



Undervisningsmateriale – Præsentation af hovedpunkterne i Samarbejdsaftalen om voksne med erhvervet hjerneskade

Gældende fra 1. januar 2023

Samarbejdsaftalen

- [Link til aftalen](#)
- Samarbejdsaftalen træder i kraft 1. januar 2023
- Klyngerne har ansvaret for at implementere samarbejdsaftalen

Formål med samarbejdsaftalen

- Sikre en sammenhængende indsats på tværs af sektorerne for patienterne/borgerne og de pårørende
- Sikre, at patienterne/borgerne tilbydes genoptræning/rehabilitering, som tager udgangspunkt i de behov, patienterne/borgerne har
- Sikre, at patienterne/borgerne og de pårørende inddrages i tilrettelæggelsen af forløbene
- Sikre, at patienterne/borgerne får den rette behandling på det rette tidspunkt

Målgruppe for samarbejdsaftalen

- Patienter/borgere: Voksne (fra 18 år), som har en erhvervet hjerneskade, og som har behov for genoptræning eller rehabilitering som følge af hjerneskaden
- Kommuner
- Hospitaler: Neurologi, Ældresygdomme, Neurorehabiliteringsenheder, Hjerne- og Rygkirurgi, Infektionssygdomme, Hjertesygdomme, Kræftafdelingen, Vestdansk Center for Rygmarvsskade
- Almen praksis

Samarbejdsaftalen beskriver

- Hospitalernes opgaver på hovedfunktions-, regionsfunktions- og højt specialiseret niveau
- Kommunernes opgaver i forhold til almen genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau
- De praktiserende lægers opgaver
- Den tværsektorielle kommunikation for patienter, der udskrives fra hovedfunktionsniveau
- Den tværsektorielle kommunikation for patienter, der udskrives fra regionsfunktions- og højt specialiseret niveau
- Genoptræningsplaner
- Kompetencer og fagpersoner, der hensigtsmæssigt skal være adgang til

Hospitalernes opgaver

Følgende opgaver fremhæves:

- Behandle, udrede, genoptræne og rehabiliterer under indlæggelse
- Følge op på indsatser, der ikke er afsluttet fra hospitalets side. Hvis det udgående og rådgivende apopleksiteam er tilknyttet patienten, følger teamet op på udredning, behandling, rehabilitering og information givet under indlæggelsen samt varetager hospitalsopgaver, som ikke er afsluttet, når patienten udskrives
- Sikre tidlig og gensidig dialog med kommunerne med henblik på løbende at skabe det gode og sammenhængende forløb
- Inddrage patienter og pårørende i forløbet
- Udarbejde plejeforløbsplan jf. [Samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivning](#) og [flowdiagram for udskrivning fra regionsfunktionsniveau/højt specialiseret niveau](#)

Hospitalernes opgaver - fortsat

- Ved behov udarbejde genoptræningsplan jf. [Den Gode Genoptræningsplan](#)
- Foretage en lægefaglig vurdering af den umiddelbare prognose
- Foretage en lægefaglig vurdering af den umiddelbare habilitet
- Vurdere patienternes umiddelbare køreevne
- Skrive i Plejeforløbsplanen og epikrisen, hvis patienterne har brug for hjælp til at bestille tid til opfølgning hos praktiserende læge således, at hjemmeplejen eller praktiserende læge kan tage initiativ til at indkalde patienterne
- Have særlig opmærksomhed på børn og unge som pårørende til borgere med erhvervet hjerneskade
- Gøre patienter og pårørende opmærksom på, at de kan få hjælp og støtte fra brugerorganisationer

Kommunernes opgaver

Følgende opgaver fremhæves:

- Sikre varetagelse af genoptræning og/eller rehabilitering på det niveau, som er angivet i genoptræningsplanen og ud fra borgernes aktuelle situation
- Stratificere niveauet for genoptræning på alment niveau – basal - avanceret
- Løbende give en sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehovet med henblik på justering af indsatser. Eventuelt i samarbejde med hospitalet
- Sikre en sammenhængende og koordineret indsats i forhold til de forskellige lovområder Inddrage borgere og pårørende i forløbet

Kommunernes opgaver - fortsat

- Sikre at borgerne og de pårørende ved, hvem deres kommunale kontaktperson er
- Samarbejde med aktører uden for kommunens regi
- Have særlig opmærksomhed på børn og unge som pårørende til borgere med erhvervet hjerneskade
- Sikre at kommunernes tilbud, henvisningsmuligheder og kontaktinformation er let tilgængelig for samarbejdspartnerne. Kommunerne har en forpligtigelse til at opdatere informationerne på sundhed.dk og på deres egne hjemmesider
- Gøre patienter og pårørende opmærksom på, at de kan få hjælp og støtte fra brugerorganisationer

