:	Plejeforløbsplan
GOP:	Genoptræningsplan/Rehabiliteringsplan
KOR:	Korrespondancemeddelelse

Forløbsbeskrivelse

Aktivitet	Handlinger/kommunikation
Overflytning til NNB	➤ Patient/Borger indlægges/overflyttes til NNB
Kommunikation om udvidet koordinering og dato for kommunens deltagelse i samtale om mål og plan (PFP)	➤ Inden 48 timer efter overflytning orienterer NNB, via plejeforløbsplan kommunen om, at patienten er indlagt på NNB, og at der snart kommer en dato for kommunens deltagelse i en samtale om mål og plan (den anden samtale). ➤ Efter første samtale om mål og plan (internt møde på NNB med patient og pårørende 5-10 dage efter indlæggelse) sendes besked til kommunen med dato for andet møde om mål og plan, hvor relevante aktører fra kommunen inviteres til at deltage. ➤ Kommunen kvitterer for indkaldelsen, og bekræfter tidspunkt for samtale om mål og plan. Kommunen koordinerer internt mht. hvem der i øvrigt skal have PFP, og hvem der ellers skal inviteres til mødet. ➤ Kommunen informerer NNB om, hvem der deltager i samtalen

Aktivitet	Handlinger/kommunikation
<p>Statusbeskrivelse forud for anden samtale om mål og plan, som patient, pårørende og kommune deltager i</p>	<p>➤ Senest 7 dage før samtale om mål og plan sender NNB en tværfaglig statusbeskrivelse til relevante aktører i kommunen via Plejeforløbsplanen . Statusbeskrivelsen vil være placeret i det skrivefelt der er benævnt "Forventet indlæggelsesforløb".</p> <p>Informationer der videregives i den tværfaglige statusbeskrivelse til det andet møde og evt. efterfølgende møder om mål og plan, hvor patient og pårørende deltager</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alder • Sygdomshistorie og forløb, herunder; <ul style="list-style-type: none"> - Skadestidspunkt - Skadens placering og type - Scanningsbeskrivelse • Funktionsniveau – fysisk, psykisk og socialt. • Foreløbige forventninger til forløbet, herunder; <ul style="list-style-type: none"> - Præsentation af mål - Konklusioner på test(s) (FIM, AMPS fx) - Om mødet forventes at have karakter af et udskrivningsmøde. • Sociale oplysninger <ul style="list-style-type: none"> - Jobsituation, - Forsørgelsesgrundlag, - Netværk, - Interesser, - Evt. misbrug, andre sygdomme (både somatiske og psykiatriske) - Tidligere apopleksier/stroke

Aktivitet	Handlinger/kommunikation
<p>Anden samtale om mål og plan - tværsektoriel deltagelse</p>	<p>Ca. 4 uger efter overflytning til NNB afholdes anden samtale om mål og plan med kommunal deltagelse. Ved kortere indlæggelser kan samtalen afholdes tidligere og have karakter af udskrivningssamtale.</p> <p>Formål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afklare patientens/borgerens behov og aktuelle ressourcer • Præsentere borgercentrerede målsætninger og faglige delmål i NNB-teamets behandlingsplan • Påbegynde plan for indsatser efter udskrivelse i samarbejde mellem borger/pårørende, teamet fra NNB og relevante kommunale aktører. <p>Deltagere på mødet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patient / borger, pårørende. ➤ Teamet fra NNB. ➤ Kommunal Hjerneskadekoordinator og evt. evt. andre relevante aktører fra kommunen (myndighed eller udfører). <p>Ordstyrer fra NNB</p> <p>Der laves et referat målrettet borger/pårørende, som deles med de kommunale aktører via PFP, heri vil også fremgå dato for næste samtale. Deltagerne er som udgangspunkt forpligtet til selv at indhente evt. yderligere informationer, der er relevante for det videre arbejde i egen organisering.</p>
<p>Anden samtale om mål og plan - tværsektoriel deltagelse For- eller eftermøde</p>	<p>I forbindelse med samtalen om mål og plan kan der afholdes for- eller eftermøde uden deltagelse af patient/borger og pårørende (som informeres om dette).</p> <p>Formøder er særligt relevante i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situationer hvor man er tæt på udskrivelse, og der derfor skal være særlig opmærksomhed på tæt afstemning af planlægning • Når der er situationer med behov for særlig tæt koordination. Det kan være begrundet i patientens adfærd, som manglende indsigt eller særlig krævende situation (familiære belastning/ børn/syg ægtefælle/meget krisepreget/dobbelt diagnoser mv.). <p>Eftermøder er betydningsfulde, når:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der på mødet opstår uforudsete hændelser og der opstår behov for debriefing. • Når koordinations- og opsamlingsbehovet er særlig stort • På eftermødet uddybes faglige forklaringer og vinkler perspektiveres

