

Samarbejdsaftale om voksne med erhvervet hjerneskode

Proces: Revideret september 2020

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftale om		
voksne med erhvervet hjerneskade		
Dato	Arbejdsgruppens sammensætning	
Besluttet i SKU	Opfølgning på aftalen	
Dato	Hvilken ændring er foretaget på hvilket beslutningsgrundlag	Udarbejdet af

Indledning

Samarbejdsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade er en del af Sundhedsaftalen i Region Nordjylland. Aftalen er placeret i Den Tværsektorielle Grundaftale under området genoptræning og rehabilitering.

Der er tale om en revideret udgave af den første aftale, som 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 et rehabiliteringsbehov.

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

Der er i denne udgave af aftalen lagt vægt på at koordination og samarbejde over sektorovergange skal være velfungerende, og den rummer derfor også flere nye tiltag i forhold til dette fokus. Aftalen indeholder således 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. Der er derfor også opstillet en række mål i aftalen, som der skal monitoreres på med henblik på løbende at følge op på implementeringen af aftalen.

Baggrund

Aftalen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade fra 2011(1), men inddrager desuden flere efterfølgende publikationer;

- Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade (SST, 2014) (2)
- National klinisk retningslinje for Fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi (SST, 2014) (3)
- Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014) (4)
- Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det specialiserede social- og specialundervisningsområde (Socialstyrelsen 2016) (5)

I aftalen inddrages desuden tidligere indgåede delaftaler vedrørende samarbejde om rehabilitering på specialiseret niveau (bilag 2) og den tværsektorielle samarbejdsaftale omkring patienter med apopleksi (Bilag 4).

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 i høj grad disse funktioner, der bidrager til en sammenhæng mellem

indsatserne på tværs af sektorer og på tværs af de forskellige områder i den enkelte kommune. Det anbefales, at kommunerne fremadrettet drøfter med hinanden, hvordan der internt i kommunerne kan oprettes koordinerende funktioner, som kan øge sammenhængen på tværs af forvaltningsområder i kommunerne, når det drejer sig om mennesker med erhvervet hjerneskade.

Målgruppe og Stratificering / Inddeling af målgruppen

Målgruppe

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

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

Følgende diagnoser er omfattet af aftalen (som beskrevet i Forløbsprogrammet 2011):

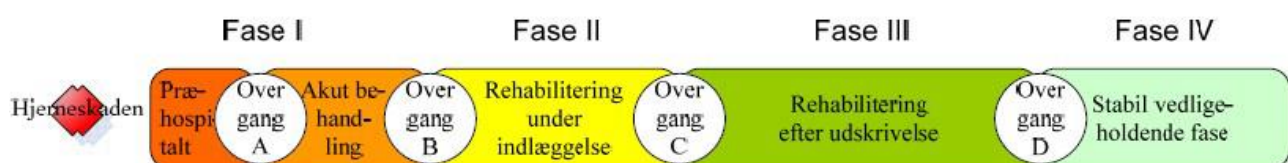
- Apopleksi (Blodprop i hjernen og hjerneblødning)
- TCI (Transitorisk Cerebral Iskæmi)
- Traumatisk hjerneskade
- Subarachnoidal blødning (Hjernehinde blødning)
- Tumorer i hjernen (Kræft og godartede svulster i hjernen)
- Infektion (betændelse i hjernen og hjernens hinder)
- Encephalopati (diffus hjerneskade p.g.a. iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning)
- Sequelae (følger af en hjerneskade og behandlingen af denne i relation til en af ovenstående diagnoser)

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

Stratificering / inddeling af målgruppen

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, og kommunikationen mellem sektorerne i de tilhørende overgange.

- **Fase I – Den akutte behandling**

Den sundhedsfaglige indsats er 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 fra den akutte fase (Aalborg), eller visiteres til rehabilitering under indlæggelse.

Patienter med let apopleksi, som udskrives direkte fra den akutte fase, kan i visse tilfælde udskrives med en ambulans indsats ved det hospitalsbaserede apopleksiteam (beskrevet i bilag 4).

- **Fase II – Rehabilitering under indlæggelse**

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

- **Fase III – Rehabilitering efter udskrivelse**

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

- Efter rehabilitering på Hovedfunktionsniveau (Frederikshavn eller Thisted)
- Efter rehabilitering på Regionsfunktionsniveau (Brønderslev)
- Efter behandling på Højt specialiseret niveau (Hammel)

En del af disse patienter udskrives med en genoptræningsplan (GOP), som kan være en henvisning til;

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

Faglige indsatser

De faglige indsatser følger i udgangspunktet de nationale retningslinjer på området og vil ikke blive beskrevet nærmere i denne aftale, som fokuserer på det tværsektorielle samarbejde. Der vil herunder kort blive beskrevet, hvor behandling og de forskellige niveauer af rehabilitering foregår, og det vil blive nævnt, hvis der er knyttet delaftaler omkring kommunikationen / samarbejdet mellem parterne i relation til disse.

Udredning og akut behandling (Fase I)

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

Medicinsk behandling er sammen med den tværfaglige udredning af patienterne hovedelementerne i den akutte fase.

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

Patienter med let apopleksi kan desuden visiteres til en ambulant 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.

Rehabilitering under indlæggelse (Fase II)

Specialiseret behandling og rehabilitering

Den højt specialiserede behandling og rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade foregår på Regionshospital Hammel Neurocenter (Hammel). Behandlingen foregår i henhold til **"Aftale for patienter med erhvervet hjerneskade og behov for højt specialiseret neurorehabilitering på Regionshospital Hammel Neurocenter mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland"**. (Bilag 5)

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

Patienter fra Hammel udskrives enten til videre behandling og rehabilitering i RN, specialiseret genoptræning eller direkte til kommunerne med en genoptræningsplan almen genoptræning eller specialiseret rehabilitering.

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 udskrives oftest med en genoptræningsplan til enten almen genoptræning eller specialiseret rehabilitering i kommunerne – ud over Hammel er NNB, det eneste sted i Region Nordjylland, hvor der udarbejdes genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau indenfor hjerneskadeområdet.

Rehabilitering på Hovedfunktionsniveau

Rehabilitering på Hovedfunktionsniveau foregår på Regionshospital Nordjylland i Frederikshavn eller på Aalborg Universitetshospital i Thisted.

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

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

Rehabilitering efter udskrivelse (Fase III)

Udarbejdelse af genoptræningsplaner for personer med behov for rehabilitering på specialiseret niveau, skal foregå på en neurologisk afdeling / neurorehabiliterings afdeling 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 rehabilitering på specialiseret niveau i udgangspunktet varetages på [Neurocenter Østerskoven](#) (døgnfunktion og ambulant - voksne, børn og unge)

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 ambulant 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 ambulante indsats. Dette sker i henhold til **"Tværsektoriel samarbejdsaftale om patienter med apopleksi"** (Bilag 4)

Specialiseret genoptræning

Den specialiserede genoptræning varetages af hospitalerne, men vil i relation til hjerneskadeområdet ofte foregå, som rehabilitering under indlæggelse. Der udarbejdes derfor kun sjældent GOP'er til specialiseret genoptræning indenfor hjerneskadeområdet.

Udskrivelse uden genoptræningsplan (fra fase I)

En hjerneskadepatient kan udskrives direkte til kommunen uden en GOP, hvis det vurderes, at vedkommende ikke har behov for genoptræning. Hvis det senere viser sig, at borgeren får kognitive følger (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 følger, så kommunen og almen praksis er varsomt, med henblik på at følge op på mulige kognitive følger, der evt. måtte udvikle sig senere i forløbet. 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 henvise en borger til et udrednings- og opfølgingsforløb i regionalt regi.

Med hensyn til borgere mellem 15 og 30 år, så sker opfølgning igennem [ambulatoriet for styrket indsats til børn og unge med erhvervet hjerneskade](#).

Når det drejer sig om **apopleksipatienter**, så kan både kommuner og almen praksis indenfor en 3 måneders periode efter udskrivelsen, henvise borgeren tilbage til hospitalet direkte til neurologisk afdeling. Endvidere kan kommuner og almen praksis i relation til borgere, der har været tilknyttet det udgående apopleksiteam, modtage neurofaglig rådgivende funktion i forhold til spørgsmål omkring disse patienter. Endelig er der mulighed for en ambulant revurdering af hjemsendte patienter med apopleksi (både fra akut- og rehabiliteringsafsnit) i forhold til "tilbagefølsmulighed". Det udgående team kan ved besøg i patientens hjem hjælpe med en vurdering af, hvorvidt patienten bør tilbydes et vurderingsforløb på et rehabiliteringsafsnit eller eventuelt anden form for behandling.

Multisygdom / comorbiditet / komplikationer

Afhængigt af hjerneskadens karakter, er komplikationer og komplicerede følgetilstande desværre ofte en følge af en hjerneskade. Sundhedsstyrelsens forløbsprogram 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.

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 hans eller hendes 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 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 psykiatriske diagnoser.

Aktivitetstal

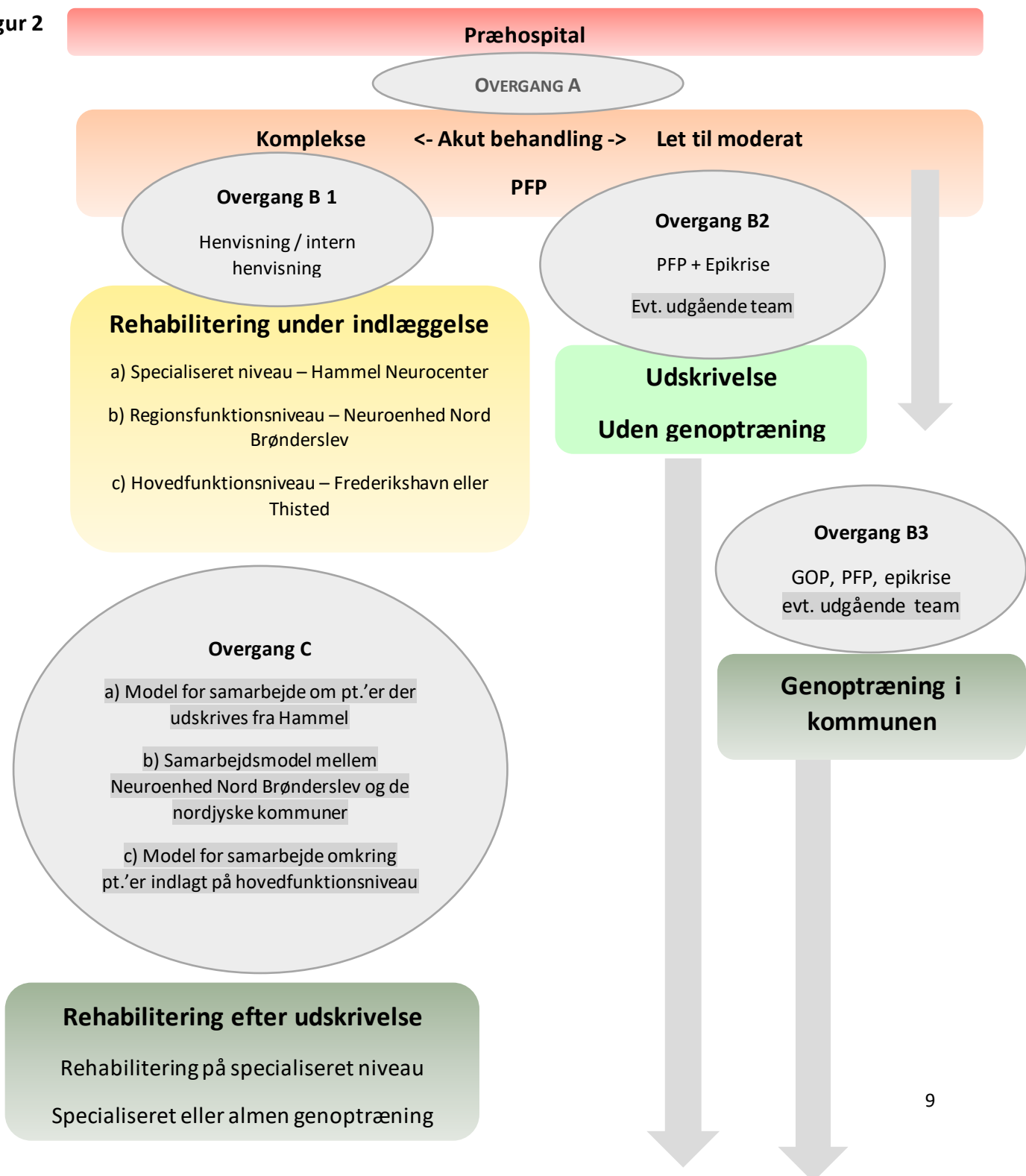
De foreløbigt eneste tilgængelige aktivitetstal er baseret på tal fra Sundhedsstyrelsens forløbsprogram (2011) og publikationen "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade" (SST, 2014), hvilket betyder, at der er tale om data fra 2010. En populationsanalyse fra 2011 viste ikke markante udsving i målgruppen over tid, men der kan forekomme store variationer i forhold til senere data. Målet er derfor fremadrettet, at generere lokale data for målgruppernes konkrete størrelse i Nordjylland.

Med udgangspunkt i de diagnose grupper aftalen omfatter (som beskrevet i Forløbsprogrammet 2011), skal der arbejdes på, om muligt, 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 til rehabilitering på specialiseret niveau. Data skal fremstilles på kommuneniveau.
- Fordelingen af de almene genoptræningsplaner på henholdsvis basal og avanceret niveau 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).