De praktiserende lægers opgaver

Følgende opgaver fremhæves:

- Vurdere eller revurdere patienternes mentale habilitet eller henvise tilbage til specialistvurdering ved behov for dette
- Følge op på og behandle følgetilstande (eksempelvis depression, epilepsi) og komorbiditet efter udskrivning, eventuelt i samarbejde med hospitalet
- Henvise til hospitalsbehandling, herunder til ambulant udredning, revurdering eller opfølgning, efter behov både tidligt og sent i forløbet
- Følge op på patientrettet forebyggelse og henvise til kommunale forebyggelsestilbud

De praktiserende lægers opgaver - fortsat

- Følge op på følgetilstand, der har indflydelse på arbejdsevne og øvrige sociale forhold
- Vurdere køreevne
- Udarbejde lægeerklæring til brug i jobcentrene
- Henvise patienter og pårørende til psykologhjælp ved behov herfor
- Have særlig opmærksomhed på børn og unge som pårørende til borgere med erhvervet hjerneskade
- Gøre patienter og pårørende opmærksom på, at de kan få hjælp og støtte fra brugerorganisationer

Tværasektoriel kommunikation for patienter, der udskrives fra hovedfunktionsniveau

- Hospitalsafdelinger, som udskriver patienter på hovedfunktionsniveau:
 - Neurologi
 - Ældresygdomme
 - Hjerne- og Rygkirurgi
 - Infektionssygdomme
 - Hjertesygdomme
 - Kræftafdelingen
- Patienterne udskrives i henhold til det, der er aftalt i [Samarbejdsaftalen om den gode indlæggelse og udskrivning](#)
- Ved behov kan der afholdes udskrivningsmøde mellem patienten, de pårørende, hospitalet og kommunen.

Udgående og rådgivende apopleksiteams

- Hvis patienter med akut apopleksi har behov for opfølgning på den aktuelle hospitalsbehandling efter udskrivelsen, kan patienterne blive tilknyttet et af regionens apopleksiteams
- De udgående og rådgivende apopleksiteams har til opgave at følge op på den aktuelle hospitalsbehandling af alle patienter/borgere, som udskrives fra de akutte apopleksiafsnit
- De udgående og rådgivende apopleksiteams følger som minimum op med en telefonisk kontakt og ved behov foretages besøg hos patienterne/borgerne
- Når apopleksiteamet afslutter patienterne, overgår behandleransvaret til egen læge

Tværasektoriel kommunikation for patienter, der udskrives fra regionsfunktions- og højt specialiseret niveau

- Regionshospitalet Hammel Neurocenter udskrives patienter på regionsfunktions- og højt specialiseret niveau
- Patienterne udskrives i henhold til det, der er aftalt i [flowdiagram for samarbejde](#)
- Kommunikationen skal indeholde de relevante informationer om patienterne og ske i så god tid, at kommunen har mulighed for at planlægge hjemtagningen af borgeren
- Dette er særlig vigtigt i de forløb, hvor kommunen skal købe et tilbud hos en anden leverandør
- Ved komplekse forløb kan der supplerende til den skriftlige kommunikation afholdes et udskrivningsmøde mellem patient, pårørende, kommune og hospital

Genoptræningsplan til almen genoptræning

- Patienterne kan udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning fra alle tre specialiseringsniveauer på hospitalerne
- Kommunerne udfører genoptræningen og vurderer, om genoptræningen skal være på basalt eller avanceret niveau
- **Genoptræning på basalt niveau:**
 - Genoptræning på basalt niveau vurderes kun at være relevant for en mindre del af borgerne og kan foregå i borgerens nærmiljø, som ambulante eller døgnophold
- **Genoptræning på avanceret niveau**
 - Størstedelen af borgerne, som er henvist med genoptræningsplan, har behov for genoptræning på avanceret niveau
 - Genoptræning på avanceret niveau kan foregå i borgerens nærmiljø, som ambulante genoptræning eller døgnrehabilitering
 - Kommunerne kan, hvis det er nødvendigt, indgå aftaler om samarbejde, sparring og eventuelt køb af hinandens tilbud
 - På avanceret niveau vil der i et samlet rehabiliteringsforløb ofte være behov for indsatser på tværs af sundheds-, ældre-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen, som hensigtsmæssigt varetages af en hjerneskadekoordineringsfunktion

Genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau

- Patienterne kan udskrives med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau fra regionsfunktions- og højt specialiseret niveau
- Kommunerne udfører genoptræningen
- Genoptræningsplaner på dette niveau kan med fordel vurderes og ordineres af speciallæge i neurologi
- Der skal være adgang til tværfaglige og neurofaglige kompetencer i forbindelse med udarbejdelse af genoptræningsplaner til rette niveau
- Patienterne har behov for både genoptræningsindsatser og andre rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering
- Rehabilitering på specialiseret niveau er relevant for en lille del af borgerne og kan foregå i borgerens nærmiljø, ambulant eller som døgnrehabilitering enten internt i kommunen eller på et specialiseret tilbud

Kompetencer

- Samarbejdsaftalen beskriver hvilke kompetencer og fagpersoner, der hensigtsmæssigt skal være adgang til på de forskellige specialiseringsniveauer på hospitalerne, i kommunerne, og i regionale og private sociale tilbud
- Ved "adgang til" forstås, at rehabiliteringsstederne selv har de pågældende medarbejdere, eller køber kompetencerne hos andre leverandører
- Formålet med beskrivelsen af kompetencer er at understøtte god kvalitet og fortsat faglig udvikling inden for den fælles neurorehabiliteringsopgave
- Kompetencerne er beskrevet i bilag 4 i samarbejdsaftalen – [se dette link](#)

Organisering af det tværsektorielle samarbejde

Hjerneskaedesamrådet:

- Det tværsektorielle samarbejde i Region Midtjylland er overordnet forankret i Hjerneskaedesamrådet på voksenområdet
- Formålet med hjerneskaedesamrådet: Medvirke til at skabe sammenhængende forløb på tværs af sektorerne med høj faglig kvalitet
- Hjerneskaedesamrådet kommer med anbefalinger til og rådgiver Sundhedsstyregruppen og Den administrative styregruppe for social og specialundervisning (DASSOS), som kan træffe beslutninger på baggrund af anbefalingerne
- Følg Hjerneskaedesamrådets arbejde via [dette link](#)

Klyngerne:

- Den daglige implementering af samarbejdsaftalen og udvikling af samarbejdet sker i klyngerne

Evaluering af samarbejdet

- Samarbejdet mellem hospitalerne og kommunerne evalueres lokalt i klyngerne på et samarbejds møde mindst en gang årligt
- Der evalueres på kommunikationsveje, overgangene i patientforløbet mellem hospital og kommune og eventuelt uforudsete problemstillinger med henblik på at drage læring af forløbene
- Parterne skal straks kontakte hinanden, hvis der opstår u hensigtsmæssigheder eller tvivlsspørgsmål i de enkelte patientforløb, så de fælles og samlede indsatser til stadighed sikres og udvikles til gavn for patienterne/borgerne

Kvalitetsudvikling

- Hjerneskadesamrådet udvikler en skabelon for audit på det tværsektorielle samarbejde
- Skabelonen sendes til klyngerne, når den er godkendt
- Auditten består af to elementer:
 - 1: Data på genoptræningsplaner – gennemføres hvert år
 - 2: Journalaudit på patientforløb – gennemføres hvert 3. år
- Audit gennemføres i klyngerne

Samarbejdsaftalen er udarbejdet på baggrund af følgende dokumenter

- Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen (2020)
- Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus
- Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner
- Samarbejdsaftale for den gode indlæggelse og udskrivning
- Flowchart for udskrivelse fra specialiseret neurorehabilitering
- Samarbejdsaftale om Apopleksiteams i Region Midtjylland - udgående og rådgivende funktioner for borgere med apopleksi på hovedfunktionsniveau

Samarbejdsaftalen er udarbejdet af

- Sundhedschef Trine Brøcker, Skive Kommune (kommunal medformand)
- Oversygeplejerske Birgitte Jacobsen, Regionshospitalet Gødstrup (regional formand)
- Udviklingskonsulent Hanne Nielsen, Horsens Kommune
- Forløbskoordinator Anne-Britt Møller Nielsen Roesen, Randers Kommune
- Hjerneskadekoordinator Birgit Madsen, Ringkøbing-Skjern Kommune
- Områdeleder Majbritt Veise Blohm, Aarhus Kommune
- Ledende terapeut Helle Dybkjær, Regionshospitalet Hammel Neurocenter
- Ledende terapeut Tine Sally Refsgaard, Hospitalsenheden Midt
- Afdelingsleder Lone Aagaard, Rehabiliteringen Tagdækkervej, Region Midtjylland
- Praktiserende læge Estrid Munk
- Peter Husted Sørensen, Patientinddragelsesudvalget
- Specialkonsulent Charlotte Brøndum, Silkeborg Kommune
- Konsulent Thorbjørn Aagaard, Fælleskommunalt Social- og Sundhedssekretariat i Midtjylland
- AC-fuldmægtig Charlotte Jensen, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland