

Hovedfunktionsniveau

# Det gode patientforløb for borgere med apopleksi

---

## **Samarbejdsaftale**

mellem det udgående apopleksiteam på HE Midt og klyngekommunerne Silkeborg, Skive og Viborg

Juli 2018

## Indholdsfortegnelse

Baggrund .....	3
Formål .....	3
Patientgruppe .....	4
Kort om det udgående apopleksiteam .....	4
Beskrivelse af patientforløb .....	4
Ved akut opstået sygdom, problemstillinger eller behov for genindlæggelse .....	7
Evaluering .....	7
Kvalitetssikring og – forbedring .....	7
Bilag 1: Flowchart over patientforløb .....	9
Bilag 2: Organisering i Silkeborg, Skive, Viborg Kommune .....	10

### Revideret Juli 2018

#### Arbejdsgruppe:

Charlotte Brøndum, Specialkonsulent, Silkeborg Kommune  
Charlotte Kjeldsen, Kvalitets- og udviklingsterapeut, Neurologi, HE Midt  
Christina Rosengreen, Ledende terapeut, Neurologi, HE Midt  
Hanne Sandgaard, Hjerneskadekoordinator, Skive Kommune  
Heidi Møller Håkansson, Afdelingssygeplejerske, Neurologi, HE Midt  
Jytte Jakobsen, Hjerneskadekoordinator, Viborg Kommune

## Baggrund

Regionsrådet i Region Midtjylland vedtog i 2011 en omlægning af det neurologiske speciale med en overordnet målsætning om en forbedret indsats for borgere med apopleksi.

Siden 1. maj 2012 har det som følge af neurologioplægningen i Region Midtjylland været indført, at alle borgere med mistanke om apopleksi undersøges og behandles akut på to regionale apopleksiafsnit på hhv. Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Holstebro, Hospitalsenhed Vest.

Neurologioplægningen indebar også, at patienter på hovedfunktionsniveau skal udskrives tidligere til eget hjem samtidig med, at der skal være samme faglige kvalitet og intensitet i indsatserne, som der er evidens for, uagtet om indsatsen leveres på hospitalet eller i kommunen.

Efter den akutte behandling udskrives patienter på hovedfunktionsniveau enten til videre rehabilitering i eget hjem, på midlertidig døgnplads eller overflyttes til fortsat behandling og rehabilitering under indlæggelse på et regionshospital med hovedfunktionsniveau. Ved behov skal patienterne sikres opfølgning ved et udgående apopleksiteam efter udskrivelsen.

Samarbejdsaftalen tager afsæt i opgaveoverdragelsesdokumentet af den 28.2.2012<sup>1</sup>, Sundhedsaftalen 2015-2018<sup>2</sup>, Forløbsprogrammet for voksne med erhvervet hjerneskade<sup>3</sup> og den medicinske teknologivurdering om hjerneskaderehabilitering<sup>4</sup>.

Principperne for udgående og rådgivende funktioner i Region Midtjylland<sup>5</sup> og erfaringer indsamlet løbende i samarbejdet mellem klyngekommunerne Silkeborg, Skive, Viborg og Hospitalsenhed Midt siden etableringen af det udgående apopleksiteam maj 2012 er indarbejdet i samarbejdsaftalen.

## Formål

Det overordnede formål med samarbejdsaftalen er at sikre velkoordinerede og effektive forløb for patienter med apopleksi (hovedfunktionsniveau) på tværs af sektorgrænserne i Midtklyngen. Gældende lovbekendtgørelser samt Sundhedsstyrelsens gældende vejledninger og anbefalinger skal til enhver tid følges.

Målet er

- At patienten oplever, at indsatsen er sammenhængende og koordineret
- At patienten og eventuelt dennes pårørende inddrages i beslutninger om forløbet i det omfang, de ønsker det og kan
- At indsatsen foregår uden unødige forsinkelser og på patientens præmisser med udgangspunkt i en individuel plan udarbejdet på baggrund af patientens behov og forudsætninger
- At patient og pårørende får de bedst mulige forudsætninger for at mestre hverdagen efter udskrivning med de ændrede betingelser, som apopleksien kan medføre.

---

<sup>1</sup> Opgaveoverdragelsesdokument i forbindelse med omlægning af apopleksiforløb i Region Midtjylland (28. februar 2012)

<sup>2</sup> Sundhedsaftalen 2015-2018 - Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner (1. februar 2015)

<sup>3</sup> Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen, 2011

<sup>4</sup> Hjerneskaderehabilitering - en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen 2011

<sup>5</sup> [Principper for udgående funktioner](#)

## Patientgruppe

Målgruppen for samarbejdsaftalen er patienter med nyopstået apopleksi visiteret til hovedfunktionsniveau. *Patienter, som visiteres til rehabilitering på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau, er således ikke målgruppe for denne samarbejdsaftale.*

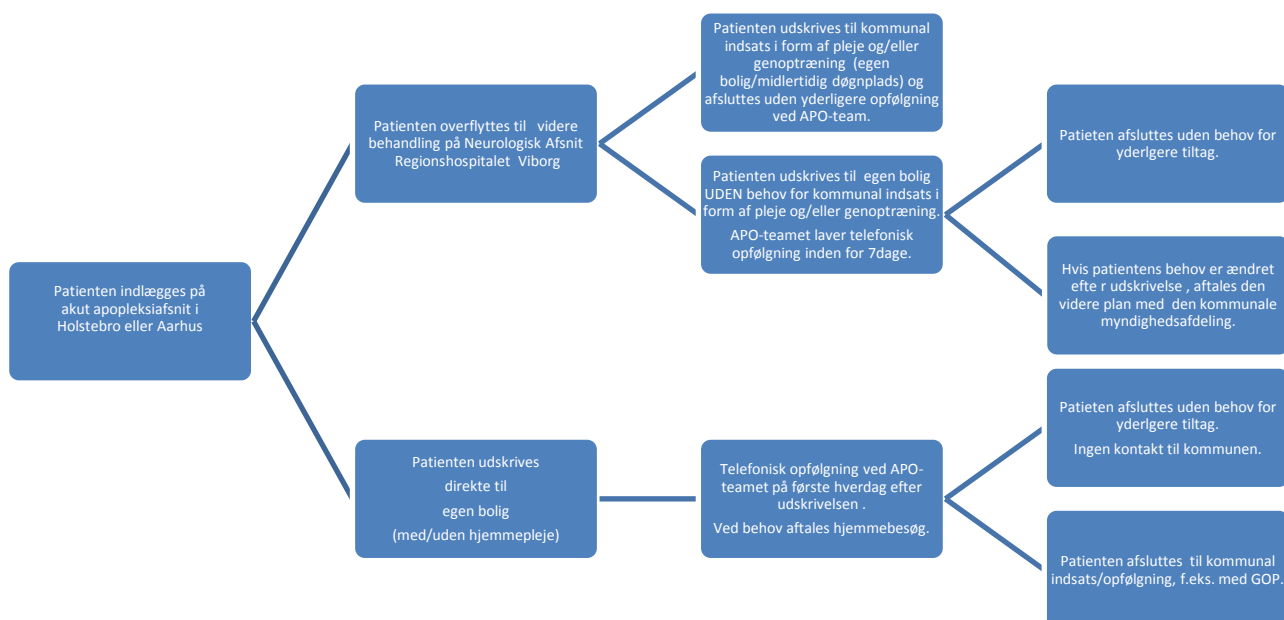
## Kort om det udgående apopleksiteam

Det udgående apopleksiteam i Midtklyngen er organisatorisk tilknyttet Neurologi, Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenhed Midt. Teamet er tværfagligt sammensat og består af læger, sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Ved behov kan det udgående apopleksiteam indhente rådgivning eller henvise patienten til andre faggrupper, f.eks. neuropsykolog, logopæd eller diætist.

Det udgående apopleksiteam varetager både opgaver i Neurologisk Afsnit i forhold til patienter indlagt med apopleksi på hovedfunktionsniveau samt en udgående og rådgivende funktion i forhold til patienter udskrevet direkte til egen bolig eller midlertidig døgnplads fra et af de akutte apopleksiafsnit. Lægen har primært en rådgivende funktion med tilstedeværelse i Neurologisk Afsnit og Neurologisk Klinik. Ved behov for lægefaglig vurdering skal patienten kunne give fremmøde i Neurologisk Klinik, Regionshospitalet Viborg.

## Beskrivelse af patientforløb

Patienter med nyopstået apopleksi (hovedfunktionsniveau) udskrives til egen bolig eller overflyttes til Neurologisk Afsnit fra det akutte apopleksiafsnit, hvis medicinske komplikationer eller komorbiditet bevirker, at patienten ikke kan udskrives direkte, se figur 1 (en større udgave af figuren findes i bilag1).



Figur 1: Patientforløb

## **Fra akut apopleksiafsnit til Neurologisk Afsnit inden udskrivelse til egen bolig eller midlertidig døgnplads**

Patienter overflyttes til Neurologisk Afsnit, når medicinske komplikationer eller komorbiditet bevirker, at de ikke kan udskrives direkte fra det akutte apopleksiafsnit.

Patienter, som overflyttes til Neurologisk Afsnit færdigudredes og færdigbehandles, inden de bliver udskrevet til kommunalt regi. Det udgående apopleksiteam varetager i samarbejde med det øvrige personale i Neurologisk Afsnit de nødvendige opgaver i forhold til patientens behov, mens patienten er indlagt.

Behov for pleje, rehabilitering, opfølgning på information givet under indlæggelsen formidles ved udskrivelsen via plejeforløbsplan, udskrivningsrapport og genoptræningsplan til de kommunale samarbejdspartnere, som varetager det videre forløb. Ved behov kan de kommunale samarbejdspartnere kontakte afdelingen eller det udgående apopleksiteam for yderligere information eller rådgivning, så eventuelle problemstillinger efter udskrivelsen kan håndteres i patientens nærmiljø.

Hvis patienten har behov for genoptræning, udarbejdes der en særskilt genoptræningsplan efter gældende retningslinjer. Genoptræningsplanen skal angive en tidsfrist for opstart af genoptræningen, hvis der er sundhedsfagligt begrundet behov herfor<sup>6</sup>. Sundhedsfagligt begrundet behov kan være, at opstart af genoptræning og rehabilitering skal igangsættes uden uhensigtsmæssig ventetid eller pauser. Dette er tilfældet, hvis der ellers vil gå et væsentligt potentiale tabt i forhold til, at patienten opnår fuld eller bedst mulig funktionsevne<sup>7</sup>.

Ved patienter, hvor der ikke er anført en tidsfrist i genoptræningsplanen, iværksætter kommunen genoptræningen i samarbejde med patienten hurtigst muligt og senest indenfor 7 kalenderdage\*; for patienter på midlertidig døgnplads typisk første hverdag efter ankomst og for patienter i egen bolig typisk inden for 3-4 hverdage efter modtagelse af genoptræningsplan. Når den kommunale genoptræningsindsats afsluttes, sender kommunens terapeuter et statusdokument til Neurologisk Klinik.

Patienter, som udskrives fra Neurologisk Afsnit til egen bolig *uden* behov for kommunal indsats, får tilbud om at blive ringet op af det udgående apopleksiteam indenfor en uge. Hvis der efter udskrivelsen er opstået et ændret behov for f.eks. pleje eller rehabilitering, kontakter det udgående apopleksiteam myndighedsafdelingen i den pågældende kommune via korrespondancemeddelelse eller om nødvendigt telefonisk for at aftale den videre plan. Kommunen overtager derefter den videre kontakt til patienten.

## **Fra akut apopleksiafsnit og direkte til egen bolig**

Det akutte apopleksiafsnit vurderer, hvilke patienter, der har behov for opfølgning ved det udgående apopleksiteam. Det udgående apopleksiteam har overordnet til opgave at sikre sammenhæng i patientforløbet i patientens overgang fra hospital til kommunalt regi. De væsentligste opgaver udover koordinering er at følge op på udredning, behandling, rehabilitering og information givet under indlæggelsen og varetage hospitalsopgaver, som ikke er afsluttet, når patienten udskrives fra et af de akutte apopleksiafsnit. Det udgående apopleksiteam følger endvidere op på indlæggelsen i forhold til risikofaktorer, sikker færd i hjemmet, mestring af ændret livssituation og beskriver behovet for videre tiltag i samarbejde med patienten.