Kommunikation mellem parterne

Figur 2



Overgang D

Stabil vedligeholdende fase

Mulighed for ny specialist vurdering v. henvisning fra egen læge

Figur

PFP: Plejeforløbsplan

GOP: genoptræningsplan

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 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).
2. Udskrives til almen genoptræning i kommunen
Her benyttes G-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).
3. Henvises til rehabilitering under indlæggelse
 - a) 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 G-GOP, PFP og epikrise til egen læge
3. Udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau
Her benyttes G-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 Regionshospital Nordjylland i Frederikshavn eller Aalborg Universitetshospital i Thisted" (Bilag 3).

Inddragelse af patienter og pårørende

Inddragelse af patienter og pårørende er højt prioriteret i den tværsektorielle indsats, og i december 2015 udarbejdede Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) og Patientinddragelsesudvalget en [handleplan for borger / patientinddragelse](#). Handleplanen beskriver både konkrete igangværende indsatser på hospitaler og i kommuner samt planer for udvikling af fremtidigt indsatser.

Konkret i relation til denne sundhedsaftale, så er patient og pårørende inddragelse beskrevet i den tværsektorielle dialog, der foregår i de forskellige overgange mellem sektorerne. Der henvises derfor til beskrivelserne i samarbejdsmodellerne, som findes i bilag 1, 2 og 3.

Implementering, monitorering, kvalitetssikring og sundhedsfaglig udvikling

Generelt

Koordinering og udvikling af indsatserne i denne aftale (og generelt) sker efter aftale med Koordineringsgruppen og Strategisk Sundhedsforum (SSF). Nye indsatser kan iværksættes med udgangspunkt i;

- 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.

Der udarbejdes kommissorier for de enkelte indsatser, som godkendes i Koordineringsgruppen, inden en tværsektoriel projektgruppe herefter kan nedsættes. Projektgruppen afrapporterer efterfølgende til Koordineringsgruppen og SSF, hvor evt. nye anbefalinger godkendes, inden de kan implementeres. Det organisatoriske set up for Sundhedsaftalen kan findes på dette [link](#).

De lokale Samarbejdsfora (somatiske og psykiatriske) vil være fora for drøftelse og afklaring af samarbejdet mellem sygehusene og kommunerne på det mere praktiske plan – både generelt og mere specifikt i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade.

I de lokale samarbejdsfora er der således mulighed for fx at drøfte konstaterede konkrete og generelle kvalitetsbrist for overdragelse af borgere fra et hospital til en kommune og vice versa.

Konkret i forhold til hjerneskadeområdet

Hjerneskadeområdet er et komplekst område, hvilket betyder, at denne aftale også indbefatter tidligere indgåede "delaftaler" omkring det tværsektorielle samarbejde.

- "Samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde på hjerneskadeområdet omkring patienter der udskrives fra Neuroenhed Nord Brønderslev".
Denne delaftale blev indgået medio 2016, som en del af genoptræningsrådets arbejde med rehabilitering på specialiseret niveau. *Delaftalen evalueres og afrapporteres til DAS medio 2017 af projektgruppen for genoptræningsområdet suppleret med kompetencer fra hjerneskadeområdet.*
- "Tværsektoriel samarbejdsaftale om patienter med apopleksi" trådte i kraft den 1. februar 2017.
Der er nedsat en mindre følgegruppe, som skal understøtte implementering og evaluering af denne delaftale. I forbindelse med godkendelse af disse "delaftaler" er det aftalt, hvordan opfølgning og evaluering af dem skal foregå.

Denne reviderede sundhedsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade er væsentligt forskellig fra den tidligere aftale, og indeholder ud over de ovennævnte delaftaler også nye samarbejdsmodeller for borgere, der udskrives fra Neurocenter Hammel og borgere, der udskrives efter rehabilitering på hovedfunktionsniveau. Der er derfor behov for at bidrage til implementering af aftalen med en tværsektoriel indsats, og der er tilsvarende et behov for at følge op på effekten af de nye tiltag og målsætninger, som aftalen introducerer.

Monitorering af aftalen foretages gennem registreringer af procesmål og audits relateret til de målgrupper, som der er fokus på i samarbejdsmodellerne. Dette er beskrevet i skemaform herunder, hvor det ligeledes er beskrevet, hvem der er ansvarlig for at monitoreringen bliver varetaget. Da der ikke findes et eksisterende tværsektorielt forum, der har som opgave at følge op på og videreudvikle denne aftale, anbefales det, at de frembragte data samlet drøftes dels i netværket for hjerneskadekoordinatører

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.	Administrationen RN v. Patientforløb
Monitorering af antallet af genoptræningsplaner fordelt på almene, specialiserede og til rehabilitering på specialiseret niveau. Data fremstilles på kommuneniveau. Monitorering af fordelingen af de almene genoptræningsplaner på henholdsvis basal og avanceret niveau på kommuneniveau.	Data kan leveres	Dataindsamling én gang årligt	Administrationen RN v. Patientforløb
Monitorering af antallet af patienter der har	Data kan leveres	Dataindsamling én gang årligt	Administrationen RN v. Patientforløb

modtaget behandling / rehabilitering på højt specialiseret niveau (Hammel), Regionsfunktionsniveau (NNB) og Hovedfunktionsniveau (På RHN i Frederikshavn eller AAUH i Thisted).			
Fokus på rehabilitering på specialiseret niveau. Der blev i 2016 indgået en samarbejdsaftale vedrørende patienter der udskrives fra Regionsfunktionsniveau (Neuroenhed Nord Brønderslev), som skal sikre den tværsektorielle dialog og overførsel af viden til de rette personer, der fremadrettet skal varetage borgerens rehabilitering.	Samarbejdsaftalen benyttes ved alle udskrivelser fra Neuroenhed Nord Brønderslev. Det evalueres, om det er relevant at benytte samarbejdsaftalen til alle udskrivelser fra Neuroenhed Nord Brønderslev	Audit medio 2017 Er nærmere beskrevet i selve samarbejdsaftalen.	Projektgruppen for genoptræning udvidet ad hoc med relevant personer fra hjerneskadeområdet.
Den 1. april 2017 trådte en samarbejdsaftale i kraft vedrørende patienter der udskrives med let apopleksi. Disse patienter kan i visse tilfælde visiteres til et udgående apopleksiteam tilknyttet Apopleksiafsnittet 6 Ø, Aalborg Universitetshospital m.h.p. at øge kvaliteten og sammenhængen i det tværsektorielle forløb.	Bedre kvalitet og sammenhæng i de forløb, hvor patienterne visiteres til det udgående team.	Kvartalsvis opfølgning på samarbejdet gennem små audits gennem hele 2017. Registrering af aktivitet. Evaluering efter ét år, - Udvikling set i relation til den kvartalsvise opfølgning - Vurdering af målgruppen	Nedsat følgegruppe
At samarbejdsmodellen for patienter der udskrives fra Neurocenter Hammel sikrer at viden overleveres til de rette personer, som skal varetage borgerens rehabiliteringsbehov	Samarbejdsmodellen benyttes ved alle udskrivninger af borgere fra Neurocenter Hammel.	Evalueres én gang årligt, når administrationen RN deltager på møde hjerneskadekoordinator netværket.	Administrationen RN v. Patientforløb / Planlægning
At samarbejdsmodellen for patienter der udskrives fra Neurocenter Hammel sikrer at borgere, der ikke har behov for at være hospitaliserede, kan udskrives direkte til kommunalt regi.	Ingen af de patienter, som ikke har behov for hospitalisering efter indlæggelse på Neurocenter Hammel, indlægges midlertidigt på et hospital i RN, mens de venter på et kommunalt tilbud.	Data trækkes via den Regionale visitation.	Administrationen RN v. Patientforløb / Planlægning

<p>At samarbejdsmodellen for patienter der udskrives fra Hovedfunktionsniveau sikrer, at viden overleveres til de rette personer, som skal varetage borgerens rehabiliteringsbehov.</p>	<p>Samarbejdsmodellen benyttes ved alle relevante udskrivinger fra Hovedfunktionsniveau.</p>	<p>Tværsætoriel audit på et antal udvalgte patientcases et år efter aftalens godkendelse.</p> <p>Det registreres hvor ofte der har været videomøde eller fysisk møde i forbindelse med udskrivelse.</p>	<p>Projektgruppen for genoptræning</p>
--	--	---	--

Litteraturliste / Links

1. [Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, SST 2011](#)
2. [Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade \(Faglig visitationsretningslinje, SST, 2014\)](#)
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 \(Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014\)](#)
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](#)
8. [Samarbejdsaftale om Genoptræning](#)
9. [Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning](#)

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

[Aftale for patienter med erhvervet hjerneskade og behov for højt specialiseret neurorehabilitering på Regionshospital Hammel Neurocenter mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland](#)

Bilag 1

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

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

Delmål for samarbejdsmodellen: At sikre sammenhæng og hensigtsmæssig koordinering, herunder understøtte den nødvendige vidensdeling mellem Hammel, *Den Centrale Visitation på det Neurologiske område* (Visitationen, RN), kommunerne, og de specialiserede fase III tilbud – gennem en tydelig rolleafklaring, og aftaler om dialog og elektronisk kommunikation i forløb. 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.

Det er estimeret, at ca. 40 borgere pr. år har behov for en indsats på specialiseret niveau i fase II på Hammel. Patienter i målgruppen til rehabiliteringsforløb på Hammel er karakteriseret ved:

Hjerneskade af meget betydelig (meget svær) kompleksitet

Behov for individualiseret og meget betydelig rehabiliteringsindsats rettet primært mod bevægelsesmæssige, kognitive, sansemæssige og sproglige funktionsnedsættelser

Behov for rehabiliteringsindsats med meget høj intensitet døgnet rundt 7 dage om ugen. Varetages af et interdisciplinært team med neuropsykologisk bistand

Plejebehovet for denne gruppe er meget betydelig og indlæggelsen er forventeligt af lang varighed.

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 på Hammel. Samarbejdsmodellen følger '**Aftale for patienter med erhvervet hjerneskade og behov for højt specialiseret neurorehabilitering på Regionshospitalet Hammel Neurocenter, mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland**'. Aftalen omfatter, at:

- **Kommunikation fra Hammel** til kommunerne sker via den regionale visitation til neurorehabilitering i RN. Det understreges, at visitationen, RVN, har den regionale opgave vedr. koordinering af udskrivelsen til relevant regionalt eller kommunalt tilbud. Udskrivelserne tilrettelægges med baggrund i sundhedsaftalerne.
- Som understøtning af hjemkommunernes mulighed for at **forberede udskrivelsen** af patienten er det 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. Det betyder, at patienterne skal kunne hjemtages indenfor 7 dage fra færdigmelding fra Hammel. Der skal gives en melding til Hammel om, hvor patienten kan modtages senest 2 dage fra færdigmelding. Alternativt udskrives patienten fra Hammel til Region Nordjylland.

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). Visitationen, RN bestiller transport og giver modtagende part ((enten modtagende hospitalsafsnit, eller kommune), samt Hammel besked herom. RN afholder udgiften til transport.
- **Hjælpe midler** 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 [Samarbejdsaftalen om behandlingsredskaber og hjælpemidler](#).

Forkortelser

Hammel: Regionshospital Hammel Neurocenter

NNB: Neuroenhed Nord, Brønderslev

NNF: Neuroenhed Nord, Frederikshavn

HNT: Hovedfunktion Neurorehabilitering, Thisted

RVN: Regional Visitation Neurorehabilitering i Region Nordjylland

Alle forløb – koordinering under indlæggelse på Hammel

Aktivitet	Regionshospital Hammel Neurocenter	Kommunerne
Ved indlæggelse	<p>Senest 7 dage efter overflytning sendes orienteringsskrivelse via korrespondancemeddelelse til hjemkommune og visitationen, RN</p> <p>Oplysninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten er indlagt til rehabilitering på Hammel • Kontaktoplysninger på socialrådgiver på Hammel 	<p>Kommunen modtager et indlæggelsesadvis ved indlæggelsen</p> <p>Kommunerne kvitterer til Hammel via korrespondancemeddelelse.</p> <p>Internt i kommunerne formidles til det kommunale kontaktpunkt (hjerneskadekoordinator).</p>
Løbende dialog	<p>Ca. hver 14 dag sendes 'Risikovurderingsskema' til hjemkommune via Visitation, RN.</p> <p>Evt. med bemærkninger fra visitationen, RN, med henblik på fælles koordinering og planlægning mellem RN og kommune</p>	<p>Kommuner kvitterer til visitationen, RN, for modtagelse af skema med angivelse af evt. planlagt koordineringsindsats aftalt med Hammel.</p> <p>Kommunen/myndighed tager stilling til evt. inddragelse af fase III tilbud (basalt, avanceret, specialiseret niveau), hvor faglig koordinering vurderes hensigtsmæssig for forløbet.</p> <p>Opmærksomhed på faglig vidensdeling også ved overgang til specialiseret fase III tilbud.</p>
Før færdigmelding fra Hammel	<p>Senest 14 dage før forventet færdigmelding sender Hammel en status til kommunerne via Visitationen, RN.</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>
Ved udskrivelse/ hjemtagelse til Nordjylland	<p>Hammel færdigmelder ved at sende udfyldt risikovurderingsskema med deres anbefalinger til det videre forløb (pkt. 2, 3 og 4), samt en tværfaglig udskrivningsstatus med behandlingsfokus til kommunerne, via RVN. Ved relevans angives, hvilke hjælpemidler patienten har brug for.</p> <p>Patienten skal kunne hjemtages indenfor 7 dage efter færdigmelding fra Hammel. Der skal gives en melding fra Hammel om, hvor patienten kan modtages, senest to dage fra færdigmelding. Alternativt udskrives patienten fra Hammel til Region Nordjylland.</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.</p> <p>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 Visitationen, RN og kommune.</p> <p>Visitationen RN, formidler til Hammel, hvis patienten skal udskrives direkte til kommunalt fase III-tilbud.</p> <p>De praktiske forhold er i udgangspunktet afklaret under forløbet på Hammel. Øvrige praktiske forhold i forbindelse med</p>	<p>Kommuner foretager sagsbehandling i forhold til midlertidige og/ eller længerevarende botilbud.</p> <p>Kommunen har ansvar for at sikre koordinering og aftaler med det specialiserede fase III-tilbud.</p> <p>Kommunen forholder sig til værgemålssager og praksis ved ventetid.</p>