Aktivitet	Handlinger/kommunikation
<p>Dialog og koordinering mellem evt. efterfølgende samtaler om mål og plan samt udskrivesamtalen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kommunen koordinerer sagen internt og påbegynder planlægningen af næste faglige delmål i relation til den langsigtede borgercentrerede målsætning ➤ Der er løbende dialog i forløbene, og der orienteres tværsektorielt ved væsentlige ændringer, der har betydning for det samlede forløb. Kommunikationen sker via PFP og/eller telefonisk. ➤ Aftaler om weekendbesøg og hjælpemidler er uændret, men tænkes ind i det samlede rehabiliteringsforløb <p>Kommunen indkaldes til evt. øvrige samtaler om mål og plan og til udskrivesamtale senest 7 dage før disse finder sted.</p>
<p>Udskrivesamtale</p>	<p>Formål:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Opfølgning og status for faglige delmål i relation til den borgercentrerede langsigtede målsætning ➤ Gøre status for patientens/borgerens funktionsniveau, rehabiliteringsbehov og aktuelle ressourcer ➤ Dato for udskrivning aftales ➤ Præsentation af plan for indsats i kommunalt regi ➤ Der laves eventuelt plan for overlevering til udfører (pleje/terapeuter med flere) ➤ Hvis hospitalet har benyttet ”blød sele” under indlæggelsen informeres det videre i forhold til at kommunen skal indhente tilladelse til magtanvendelse. <p>Ved udskrivelse udarbejdes en GOP. Vejledning for indholdet i genoptræningsplaner findes på Sundheds- og ældreministeriets hjemmeside – se dette link.</p> <p>Deltagere på mødet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patient / borger, pårørende. ➤ Teamet fra NNB. ➤ Kommunens Hjerneskadekoordinator og evt. andre relevante aktører fra kommunen (myndighed eller udfører). <p>Ordstyrer fra NNB</p>

Aktivitet	Handlinger/kommunikation
Udskrivelsessamtale For- eller eftermøde	<p>I forbindelse med udskrivelsessamtalen kan der afholdes for- eller eftermøde uden deltagelse af patient/borger og pårørende (som informeres om dette).</p> <p>Formøder er særligt relevante i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situationer hvor man er tæt på udskrivelse, og der derfor skal være særlig opmærksomhed på tæt afstemning af planlægning. • Når der er situationer med behov for særlig tæt koordination. Det kan være begrundet i patientens adfærd, som manglende indsigt eller særlig krævende situation (familiære belastning/ børn/syg ægtefælle/meget krisepreget/dobbelt diagnoser mv.). <p>Eftermøder er betydningsfulde, når:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der på mødet opstår uforudsete hændelser og der opstår behov for debriefing. • Når koordinations- og opsamlingsbehovet er særlig stort • På eftermødet uddybes faglige forklaringer og vinkler perspektiveres

Sidst revideret 30. maj 2023

Samarbejdsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade

Bilag 3

Samarbejdsmodel for patienter der udskrives fra **hovedfunktionsniveau** på Neuroenhed Nord i Frederikshavn eller Aalborg Universitetshospital i Thisted

Indledning

Dette dokument er en del af samarbejdsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade, og det beskriver det tværsektorielle samarbejde i forhold til patienter der udskrives fra hovedfunktionsniveau på enten Neuroenhed Nord i Frederikshavn eller Aalborg Universitetshospital i Thisted.

Mål

Målet er at understøtte sammenhængende, velkoordinerede og helhedsorienterede tværfaglige og tværsektorielle rehabiliteringsforløb for patienter/borgere i forbindelse med deres udskrivelse fra hovedfunktionsniveau på Neuroenhed Nord i Frederikshavn eller Aalborg Universitetshospital i Thisted. Dette skal ske ved at skabe sammenhæng i patientens/borgerens rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer, dels ved en styrket kommunikation/dialog – både på tværs af sektorer og internt i kommunerne samt transfer af viden mellem hovedfunktionsniveauet og kommunerne.