---

<sup>6</sup> Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr 1088 af 06/10/2014 - Gældende)

<sup>7</sup> Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og Regioner (VEJ nr. 9759 af 08/10/2014 - Gældende)

\*For Skive Kommune gælder: Ved patienter, hvor der ikke er anført en tidsfrist i genoptræningsplanen, iværksætter Skive kommune genoptræningen i samarbejde med patienten hurtigst muligt; for patienter på midlertidig døgnplads typisk første hverdag efter ankomst og for patienter i egen bolig typisk inden for 3-4 hverdage efter modtagelse af genoptræningsplan.

Patienter, som udskrives direkte til egen bolig fra det akutte apopleksiafsnit, bliver kontakttet telefonisk af det udgående apopleksiteam senest en hverdag efter udskrivelsen. Hvis der er behov for yderligere udredning af patientens behov, opfølgning på behandling eller varetagelse af andre hospitalsopgaver, aftales et hjemmebesøg med patienten og eventuelle pårørende.

Hvis der er behov for yderligere kommunal indsats end der eventuelt allerede er iværksat fra det akutte apopleksiafsnit, sender det udgående apopleksiteam en korrespondancemeddelelse til kommunens myndighedsafdeling med konklusionen på opfølgningen, en kort epikrise samt en beskrivelse af patientens behov.

Hvis patienten har behov for genoptræning, udarbejdes der en særskilt genoptræningsplan efter gældende retningslinjer. Genoptræningsplanen skal angive en tidsfrist for opstart af genoptræningen, hvis der er sundhedsfagligt begrundet behov herfor<sup>8</sup>. Sundhedsfagligt begrundet behov kan være, at opstart af genoptræning og rehabilitering skal igangsættes uden uhensigtsmæssig ventetid eller pauser. Dette er tilfældet, hvis der ellers vil gå et væsentligt potentiale tabt i forhold til, at patienten opnår fuld eller bedst mulig funktionsevne<sup>9</sup>.

Ved patienter, hvor der ikke er anført en tidsfrist i genoptræningsplanen, iværksætter kommunen genoptræningen i samarbejde med patienten hurtigst muligt og senest indenfor 7 kalenderdage\*; for patienter på midlertidig døgnplads typisk første hverdag efter ankomst og for patienter i egen bolig typisk inden for 3-4 hverdage efter modtagelse af genoptræningsplan. Når den kommunale genoptræningsindsats afsluttes, sender kommunens terapeuter et statusdokument til Neurologisk Klinik.

Ved behov kan det udgående apopleksiteam aftale et overdragelsesmøde hos patienten med relevante kommunale samarbejdspartnere. Hvis patientens egen bolig er en permanent plejebolig, kontaktes myndighedsafdelingen eller patientens kontaktpersoner senest en hverdag efter udskrivelsen, når det vurderes at være relevant i forhold til den videre plan.

Kommunens myndighedsafdeling vurderer, bevilliger og videresender henvendelsen til relevante aktører i kommunen. Ved behov kan de kommunale samarbejdspartnere kontakte det udgående apopleksiteam for yderligere information eller rådgivning, så eventuelle problemstillinger efter udskrivelsen kan håndteres i patientens nærmiljø.

I bilag 2 findes en oversigt over organiseringen i de tre klyngekommuner og kontaktinformationer.

### **Registreringspraksis**

Det udgående apopleksiteam registrerer sundhedsfaglige ydelser i overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens kodekatalog (SKS). For den udgående funktion skal der altid vælges den ambulante kontekst, som knytter an til det udgående apopleksiteam.

Jf. Sundhedsdatastyrelsen er hjemmebesøg foretaget af det udgående apopleksiteam ikke takstbærende. Udelukkende besøg, hvor der anføres start- og slutkode svarende til et genoptræningsbesøg, vil kunne medføre afregning. Det udgående apopleksiteam varetager som udgangspunkt ikke genoptræningsbesøg, da det i Midtklyngen er aftalt, at kommunerne varetager genoptræningen, så snart patienten er udskrevet, og der foreligger en genoptræningsplan. For yderligere se Sundhedsdatastyrelsens Takstvejledning.

---

<sup>8</sup> Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 1088 af 06/10/2014 - Gældende)

<sup>9</sup> Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og Regioner (VEJ nr. 9759 af 08/10/2014 - Gældende)

\* For Skive Kommune gælder: Ved patienter, hvor der ikke er anført en tidsfrist i genoptræningsplanen, iværksætter Skive kommune genoptræningen i samarbejde med patienten hurtigst muligt; for patienter på midlertidig døgnplads typisk første hverdag efter ankomst og for patienter i egen bolig typisk inden for 3-4 hverdage efter modtagelse af genoptræningsplan.