	<p>overflytningen aftales mellem Visitationen, RN og kommune, med Visitationen, RN, som koordinerende led til Hammel.</p> <p>Hammel udarbejder genoptræningsplaner til rehabilitering eller genoptræning på relevant niveau.</p> <p>For patienter berettiget til fritransport bestiller Visitationen, RN transport til kommunalt tilbud, herunder evt. specialiseret fase III-tilbud. Visitationen, RN og giver modtagende part (patient og pårørende) samt Hammel besked herom.</p>	
<p>Ad 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 drøftet mellem region og kommunerne, at opfølgning og evaluering, kan ske gennem et årligt møde mellem region og kommune forud for Hammel-mødet. Opfølgningen sker som punkt på 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).

Bilag 2

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

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

Indhold: Dette dokument indeholder to beskrivelser:

- En samarbejdsmodel for proces ved udarbejdelse af tværfaglig – tværsektorielle rehabiliteringsplan
- Indhold og tidspunkt for udfyldelse af tværfaglig – tværsektoriel rehabiliteringsplan.

Mål: at understøtte sammenhængende, koordinerede og helhedsorienterede tværfaglige og tværsektorielle rehabiliteringsforløb for patienter/borgere i forbindelse med udarbejdelse af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

Formålet: 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 og transfer af viden mellem Neuroenhed Nord Brønderslev (NNB) og kommunen. Rehabiliteringsplanen tager udsping i genoptræningsplanens opbygning og nuværende forsendelsesmetode. Ligesom de øvrige skabeloner for elektronisk kommunikation via MEDCOM 7 standarder anvendes i forløbet.

Målgruppen for indsatsen: Patienter/borgere, der udskrives fra Neuroenhed Nord Brønderslev.

Det anbefales, at denne samarbejdsmodel bliver løbende evalueret og justeret i sundhedsaftaleperioden.

Opfølgning bør ske én gang årligt og varetages af en tværsektoriel gruppe. Det er indtil videre besluttet, at projektgruppen for implementering af ny vejledning på genoptræningsområdet varetager evalueringen, men at projektgruppen i denne forbindelse ad hoc udvides med nedenstående medlemmer for at tilgodese hjerneskadeområdet og det sociale område;

- Fire kommunale Hjerneskadekoordinatører (eller personer med tilsvarende funktion) en fra hver klynge.
- En til to repræsentanter fra Neuroenhed Nord Brønderslev.
- En repræsentant fra Speciaalsektoren i regionen

Opfølgningen tager bl.a. udgangspunkt i en audit på fire patientforløb og skal fokusere på:

- Om daglig praksis lever op til de skitserede mål og formål.
- Hvor gode vi har været til at samarbejde på tværs, herunder effekten af formøder eller eftermøder.
- Hvor gode vi har været til at henvise borgerne til det rette tilbud, herunder kvaliteten af indholdet i genoptræningsplanerne.

Forkortelser:

KHK:	Kommunal Hjerneskade Koordination
NNB:	Neuroenhed Nord Brønderslev
PFP:	Plejeforløbsplan
GOP:	Genoptræningsplan/Rehabiliteringsplan
KOR:	Korrespondance

Forløbsbeskrivelse

Aktivitet	Handlinger/kommunikation
Overflytning til NNB	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patient/Borger indlægges/overflyttes til NNB
Kommunikation om udvidet koordinering og dato for første statusmøde (PFP)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inden 48 timer efter overflytning orienterer NNB, via plejeforløbsplan (Tværsektorielle meddelelser, TSM), KHK om tidspunkt for 1. statusmøde. ➤ KHK kvitterer for modtagelsen af plejeforløbsplan og bekræfter tidspunkt for 1. statusmøde.
Elektronisk statusbeskrivelse forud for 1. statusmøde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Senest 7 dage før første 1. statusmøde sender NNB en tværfaglig statusbeskrivelse til KHK via Plejeforløbsplanen (TSM). Statusbeskrivelsen vil være placeret i det skrivefelt der er benævnt "Forventninger til forløbet". <p>Informationer i den første tværfaglige statusbeskrivelse til det 1. statusmøde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alder • Sygdomshistorie og forløb, herunder; <ul style="list-style-type: none"> - Skadestidspunkt - Skadens placering og type • 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
Første tværsektorielle statusmøde DEL 1 (45 min)	<p>Ca. 3½ uger efter overflytning til NNB afholdes 1. statusmøde. Ved kortere indlæggelser kan første statusmøde afholdes tidligere, eller mødet har karakter af udskrivningsmøde</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 kommunale repræsentanter (hjerneskadekoordinationen)

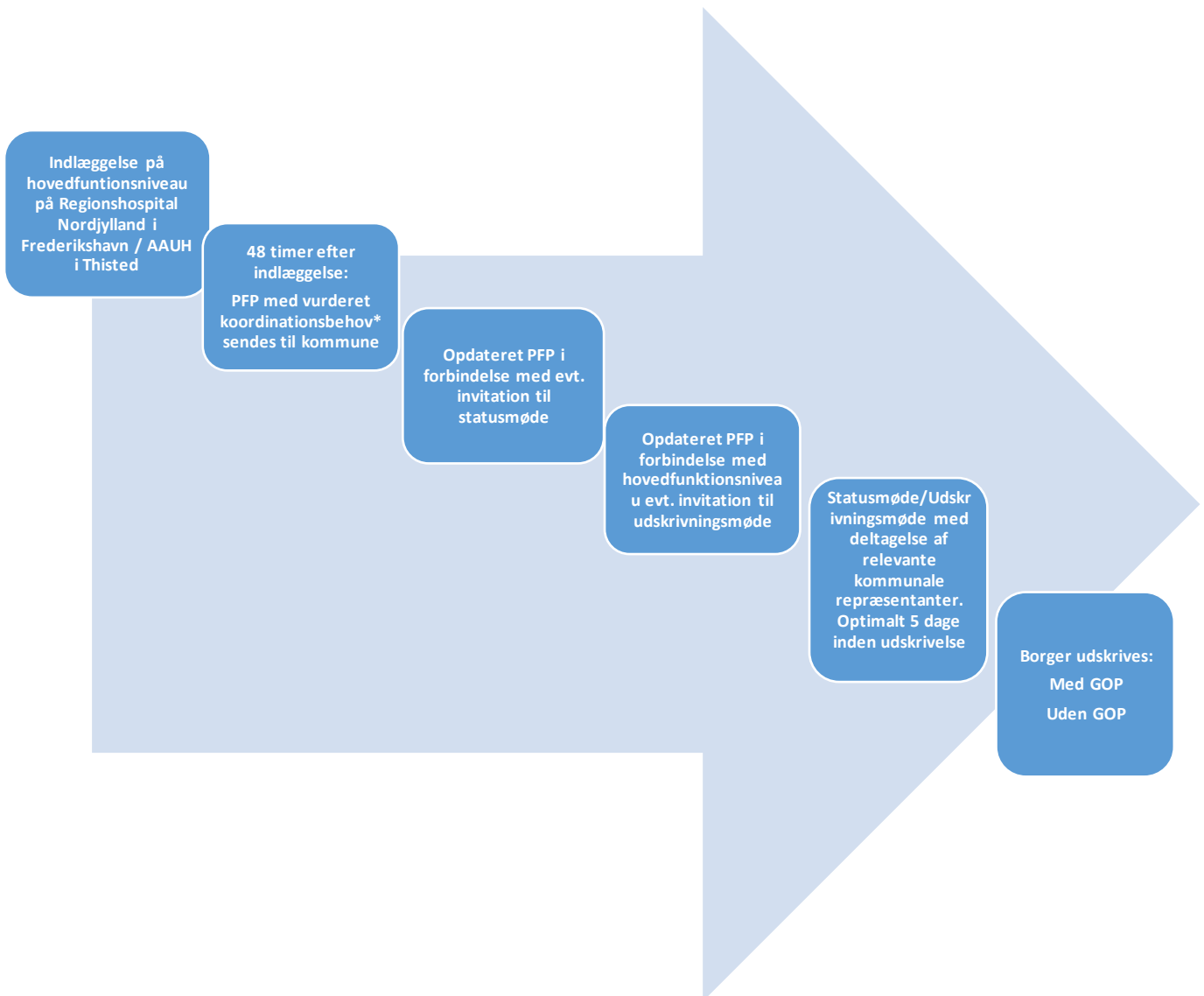
	<p>Deltagere på mødet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patient / borger, pårørende. ➤ Teamet fra NNB. ➤ Kommunal Hjerneskadekoordinator. <p>Ordstyrer fra NNB</p> <p>Der laves et referat målrettet borger/pårørende, som kan deles med den kommunale aktør, men deltagerne er som udgangspunkt forpligtet til at indhente de informationer der er relevante for det videre arbejde i egen organisering</p>
<p>Første statusmøde DEL 2 (15 min)</p>	<p>I forbindelse med statusmødet afholdes som udgangspunkt et kort opfølgende møde med de (få) relevante personer, uden deltagelse af patient/borger og pårørende (som informeres om dette) – enten før eller efter statusmødet.</p> <p>Formøderne 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 (familiær belastning/ børn/syg ægtefælle/meget krisepræget/dobbelt diagnoser mv.). <p>Eftermøde er betydningsfulde, når:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der på mødet opstår uforudsete hændelser og der opstår behov for de-briefing. • Når koordinations- og opsamlingsbehovet er særlig stort, men uden at det blev karakteriseret nærmere i fokusgrupperne. • På eftermødet uddybes faglige forklaringer og vinkler perspektiveres
<p>Dialog og koordinering mellem statusmøder, eventuelt mellemliggende statusmøder</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 TSM og/eller telefonisk. ➤ Aftaler om weekendbesøg og hjælpemidler er uændret, men tænkes ind i det samlede rehabiliteringsforløb <p>Kommunen indkaldes til udskrivningsmødet senest 7 dage før det finder sted.</p>
<p>Udskrivningsmøde DEL 1 (45 min)</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, vurdering af ➤ Dato for udskrivning aftales ➤ Præsentation af plan for indsat i kommunalt regi

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orienterer for næste stafetholder/kontaktperson ➤ Der laves eventuelt plan for overlevering til udfører (pleje/terapeuter med flere) <p>Ved udskrivelse udarbejdes GOP med udgangspunkt i G-GOP. Vejledning for indholdet i genoptræningsplaner udarbejdet til rehabilitering på specialiseret niveau 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 faggrupper fra kommunen (myndighed eller udfører). <p>Ordstyrer fra NNB</p>
<p>DEL 2 (15 min)</p>	<p>I forbindelse med statusmødet afholdes som udgangspunkt et kort opfølgende møde med de (få) relevante personer, uden deltagelse af patient/borger og pårørende (som informeres om dette) – enten før eller efter statusmødet.</p> <p>Formøderne 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 (familiær belastning/ børn/syg ægtefælle/meget kriseræget/dobbelt diagnoser mv.). <p>Eftermøde er betydningsfulde, når:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der på mødet opstår uforudsete hændelser og der opstår behov for de-briefing. • Når koordinations- og opsamlingsbehovet er særlig stort, men uden at det blev karakteriseret nærmere i fokusgrupperne. • På eftermødet uddybes faglige forklaringer og vinkler perspektiveres
<p>Udskrivning</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Genoptræningsplanen sendes til Kommunen sammen med de øvrige dokumenter.

Bilag 3

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

Samarbejdsmodel for patienter der udskrives fra hovedfunktionsniveau på Regionshospitalet Nordjylland i Frederikshavn eller Thisted



* **"vurderet koordinationsbehov"**: Forventninger til evt. behov for statusmøde og/eller udskrivningsmøde.

Borgere der typisk vil have brug for et statusmøde og/eller udskrivningsmøde, er borgere indlagt i længerevarende forløb og hvor der er behov for mange tværfaglige indsatser. Det drejer sig om borgerne der har funktionsevnedesættelser af betydning for flere livsområder, herunder eventuelt komplikationer i behandlingsforløbet på sygehus af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Møder kan foregå via video eller med fremmøde.

Efter udskrivelse: Mulighed for afklarende kommunikation mellem kommune og sygehus i nær tilknytning til udskrivelse.

Statusmøde (Video eller fremmøde)

Formål:

- 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 aktør fra hhv. regionshospitalet og kommunale repræsentanter.

Deltagere på mødet:

- Patient/borger, pårørende.
- Repræsentant(er) fra sygehus.
- Repræsentant(er) fra kommunal myndighed.

Inden mødet er i videst mulig omfang afklaret og kommunikeret til kommunen:

- Sygdomshistorie og forløb, herunder;
 - Skadestidspunkt
 - Skadens placering og type
- Funktionsniveau – fysisk, psykisk og socialt.
- Foreløbige forventninger til forløbet, herunder;
 - Præsentation af mål/patient og pårørendes behov og forventninger
 - Konklusioner på test(s) (FIM, AMPS fx)
 - Om mødet forventes at have karakter af et udskrivningsmøde.
- Sociale oplysninger
 - Jobsituation,
 - Forsørgelsesgrundlag,
 - Netværk,
 - Interesser,
 - Evt. misbrug, andre sygdomme (både somatiske og psykiatriske)
 - Tidligere apopleksier

Udskrivningsmøde (Video eller fremmøde)

Formål:

- 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 indsat i kommunalt regi
- Orienterer for næste stafetholder/kontaktperson
- Der laves eventuelt plan for overlevering til udfører (pleje/terapeuter med flere)

Deltagere på mødet:

- Patient/borger, pårørende.
- Repræsentant(er) fra sygehus.
- Repræsentant(er) fra kommunal myndighed.