Målgruppen for indsatsen

Patienter/borgere, som er indlagt på og udskrives fra hovedfunktionsniveau på Neuroenhed Nord i Frederikshavn eller Aalborg Universitetshospital i Thisted.

Rammer for afholdelse af tværsektorielle samtaler / møder

- Kommunerne inviteres i udgangspunktet til alle møder på hovedfunktionsniveauet.
- Møder kan foregå via video eller med fremmøde.
- Hospitalet vurderer, hvilken mødeform der vil være bedst egnet i forhold til patient og pårørende. Kommunen kan bede om en uddybende dialog i forhold til vurderingen.
- Inden møder om mål og plan / statusmøde eller udskrivningsmøde fremsendes en opdateret PFP fra hospitalet.

- I opdaterede plejeforløbsplaner (PFP) skal opdatering være markeret med dato, så det tydeligt fremgår, hvad der er nyt i forhold til tidligere fremsendt PFP.

Ofte brugte forkortelser

NNF:	Neuroenhed Nord Frederikshavn
AAUH i Thisted	Aalborg Universitetshospital i Thisted
PFP:	Plejeforløbsplan
GOP:	Genoptræningsplan/Rehabiliteringsplan

Forløbsbeskrivelse

Aktivitet	Handlinger/kommunikation
Indlæggelse på hovedfunktionsniveau, Neuroenhed Nord i Frederikshavn eller Aalborg Universitetshospital i Thisted	➤ Patient/Borger indlægges/overflyttes til NNF eller AAUH i Thisted
Kommunikation om udvidet koordinering og dato for kommunens deltagelse i samtale om mål og plan / statusmøde	➤ Inden 48 timer efter overflytning orienterer hospitalet, via plejeforløbsplan kommunen om, at patienten er indlagt på NNF eller AAUH i Thisted. ➤ På PFP påtegnes hjerneskadekoordinator som modtager.

Aktivitet	Handlinger/kommunikation
<p>Statusbeskrivelse forud for samtale om mål og plan / statusmøde, som patient, pårørende og kommune deltager i</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ I forbindelse med indkaldelse til samtale om mål og plan / statusmøde sendes en opdateret PFP til kommunen. ➤ Kommunen kvitterer for indkaldelsen, og bekræfter tidspunkt for samtale om mål og plan. Kommunen koordinerer internt mht. hvem der i øvrigt skal have PFP, og hvem der ellers skal inviteres til mødet. ➤ Kommunen informerer via PFP NNF / AAUH i Thisted om, hvem der deltager i samtalen <p>Inden mødet er følgende i videst muligt omfang afklaret og kommunikeret til kommunen:</p> <p>Alder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygdomshistorie og forløb, herunder; <ul style="list-style-type: none"> - Skadestidspunkt - Skadens placering og type - Scanningsbeskrivelse • Funktionsniveau – fysisk, psykisk og socialt. • Foreløbige forventninger til forløbet, herunder; <ul style="list-style-type: none"> - Præsentation af mål - Konklusioner på test(s) (FIM, AMPS fx) - Om mødet forventes at have karakter af et udskrivningsmøde. • Sociale oplysninger <ul style="list-style-type: none"> - Jobsituation, - Forsørgelsesgrundlag, - Netværk, - Interesser, - Evt. misbrug, andre sygdomme (både somatiske og psykiatriske) - Tidligere apopleksi/stroke
<p>Samtale om mål og plan / statusmøde</p>	<p>Formål</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afklare patientens/borgerens behov og aktuelle ressourcer. • Præsentere borgercentrerede målsætninger og faglige delmål i den lagte behandlingsplan. • Påbegynde plan for indsatser efter udskrivelse i samarbejde mellem borger/pårørende, relevant aktører fra hhv. hospitalet og kommunale repræsentanter. <p>Deltagere på mødet</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patient/borger, pårørende. ➤ Repræsentant(er) fra hospitalet. ➤ Relevant(e) aktør(er) fra kommunen <p>Der udarbejdes en dagsorden forud for mødet, og det aftales ligeledes på forhånd, hvem der er henholdsvis ordstyrer og referent.</p>

Aktivitet	Handlinger/kommunikation
Udskrivningssamtale / møde	<p>Indkaldelse til udskrivningssamtale skal ske med mindst 3 dages varsel – i modsat fald kan kommunen ikke garantere deres deltagelse i samtalen</p> <p>Formål</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Opfølgning og status for faglige delmål i relation til den borgercentrerede langsigtede målsætning ➤ Gøre status for patientens/borgerens funktionsniveau, rehabiliteringsbehov og aktuelle ressourcer ➤ Dato for udskrivning aftales ➤ Præsentation af plan for indsats i kommunalt regi ➤ Der laves eventuelt plan for direkte overlevering til kommunal udfører (pleje/terapeuter med flere) ➤ Hvis hospitalet har benyttet "blød sele" under indlæggelsen informeres det videre i forhold til at kommunen skal indhente tilladelse til magtanvendelse. <p>Deltagere på mødet</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patient/borger, pårørende. ➤ Repræsentant(er) fra hospitalet. ➤ Relevant(e) aktør(er) fra kommunen <p>Der udarbejdes en dagsorden forud for mødet, og det aftales ligeledes på forhånd, hvem der er henholdsvis ordstyrer og referent.</p> <p>I nær tilknytning til udskrivelse kan kommunen kontakte hospitalet, hvis der er behov for yderligere afklaring af særlige områder.</p>
Hvis der udarbejdes GOP ved udskrivning	<p>Borger kan udskrives med eller uden en GOP. Følgende medtages i GOP ved udskrivning;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beskrivelse af træningsindsats under indlæggelse - Beskrivelse af borgerens motivation for rehabilitering/træning - Evt. testsvar medtages - Scanningsbeskrivelse - Hvis der er kendskab til at patienten har kørselsforbud, noteres dette. - Kognitive vanskeligheder beskrives i GOP, og herunder også en neuropsykologisk vurdering, hvis den findes.

Neuropsykologisk vurdering

I rehabiliteringsforløb på hovedfunktionsniveau indgår neuropsykologisk deltagelse som en ad hoc funktion efter behov, og i det omfang der er ressourcer til det. Ofte vil det være ergoterapeuter der udreder og beskriver kognitive vanskeligheder, og det kan være i samråd med neuropsykolog.

Neuropsykologisk vurdering vil altid være med et rehabiliterende perspektiv.

Ønskes der på et senere tidspunkt i forløbet en neuropsykologisk vurdering med et erhvervsrettet perspektiv, så er det kommunens opgave forestå og betale for denne udredning.

Sidst revideret 30. maj 2023

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.