## Ved akut opstået sygdom, problemstillinger eller behov for genindlæggelse

Ved akut opstået sygdom hos patienten kontaktes egen læge eller vagtlægen. Ved problemstillinger, der relaterer sig til patientens aktuelle forløb, kan det udgående apopleksiteam kontaktes i dagtiden på hverdage. Så længe lægen i det udgående apopleksiteam har behandleransvaret, kan denne vurdere behov for genindlæggelse.

Egen læge overtager formelt behandleransvaret, når han/hun har modtaget en epikrise (senest to hverdage efter, at patienten er udskrevet eller afsluttet). Derefter er det egen læge, der kan vurdere, indlægge eller genhenvise patienten. Egen læge kan i op til seks måneder genhenvise til det udgående apopleksiteam, hvis der er problematikker, som er relateret til det aktuelle forløb. Egen læge kan til enhver tid ringe og rådføre sig med neurologisk speciallæge, hvis der er behov for det.

Telefon- og kontaktoplysninger:

Det udgående apopleksiteam (hverdage mellem klokken 8-15)	7844 6040
Lokationsnummer til Neurologi, Regionshospitalet Viborg, HEM	5790000191253

## Evaluering

Der er nedsat en arbejdsgruppe i Midtklyngen, som er ansvarlig for at planlægge løbende evaluering og kvalitetssikring. Arbejdsgruppen har tilhørsforhold til klynge-temagruppen for voksne. Gruppen skal fremadrettet organiseres med kommissorium og delt formandskab på funktionslederniveau.

Det daglige samarbejde mellem det udgående apopleksiteam og kommunerne i Midtklyngen evalueres på to årlige samarbejds møder mellem det udgående apopleksiteam og kommunale nøglepersoner. Fokus på samarbejds møderne er kommunikationsveje, patientforløbene generelt og eventuelt uforudsete problemstillinger. Endvidere forpligter parterne sig gensidigt på at henvende sig ved u hensigtsmæssigheder i det enkelte patientforløb, så de fælles og samlede indsatser til stadighed sikres og udvikles til gavn for patienterne.

Samarbejdsaftalen revideres efter behov, dog minimum i forbindelse med revision af Sundhedsaftalen.

## Kvalitetssikring og - forbedring

For at sikre den overordnede kvalitet i patientforløbene på tværs af sektorer, afvikles der en gang årligt en fælles tværsektoriel forløbsaudit, hvor der auditeres på følgende målepunkter:

1. Kort og præcist indhold i plejeforløbsplaner og udskrivningsrapport<sup>10</sup> fra Neurologisk Afsnit
2. Kort og præcist indhold i korrespondancemeddelelser<sup>10</sup> fra det udgående apopleksiteam.
3. Kort og præcist indhold i genoptræningsplaner<sup>11</sup>
4. Det udgående apopleksiteam kontakter patienten senest første hverdag efter udskrivelsen<sup>12+13</sup>
5. Rettidig opdatering af FMK<sup>14</sup>
6. Rettidig afsendelse af epikriser til praktiserende læge<sup>15</sup>
7. Udlån af hjælpemidler uden forsinkelse

<sup>10</sup> Rammefortale om anvendelse af MedCom7 hjemmepleje-sygehus standarder

<sup>11</sup> Genoptræningsplaner, Retningslinje på HE Midt

<sup>12</sup> Langhorne P. et al. Early Home Supported Discharge (EHSD) services for Stroke Patients. A practical problem-based guide linking clinical evidence to clinical rehabilitation; integrated homecare, 2011

<sup>13</sup> Opgaveoverdragelsesdokument i forbindelse med omlægning af apopleksiforløb i Region Midtjylland (28. februar 2012)

<sup>14</sup> Anvendelse af Fælles Medicinkort (FMK), regional retningslinje

<sup>15</sup> Epikriser, regional retningslinje

8. Rettidig opstart af rehabilitering (rehabilitering skal påbegyndes tidligst muligt og senest inden for 7 kalenderdage\*)<sup>12+16+17+18</sup>
9. Rette indhold, intensitet og hyppighed af rehabiliteringsydelse i forhold til patientens behov (hyppighed mellem 2-7 gange om ugen)<sup>12+16+18+19+20</sup>
10. Slutstatus fra kommunale terapeuter til Neurologisk Klinik<sup>21</sup>
11. Gennemsnitlig indlæggelsestid for patienter med nyopstået apopleksi (hovedfunktionsniveau), som er indlagt på Neurologisk Afsnit.