Bilag 4

Tværasektoriel samarbejdsaftale om patienter med apopleksi

Tværasektoriel samarbejdsaftale om patienter med apopleksi

1. Indledning

Samarbejdsaftalen for patienter med apopleksi er blevet til som en del af en større omlægning af det akutte apopleksiforløb og omlægning af den samlede neurorehabilitering.

Den Administrative Styregruppe (DAS) godkendte den 14. november 2016 samarbejdsaftalen, der indgår som en særskilt aftale under den sygdomsspecifikke sundhedsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade.

Omdrejningspunktet for indsatsen er et hospitalsbaseret neuro- og tværfagligt team, det Udgående Apopleksi Team (UAT). Teamet er forankret ved Neurologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital.

Teamet havde en projektperiode på et år, med start den 1. april 2017, hvor der forventedes en patientmasse på 150 årligt. Projektperioden har vist, at der er en langt større gruppe af patienter i målgruppen end først antaget.

I projektperioden er indsatsen evalueret kvartalsvist og afrapporteringen er godkendt af DAS og efterfølgende i Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) 10. oktober 2018, med ønsket om en revision af den oprindelig samarbejdsaftale.

Herefter er projektet overgået til drift.

Aftalen beskriver rammerne for det tværasektorielle samarbejde mellem Region Nordjylland, almen praksis og kommunerne om patientforløb i eget hjem for patienter med apopleksi.

Samarbejdet er baseret på anbefalingerne for Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade.

Formålet med aftalen er at sikre smidige patientforløb, for patienter med en lettere til moderat apopleksi. Fremskudt udskrivning af patienten med opfølgning, vurdering og udredning i eget hjem sikrer et kvalitetsmæssigt løft, f.eks. i forhold til muligheden for at vurdere patienten kognitivt i en kendt kontekst.

2. Målgruppen

Tilbuddet er målrettet patienter, hvor det vurderes, at rehabiliteringen ikke behøver foregå i hospitalsregi. Der er tale om patienter med lettere til moderat apopleksi, der er færdigbehandlet i hospitalsregi ved overgang til det ambulante forløb. Herunder patienter der vurderes, at have behov for en indsats der kendes fra hovedfunktionsniveau, typisk lettere fysiske og/eller kognitive problemstillinger, ofte med øvrige medicinsk komorbiditet og medicinske følger af apopleksien.

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

Det drejer sig således om patienter, som har mindre følgerikninger til den akutte apopleksi og som er relativt selvhjulpne. Disse patienter kan med fordel rehabiliteres i kommunalt regi i eget hjem. For mulige eksempler herpå henvises til faglig visitationsretningslinje vedr. genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade, s. 30 (SST, 2014).

Målgruppens behov kan inddeles i følgende kategorier:

- A. *Særlige hensyn i overleveringen mellem hospital og kommune – begrundet i patientens tilstand*
- B. *Neurofaglig vurdering af kognitiv funktion i eget hjem*
- C. *Afsluttende udredning og behandling*

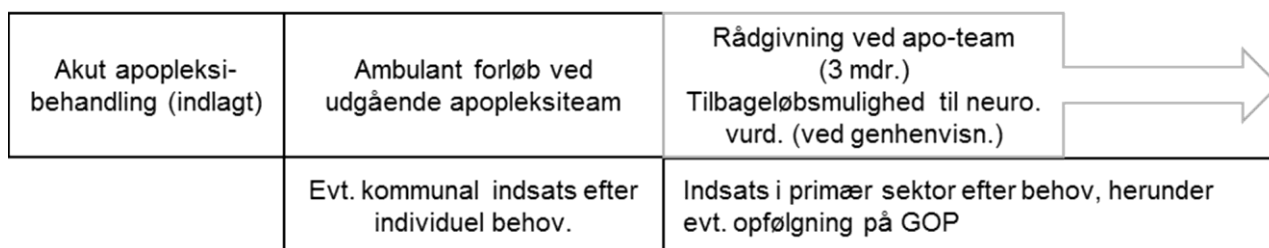
Der vurderes at være tre "submålgrupper" under målgruppen:

- A. *Borger i egen bolig i den erhvervsaktive alder*
- B. *Den ældre borger i egen bolig*
- C. *Borgere i plejehjem/plejebolig/bosteder.*

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

3. Patientforløb

Patientforløb i henhold til samarbejdsaftalen



Det akutte forløb varetages på Apopleksiafsnittet på Aalborg Universitetshospital, hvor patienterne opholder sig til de er stabile. Herfra vil patienterne blive udskrevet og overgå til en ambulant indsats ved UAT. Denne indsats vil ske i umiddelbar forlængelse af indlæggelses- forløbet på apopleksiafsnittet.

4. Indsatser og ansvarsfordeling

	UAT	Kommune	Almen praksis
Indsats i eget hjem	Varetager det ambulante forløb knyttet til apopleksien	Sikrer indsatser efter gældende aftaler i den	Almen praksis varetager alene opgaver,

	<p>(opfølgning, udredning og vurdering). Sikrer at der er klar aftaler med kommune og/eller almen praksis før patienten udskrives. Sikrer opfølgning på alle relevante indsatser, herunder medicin, forud for afslutning. Se endvidere Sundhedsaftale om behandling og pleje. <u>Lægeligt behandlingsansvar:</u> Lægen tilknyttet UAT har behandlingsansvaret i relation til apopleksien, herunder komplikationer og afledte følger.</p>	<p>tværsektorielle sundhedsaftale, specifikt i relation til udskrivelsen. Varetager de kommunale tilbud, som borger er bevilliget efter de enkelte kommuners visitationsretningslinjer.</p>	<p>der ikke har relation til apopleksien.</p>
<p>Efter indsat i eget hjem er afsluttet</p>	<p><u>Rådgivningsfunktion:</u> Almen praksis og kommune tilbydes rådgivningsmulighed tre måneder efter patienten er afsluttet. <u>Tilbageløbsmulighed:</u> Opfølgning ved henvisninger (typisk revurdering og evt. indsats efter behov) i op til tre måneder efter patienten er afsluttet.</p>	<p>Indsatser efter gældende aftaler i den tværsektorielle sundhedsaftale. Indsatser i relation genoptræningsplaner og opfølgning på plejeforløbsplan.</p>	<p>Indsatser efter gældende aftaler i den tværsektorielle sundhedsaftale. Opfølgning på epikrise. Genhenvisning til hospital ved behov.</p>

UAT varetager den ambulante indsats, der alternativt ville blive tilbudt ved en stationær indlæggelse på Neurorehabiliteringsafsnittet. De primære ændringer for kommune og almenpraksis fra det eksisterende stationære forløb, og til en indsats i eget hjem, vil være en fremrykning af udskrivelsestidspunktet. Herudover ændres ikke på indsatsen for målgruppen hos kommune og almen praksis.

Da det lægelige ansvar under indsatsen ved UAT er forankret hos lægen tilknyttet UAT, er det aftalt, at patienterne under UATs indsats skal kontakte Apopleksiafsnittet ved tvivlsspørgsmål i behovet for lægehjælp. UAT har ansvaret for at afhjælpe om problemstillingen er relateret til apopleksien. Såfremt det ikke er tilfældet, viderevisiteres til egen læge eller vagtlæge. Patienten, nærmeste pårørende og kommune har mulighed for at kontakte Apopleksiafsnittet døgnet rundt.

Når patienten ikke længere har behov for hospitalsydelser i henhold til Sundhedsloven og forløbsprogrammet, afsluttes patienten i hospitalsregi herunder af UAT.

5. UAT

UAT er et ambulat, neurofagligt erfarent, tværfagligt team, der har specialiseret viden om sammenhæng mellem hjerneskade og adfærd. Teamet (læge, sygeplejerske, ergo- og fysioterapeut og evt. øvrige aktører, som talepædagog og neuropsykolog) vil være integreret i det akutte apopleksiafsnit (6Ø) på Aalborg Universitetshospital, hvorfra teamet udgår. Tilknytningen til 6Ø medfører, at teamet er involveret i patientforløbet inden overgang til det ambulante forløb og har kendskab til patienten.

UATs primære fokus er at sikre opfølgning på behandling igangsat under det akutte forløb samt færdiggøre vurdering og udredning af patientens behov i eget hjem. UAT skal sikre hurtig og kompetent overlevering af patientens behov til kommunen. Særligt genoptræningsplanen (GOP) er betydelig i forhold til udredningsindsatsen. Opfølgning tilrettelægges alt efter patientens behov.

UAT har forskellige roller og indsatser alt efter, hvor i forløbet patienten befinder sig. I det følgende skitseres ansvaret hhv. under indlæggelse og ved udskrivning, under indsats i eget hjem og under efterforløbet.

5.1 UATs rolle under indlæggelse og ved udskrivning

Under indlæggelse:

- Der sendes plejeforløbsplan (PFP), i henhold til den tværsektorielle grundaftale, for at sikre samarbejde og dialog med patientens hjemkommune om udskrivningsplaner. Herunder at iværksætte hurtig sagsbehandling i såvel hospitalsregi som i hjemkommunen.
- Klinisk arbejde omkring patienten under indlæggelse, indsamling af data, vurdering af funktionsevne efter apopleksi og samarbejde med pårørende.
- Forud for udskrivelsen skal der sikres planlægning og koordinering af videre behandling og pleje i patientens eget hjem, samt:
- Afklaring af behov for fælles møde i patientens hjem ved ankomst til hjemmet.

Ved udskrivelsen:

- Ved udskrivelsen skriver UATs læge epikrise, der sendes til den praktiserende læge. Der sendes en opdateret PFP og udskrivningsrapport i henhold til den tværsektorielle grundaftale. Af PFP skal det fremgå, at patienten er tilknyttet UAT.
- Der påbegyndes evt. udarbejdelse af GOP, som sendes til hjemkommunen

5.2 UATs rolle ved indsats i eget hjem

- Apopleksiteamet har ansvar 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.
- Evt. færdiggørelse af neurofaglig vurdering og udredning i patientens eget hjem.
- Færdiggørelse af GOP ved behov. Dette skal foregå senest ved afslutning af indsatsen i eget hjem.
- Relevant information om sygdommen gives til patient, pårørende og samarbejdspartnere.
- Tværfaglig efterbehandling og sygepleje ydes i samarbejde med kommunalt sundhedspersonale.
- Løbende konference med teamets læge om eventuelle yderligere medicinske tiltag.
- Rådgivningsfunktion for patient, pårørende og det kommunale personale ved spørgsmål i relation til apopleksien.
Der angives direkte kontaktnummer til neurologien, som kan anvendes døgnet rundt.
- Ved behov skal tilbydes hånd-til-hånd overlevering mellem apopleksiteam og det kommunale personale.

Ved afslutning af det ambulante forløb:

- Meddelelse om afslutning fra UAT fremsendes til egen læge
- Der sendes en afsluttende korrespondencemeddelelse og meddelelse om afslutning af det ambulante forløb i henhold til den tværsektorielle grundaftale

5.3 UATs rolle i efterforløbet

Rådgivning:

- Kontaktpunkt for det kommunale personale og praktiserende læge ved spørgsmål i relation til patienter, som har været omfattet af en ambulant indsats.
- Kan kontaktes i en periode på tre måneder efter afslutning af den ambulante indsats.
- Mulighed for sparring og backup fra relevante fagspecialister f.eks. speciallæge, logopæd og neuropsykolog

Tilbageløb (herunder genvurdering og udredning ved behov):

- Tilbageløbsmulighed i tilknytning til det neurologiske område.
- Det vurderes individuelt i forhold til patienten, hvilke genvurderinger og indsatser, der er behov for.
- Indsatsen, herunder udredning og genvurdering, for genhenviste patienter vil kunne udføres både stationært og ambulant i hospitalsregi eller ambulant ved UAT.

6. Kommunen

6.1 Kommunens rolle under indlæggelse

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

6.2 Kommunens rolle ved indsats i 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.
- Dialog og kontakt til UAT vedrørende sparring og samarbejde i forhold til visitation og plejeindsats
- Sikre at der er et kontaktpunkt til kommunen og direkte kontaktoplysninger til brug for UAT
- I de situationer, hvor GOP er udfærdiget ved udskrivelse opstartes genoptræning i kommunalt regi
- Opfølgning og observation af eksempelvis kredsløbsproblemstillinger, synke/tyggebesvær, medicinering etc.
- Ved behov kan UAT kontaktes i forbindelse med de patienter der er udskrevet uden GOP

6.3 Kommunens rolle i efterforløbet

- I samarbejde med borgeren sikre rehabilitering baseret på borgerens livssituation. Herunder sikre en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.
- Genoptræning i henhold til GOP i samarbejde med alle relevante regionale og kommunale aktører.
- Rollen i denne del for 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.

7. Almen praksis rolle

I den periode, hvor patienten modtager indsats ved UAT i eget hjem, varetager den praktiserende læger alene opgaver, der ikke har relation til apopleksien.

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

8. Revision

Aftalen følges op i regi af det fælles hjerneskadesamråd og der følges de samme indikatorer som tidligere er fulgt. Disse er som følger:

- 1) At der undgås unødvendige genindlæggelser, indenfor 14 dage, under indsatsen ved UAT
- 2) At der sikres de nødvendige og relevante kontakter i forløbene
- 3) At den kommunale medfinansiering til forløbene ikke overstiger prisen for et stationært neurorehabiliterings-indlæggelsesforløb
- 4) At der kommunalt ikke skal tildeles mere hjælp/timer (hjemmehjælp, praktisk bistand og sygepleje) end før omlægningen af forløbene
- 5) Patientoplevelset kvalitet

Bilag 5

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

[Aftale, som revideres en gang årligt efter møde mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland.](#)