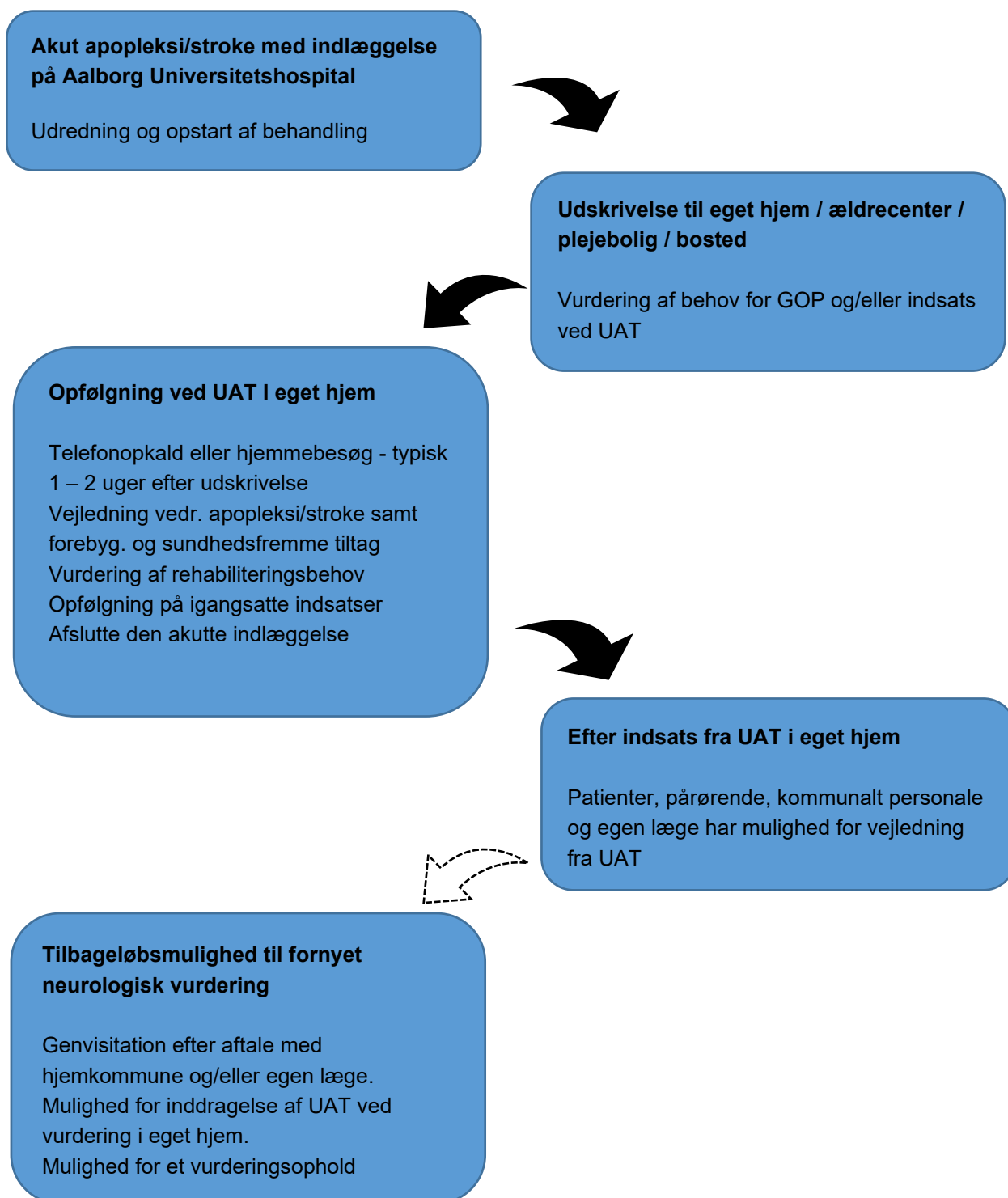
Målgruppen kan inddeles i følgende kategorier, som karakteriserer deres behov:

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

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 henvisning 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 henvisning.

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

Samarbejdsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade

Bilag 5

Tværasektorielt samarbejde omkring patienter der henvises til Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade

Tværasektorielt samarbejde omkring patienter der henvises til Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade

Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade er et ambulatorium under Neurologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital. Ambulatoriet har til formål at sikre en ambulant, tværfaglig opfølgning til **unge mellem 15 og 30 år**, som har haft et hovedtraume eller sygdom, der har påvirket hjernens funktion.

Ambulatoriet forestår ikke rehabilitering af målgruppen, men henviser, efter udredning til genoptrænings-/rehabiliteringstilbud, hvis det vurderes relevant.

Beskrivelse af målgruppen

Unge mellem 15 og 30 år, som har haft et hovedtraume eller sygdom, der kan påvirke hjernens funktion og oplever vanskeligheder i relation dertil. Det gælder også skader, der måtte være opstået før 15 års alderen.

Ambulatoriet modtager ikke patienter med commotio cerebri, TCI og skader der er sket indtil 28 dage efter fødslen.

Henvi sning til Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade

Patienterne kan henvises fra hospitalsafdelinger, egen læge, eller speciallæge. Henvi sningen bør indeholde henvisningsdiagnose, skadestidspunkt, evt. indlæggelsesafdeling, beskrivelse af funktionsniveau samt evt. genoptræningstiltag. Ifm. henvi sningen anbefales det, at der indhentes og medsendes samtykke til, at Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade må udveksle relevante oplysninger med kommunen, samt eventuelle genoptræningssteder mhp. at optimere det tværasektorielle samarbejde.