Arbejdsgruppen i Midtklyngen er ansvarlig for at planlægge den tværsektorielle audit. Såfremt auditten viser behov for kvalitetsforbedrende indsatser, har arbejdsgruppen ansvar for at vurdere hvem og hvilke ledelser, der skal involveres.

---

<sup>16</sup> Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen, 2011

<sup>17</sup> Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi og TCI. Udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Selskab for Apopleksi 17. juni 2013

<sup>18</sup> Hjerneskaderehabilitering - en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen 2011

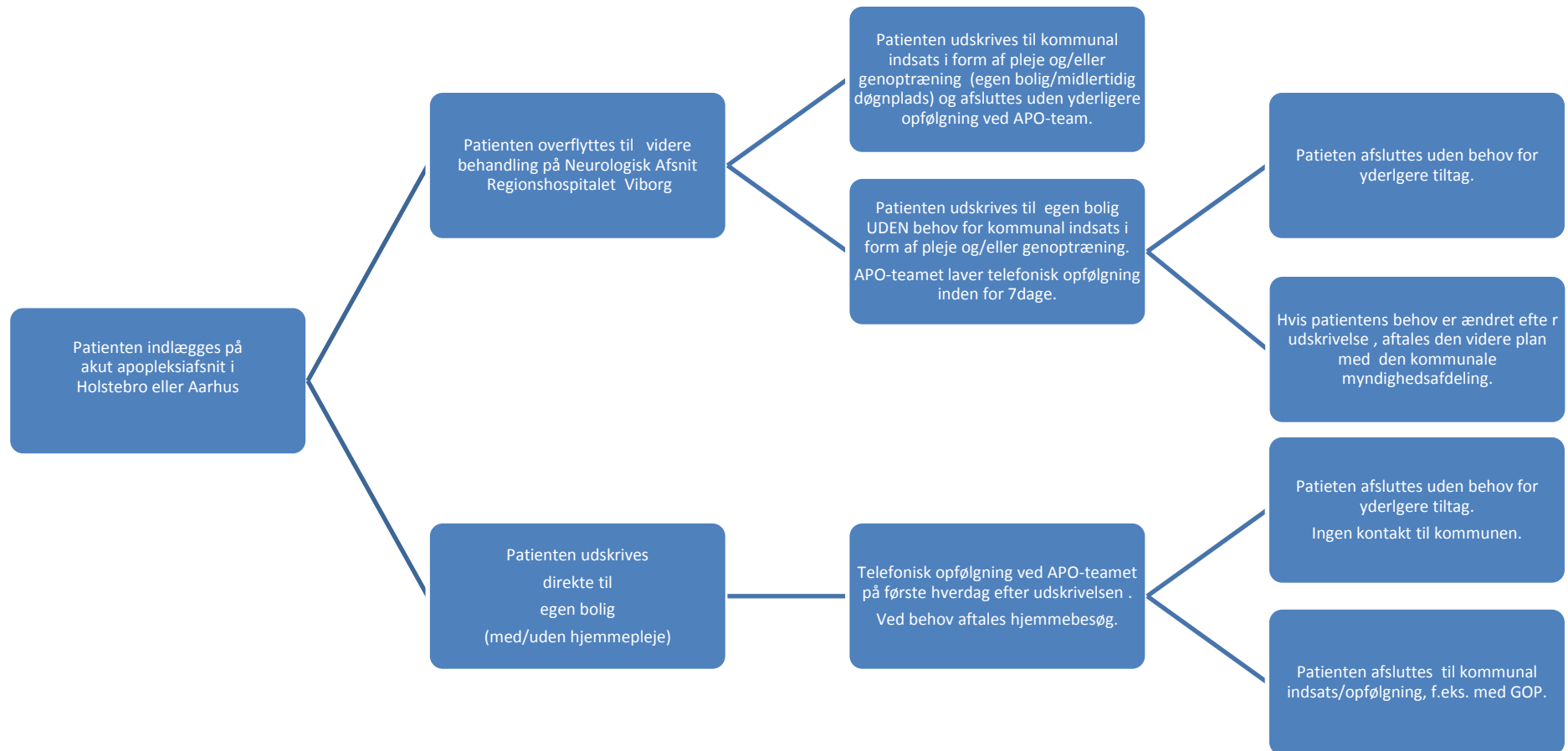
<sup>19</sup> Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje.

<sup>20</sup> National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi. Sundhedsstyrelsen, 2014.

<sup>21</sup> Sundhedsaftale 2015-2018 Koncept for den gode genoptræningsplan, 26. august 2016



## Bilag 1: Flowchart over patientforløb



## Bilag 2: Organisering i Silkeborg, Skive, Viborg Kommune

Kommune	Ved udskrivelsen fra N09 eller via APO-teamet	Fra APO-team til eget hjem	Fra APO-team til døgngenoptræning	Faglige oplysninger i forbindelse med udskrivelsen	Særligt komplekse sager (på tværs af afdelinger)
<b>Silkeborg Kommune</b>	<p>Visitationen adviseres ved alle udskrivelser.</p> <p>Visitationen er åben mandag til torsdag fra 8.00-10.00 og 12.00-15.00 samt fredag fra 8.00-13.30. Telefonnummer: 8970 1860</p> <p>GOP sendes til Genoptræningscentret på lokationsnummer 579 000 135 29 05. Der tilføjes "genoptræningsplan" i overskriften. Genoptræningscentret kan kontaktes enten på telefonnummer 8970 4996 eller 8970 3650</p>	<p>Borgere, der udskrives til eget hjem får genoptræning på hhv. basalt og avanceret niveau.</p> <p>Apo-teamet kontakter først visitationen og har derefter samarbejde med personalet omkring borger, både pleje, sygepleje og genoptræning.</p>	<p>Patienter fra hovedfunktionsniveau med behov for døgngenoptræning visiteres til genoptræningscenter Remstruplund gennem visitationen, hvor der er indsats på avanceret niveau. Hvis aktuelt laves der overlevering fra center til personale i eget hjem, når forløb er færdigt på centret.</p> <p>Visitationen kontaktes ved udskrivelsen. Genoptræningscenter Remstruplund har telefonnummer 2120 1417</p>	<p>Vi har en funktion, der hedder "faglig rådgivning".</p> <p>Her kan samarbejdspartere /borgere/pårørende få råd og vejledning i forbindelse med hjerneskade/sygdomsforløb af to neurofaglige ergoterapeuter:</p> <p><a href="mailto:Ellenkatballe.bjerg@silkeborg.dk">Ellenkatballe.bjerg@silkeborg.dk</a> <a href="mailto:Annette.praestmark@silkeborg.dk">Annette.praestmark@silkeborg.dk</a></p> <p>Telefontid man- og onsdag i tidsrummet 8.30-10.00 på telefonnummer: Annette: 2164 2191 Ellen: 2171 8490</p>	<p>Behandles i ad-hoc sammensat hjerneskadeteam med udgangspunkt i borgerens specifikke behov. Teamet laver en tværfaglig behovsvurdering som baggrund for indsats</p> <p>Borgere med behov for logopædindsats får denne via aftale med IKH, Aarhus.</p>

Kommune	Ved udskrivelsen fra N09 eller via APO-teamet	Fra APO-team til eget hjem	Fra APO-team til døgnoptræning	Faglige oplysninger i forbindelse med udskrivelsen	Særligt komplekse sager (på tværs af afdelinger)
<b>Viborg Kommune</b>	<p>Alle henvendelser vedrørende udskrivelser går til sygehusvisitationen i Sundhed og Omsorg via advis.</p> <p>Sygehusvisitationen har åbent på hverdage mellem kl. 9.00 – 14.30. Telefonnummer: 8787 6160</p> <p>Alle henvendelser vedrørende genoptræning går via GOP til Viborg kommunes Genoptræningsenhed via MedCom på lokationsnummer 579 000 012 22 71</p>	<p>Ved behov for Overdragelsesbesøg kontakter hjerneskadekoordinator, der videregiver oplysningen til neurofaglige terapeuter. Træffes hjerneskadekoordinator ikke, skal APO- teamet kontakte servicecenter på telefonnummer 8787 6667, der formidler videre til neurofaglige terapeuter.</p>	<p><b>Rehabiliteringscenter Viborg:</b> Midlertidigt ophold, der som udgangspunkt varer 6 uger.</p> <p><b>Neurorehabiliteringen Toftegården:</b> Midlertidigt ophold, der varer så længe, der er udviklingspotentiale hos borgeren. De borgere, der kommer til Neurorehabiliteringen Toftegården er borgere, hvor rehabiliteringen kræver en merviden ift. senhjerneskadede.</p>	<p>Hjerneskadekoordinatoren, kan benyttes af både borgere/ pårørende og interne/ eksterne samarbejdspartnere, og kan tilbyde råd og vejledning i forhold til ændrede livsvilkår samt koordinere særligt komplekse sager internt i kommunen. Hjerneskadekoordinatoren kan træffes på telefonnummer 4033 8341</p> <p>Viborg kommune kan også tilbyde et målrettet undervisningstilbud til voksne med sprog, tale- og kognitive vanskeligheder. Se mere på <a href="http://www.CKUSV.dk">www.CKUSV.dk</a></p> <p>Inden Viborg Kommune vurderer behovet for hjemmehjælp, skal kommunen tilbyde borgeren et tidsafgrænset, korterevarende og målorienteret rehabiliteringsforløb, såfremt der vurderes at kunne forbedre borgerens funktionsevne, dette forløb kaldes En borger – et forløb.</p>	<p>Særligt komplekse sager, vurderes af tværfagligt hjerneskadeteam. Dette team sammensættes ad hoc af hjerneskadekoordinatoren. Teamet går på tværs af afdelinger og sikrer, at der foregår en tværfaglig vurdering af borgeren som baggrund for de indsatser, der skal bringe borgeren til tidligere eller bedst mulige funktionsniveau.</p>

Kommune	Ved udskrivelsen fra N09 eller via APO-teamet	Fra APO-team til eget hjem	Fra APO-team til døgnoptræning	Faglige oplysninger i forbindelse med udskrivelsen	Særligt komplekse sager (på tværs af afdelinger)
<b>Skive Kommune</b>	Alle henvendelser vedrørende udskrivelser og GOP går til Skive kommunes myndighedsafdeling via MedCom på lokationsnummer 579 0000 122 745. Oplysningerne sendes videre til kontaktperson og hjerneskadekoordinator Hanne Sandgaard Telefonnummer: 9915 7320 eller 2034 3074	I tilfælde hvor det skønnes relevant med overlevering i borgerens eget hjem sender APO teamet MedCom avis til Myndighedsafd., der videresender til Sundhedscenteret. Der i samarbejde mellem hjerneskadekoordinator og trænende terapeuter tilrettelægges indsatsen.	Gnisten: Midlertidigpladser organiseret i pleje og omsorg i Skive kommune. Der sendes MedCom besked til myndighedsafd., som videresender til relevante samarbejdspartner, hjerneskadekoordinator, Pleje og Omsorg. Midlertidigt ophold visiteres af Myndighedsafdelingen.	Rehabiliteringsforløb tilrettelægges og koordineres af hjerneskadekoordinator sammen med borgeren og evt. dennes nærmeste pårørende. Hjerneskadekoordinators opgave er at sikre et sammenhængende rehabiliteringsforløb med gode overgange mellem sektorer, at etablere kontakt og møder med relevante instanser og fagprofessionelle, så rette indsats ydes på rette tidspunkt, og sikrer aftalt indsats er iværksat. Hjerneskadekoordinatoren er kontaktperson i forhold til henvendelser fra pårørende om information og vejledning samt inddrager de pårørende aktivt i rehabiliteringsforløbet I et samarbejde mellem Sundhedscenteret og hjerneskadeforeningen er det muligt for den ramte borger samt voksne pårørende, børn og unge at mødes med ligestillede i samtalecafe. Skive Kommune har et målrettet undervisningstilbud til voksne med sprog, tale- og kognitive vanskeligheder. Se nærmere på <a href="http://www.ckusv.dk">www.ckusv.dk</a>	Hjerneskadekoordinator kontaktes, og koordinerer indsatsen i Skive Kommune.