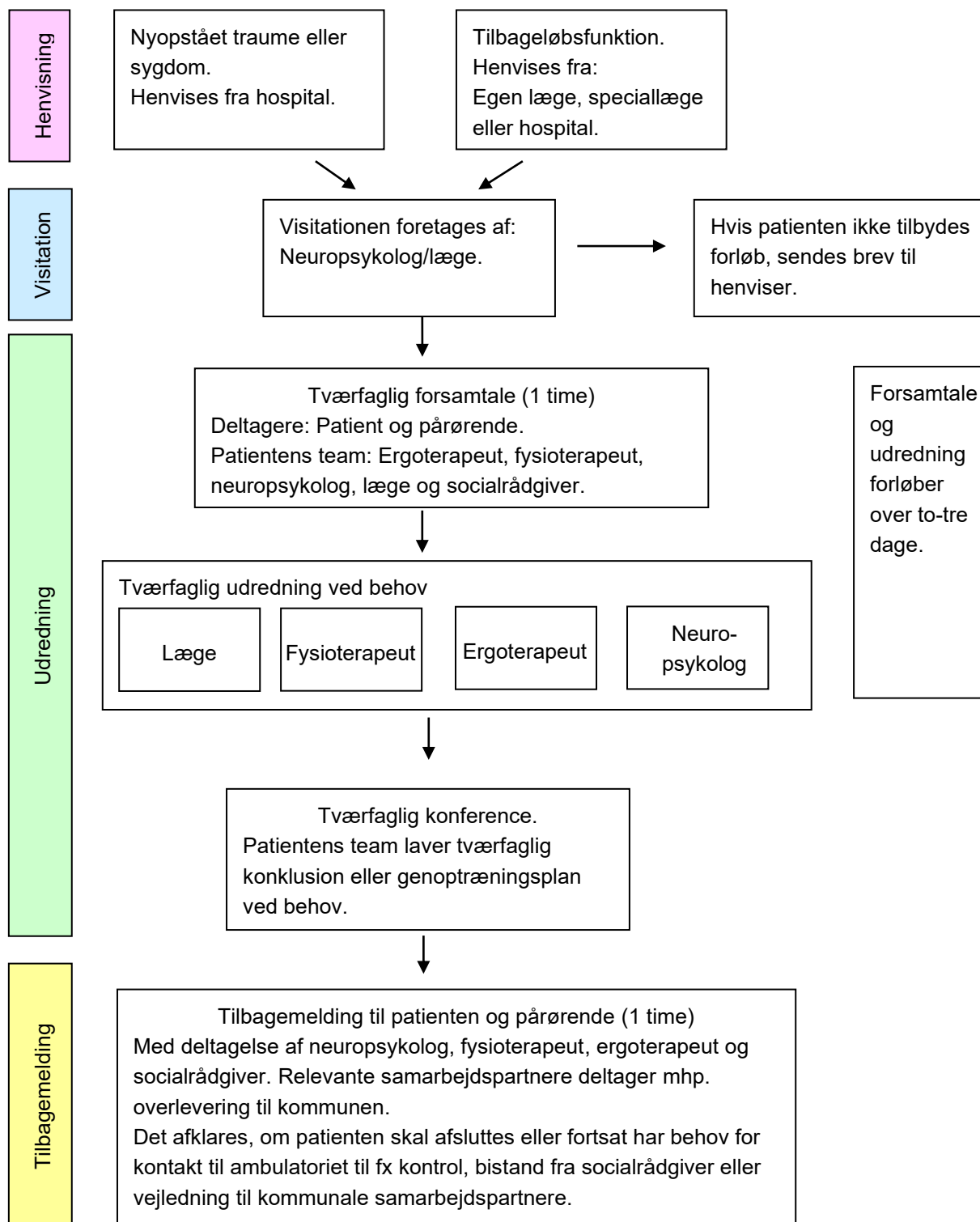
Beskrivelse af patientforløb i Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade

Når patienten er visiteret til et forløb i Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade, forsøges samtykke til tværasektorielt samarbejde indhentet, såfremt det ikke allerede foreligger.

Når patienten har givet samtykke, adviserer Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade den kommunale hjerneskadekoordinator om den borger, som indkaldes til forsamtale og evt. udredningsforløb i ambulatoriet. **Adviseringen sker snarest muligt og senest mandag i udredningsugen.** Patientens personlige oplysninger og dato for tilbagemeldingsmøde videregives, og der indhentes evt. relevante sagsakter fra kommunen og oplysninger om tidligere eller igangværende genoptræning/rehabilitering.

Et patientforløb i Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade kan overordnet beskrives ud fra nedenstående figur.

Patientforløb Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade



Patientforløbene i Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade er planlagt som **intensive forløb**, hvor udredningen strækker sig over en uge.

Forløbet indledes om mandagen med en forsamtale med patient og pårørende og afsluttes fredag i samme uge med et tilbagemeldingsmøde. Udover patient, pårørende og ambulatoriets personale indkaldes relevante samarbejdspartnere fra hjemkommunen til tilbagemeldingen.

Udredningen munder ud i en samlet tilbagemelding til den unge og dennes pårørende med en vurdering af, om den unge har et rehabiliteringsbehov og/eller har behov for andre indsatser. Der udarbejdes en tværfaglig konklusion med beskrivelse af funktionsniveau og behov for indsatser. Såfremt det vurderes nødvendigt, udarbejdes der en genoptræningsplan. Ambulatoriet har desuden, i samråd med den regionale visitation, mulighed for at henvise til rehabiliterings- eller vurderingsophold under indlæggelse, dette er dog sjældent aktuelt.

Opfølgning og mulighed for kontakt

I forbindelse med tilbagemeldingsmødet afklares det, om patienten skal afsluttes, eller fortsat har behov for kontakt til ambulatoriet – det kan fx være kontrol, bistand fra socialrådgiver eller vejledning til kommunale samarbejdspartnere.

Når patienten er afsluttet fra ambulatoriet, er det egen læge og evt. kommunen, der er tovholder(e) og koordinerende på det videre forløb. Egen læge har mulighed for at genhenvise en borger til ambulatoriet, hvis der opstår behov for yderligere udredning mhp. afklaring af evt. nye rehabiliteringsbehov.

I de tilfælde, hvor der er behov for opfølgning, ringer ambulatoriet til patienten eller evt. dennes pårørende, det sker typisk 3 til 6 måneder efter afslutningen på udredningen.

Telefonrådgivning

Der er mulighed for at kontakte ambulatoriet, idet der er en åben telefonrådgivning (uden tilknytning af cpr.) for patienter, pårørende og sundhedsfaglige. Nummeret er 97662207 (man.-fre. 9-14).

Patienter der efter udredning henvises til rehabilitering på specialiseret niveau

Særligt i forhold til de patienter som efter udredning bliver henvist til rehabilitering på specialiseret niveau, er det vigtigt, at kommunen inddrages i god tid. Der er derfor aftalt følgende forløb for det tværsektorielle samarbejde i disse tilfælde:

Advisering

Når det vurderes, at der er behov for rehabilitering på specialiseret niveau, kontaktes hjerneskadekoordinator hurtigst muligt og senest torsdag i udredningsugen. Den kommunale hjerneskadekoordinator adviserer ved behov øvrige relevante kommunale samarbejdspartnere om dato for tilbagemeldingsmødet mhp. mulig deltagelse.

Tilbagemeldingsmøde

Fredag i udredningsugen afholdes der tilbagemeldingsmøde med patienten og dennes pårørende. Der udleveres ikke det endelige slutprodukt i form af genoptræningsplanen til **rehabilitering på specialiseret niveau**. I stedet har mødet til formål at give patienten en tilbage melding med en tværfaglig konklusion på udredningsforløbet samt at videreformidle en overordnet vurdering af patientens rehabiliteringsbehov og potentiale. Der indhentes ved dette møde samtykke fra patienten til planlægning af det videre tværsektorielle samarbejde og udarbejdelse af genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Desuden er målet at skabe tidlig kontakt mellem patienten og de kommunale kontaktpersoner, og at de kommunale kontaktpersoner bliver bekendt med patientens sygdomsforløb og udredning i ambulatoriet forud for udarbejdelse af genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau.

Tværasektorielt samarbejds møde

Efter tilbage meldingsmødet planlægger Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade et tværasektorielt samarbejds møde med indkaldelse af relevante kommunale samarbejdspartnere. Her drøftes patientens rehabiliteringsbehov samt hvilke rehabiliteringstilbud, der kan varetage disse. **Der sigtes mod, at mødet afholdes indenfor 14 dage efter tilbage meldingsmødet.** Efter samarbejds mødet færdiggøres genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau., og den sendes denne hurtigst muligt, og senest inden for en uge.

Sidst redigeret 30. maj 2023

Bilag 6

Beskrivelse af situationer hvor borgere har mulighed for en revurdering af deres rehabiliteringspotentiale- og behov.

Målgruppe

Voksne borgere med hjerneskade **efter** udskrivelse fra enten neurofaglig afdeling (neurologiske eller neurokirurgiske afdelinger) eller ikke-neurofaglige afdelinger.

Visitation til neurorehabilitering under indlæggelse eller Vurderingsophold foregår altid via den Regionale Visitation for Neurorehabilitering (RVN) (<https://pri.rn.dk/Sider/25574.aspx>)

Beskrivelse af vurderingsophold på Neuroenhed Nord findes [her](#).

1. Patienter udskrevet fra Strokeafsnit 60 med opfølgning ved det Udgående Apopleksi Team (UAT)

Hvis UAT finder, at der efter vurdering i hjemmet, er behov for neurorehabilitering under indlæggelse konfereres med UAT-læge vedrørende det relevante niveau for et Neurorehabiliterings forløb. Herefter kontaktes RVN med henblik på snarlig visitation til rette Neurorehabiliterings enhed.

2. Patienter udskrevet fra Strokeafsnit 60 og vurderet uden potentiale for neurorehabilitering under indlæggelse – trods egentligt behov herfor.

Patienten er udskrevet med eller uden GOP til kommunalt regi – fx til plejehjem. Kommunen (via typisk Hjerneskadekoordinator) eller egen læge kontakter RVN med oplysning om, at man ved de kommunale aktører finder, at patienten har opnået højere grad af potentiale som forudsætning for et eventuelt rehabiliterings forløb under indlæggelse. RVN kontakter læge fra Apopleksi/Strokeafsnit 60, og vurderer, om der er indikation for at udsende UAT til revurdering af patienten i eget hjem, med henblik på, om der aktuelt er et potentiale for et Neurorehabiliterings forløb under indlæggelse.

- a. Finder UAT et potentiale og behov for et egentligt Neurorehabiliterings forløb under indlæggelse, kontakter de RVN med henblik på visitation og snarlig indlæggelse på Neurorehabiliterings enhed.
- b. Finder UAT et *muligt* potentiale og behov for et egentligt Neurorehabiliterings forløb under indlæggelse, kontaktes RVN med henblik på visitering til et "Vurderingsophold" på en af Regionens Neurorehabiliterings enheder.

3. Patienten er udskrevet fra en af Regionens Neurorehabiliteringsenheder efter Apopleksi/Stroke eller efter anden erhvervet hjerneskade

Hvor et ændret rehabiliteringspotentiale- eller behov hos patienten i forhold til *følgenvirkninger efter Apopleksi/Stroke eller anden erhvervet hjerneskade*, udløser en kontakt fra enten kommunal hjerneskadekoordinator eller egen læge til RVN om mulighed for revurdering i forhold til et fornyet neurorehabiliteringstilbud under indlæggelse. Her vil RVN enten anmode UAT (ved Apopleksi/Stroke-pt.) om at hjælpe med fornyet vurdering hos patienten i eget hjem, eller anmode om status fra de kommunale aktører (der kender patienten) i forhold til det ændrede rehabiliteringspotentiale/behov. Kan et fokuseret behov herigennem beskrives, kan læge fra RVN indstille til et "Vurderingsophold" på en af Regionens Neurorehabiliterings enheder. Lægen udarbejder et skriftligt oplæg til dette "Vurderingsophold". Patienten vil efterfølgende få en skriftlig (e-Boks) indkaldelse til Vurderingsopholdet.

4. Patienten er udskrevet fra anden afdeling end Stroke afsnit efter erhvervet hjerneskade, **som ikke er apopleksi/stroke**

Hvor et ændret rehabiliteringspotentiale- eller behov hos patienten i forhold til følger virkninger efter hjerneskaden efterfølgende udløser kontakt fra enten hjerneskadekoordinator eller egen læge til RVN om mulighed for revurdering i forhold til et Neurorehabiliterings tilbud under indlæggelse. Her vil RVN anmode om status fra de kommunale aktører (der kender patienten) i forhold til det ændrede rehabiliteringspotentiale/behov. Kan et fokuseret behov herigennem beskrives kan RVN sammen med læge fra RVN indstille til et "Vurderingsophold" på en af Regionens Neurorehabiliterings enheder. Lægen udarbejder et skriftligt oplæg til dette "Vurderingsophold". Patienten vil efterfølgende få en skriftlig (e-Boks) indkaldelse til Vurderingsopholdet.

Sidste redigeret 30. maj 2023