

Politisk sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade

1. Formål

Det overordnede formål med sundhedsaftalen vedrørende voksne med erhvervet hjerneskade er at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænserne.

Denne sundhedsaftale skal bidrage til, at alle parter (borgerne, sundhedsfagligt personale og sagsbehandlere) kan navigere i de komplekse forløb således, at der sikres målrettede og velkoordinerede forløb.

Sundhedsaftalen vedrører patientforløb, hvor voksne med erhvervet hjerneskade er indlagt på et hospital i Region Midtjylland¹ og derfra udskrives til hjemkommunen. Sundhedsaftalen vedrører således overgangen i patientforløbene mellem hospitalerne og kommunerne.

Sundhedsaftalen retter sig mod:

- Kommunerne i Region Midtjylland
- Afdelingerne på hospitalerne i Region Midtjylland, som udskrives voksne med erhvervet hjerneskade til en kommune i Region Midtjylland
- De praktiserende læger i Region Midtjylland

Sundhedsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade omfatter: Voksne med relativt pludseligt opståede hjerneskader, der kan tidsfæstes og, hvor årsagen til skaderne eksempelvis er blødninger, blodpropper, iltmangel, hovedtraumer med kvæstelsesfølger, tumorer eller andre tilgrænsede lidelser. Andre følgetilstande efter generelle sygdomme, misbrug, hjernerystelser, whiplash og fremadskridende neurologiske sygdomme er ikke omfattet af sundhedsaftalen.

Det er vigtigt, at samarbejdet mellem sektorerne har fokus på borgerens egenomsorg.

Sundhedsaftalen er en tillægsaftale til den generelle sundhedsaftale gældende for perioden 2011 – 2014. Den udfolder det særlige tværsektorielle samarbejde om voksne med erhvervet hjerneskade, hvor kompleksiteten er et vilkår.

2. Målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget har for perioden 2011 – 2014 udpeget følgende målsætninger for sundhedsaftalen om voksne med erhvervet hjerneskade:

- Sikring af kompetenceudvikling hos personalet, der arbejder med voksne med erhvervet hjerneskade
- Færdigbehandlede voksne med erhvervet hjerneskade bør ikke være indlagte
- Inden den voksne med erhvervet hjerneskade udskrives fra hospitalet vil der være taget stilling til, om der er behov for nærmere kognitiv udredning af de mentale følger eventuelt i form af neuropsykologisk vurdering, og en sådan vil være gennemført hvis relevant
- Statusrapporten² skal være udfyldt således, at det tydeligt fremgår, hvad det fremtidige rehabiliteringsbehov er (gælder for patienter indlagt på neurorehabiliteringsenheder på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau)

¹ Hovedfunktionsniveau, Regionsfunktionsniveau og Højtspecialiseret niveau.

- Kommunerne har etableret en hjerneskadekoordinatorfunktion
- Kommunerne har etableret et hjerneskadeteam

3. Komplexiteten i forløbene

Rehabiliteringsforløbene for voksne med erhvervet hjerneskade er ofte komplekse. Komplexiteten kommer til udtryk inden for både det sundhedsfaglige område, det socialfaglige område og det organisatoriske område.

Voksne med erhvervet hjerneskade vil som direkte følge af skaden som hovedregel have pådraget sig fysiske, helbredsmæssige, kognitive, kommunikative, emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser i varierende omfang og indenfor forskellige domæner. Forstyrrelserne er afhængige af hjerneskadens sværhedsgrad og lokalisering. De fleste borgere har behov for udredning af forskellige fagpersoner, f.eks. læger, logopæder, neuropsykologer, socialrådgivere, sygeplejersker samt ergo- og fysioterapeuter med henblik på planlægning af neurorehabilitering, pleje, hjælp til kompensationsstrategier og rådgivning af den hjerneskadede person og de pårørende. Ud over de til skaden direkte relaterede problemstillinger vil mange få sekundære psykiske reaktioner på de erhvervede funktionsforstyrrelser.

Problemstillingernes art, omfang og kompleksitet afhænger af den skadede borgers aktuelle helbredstilstand, motoriske og kognitive følger efter skaden, de psykiske reaktioner og de familiære og sociale ressourcer omkring borgeren. Konsekvenserne af en skade skal ses i en dynamisk sammenhæng, som forandres over tid. Tiden vil i sig selv kunne indvirke på selve skadens konsekvenser i både positiv og negativ retning.

Forløbene kompliceres ydermere af, at hele familien bliver berørt, når et medlem af familien rammes af en hjerneskade. Forløbene er ofte langvarige, og den hjerneskadede får ofte en varig nedsat funktionsevne (fysisk og/eller mentalt). Hele familien vil således stå i en ny livssituation, hvilket er krævende.

Håndteringen af disse problemstillinger kræver tværsektorielle løsninger og et godt samarbejde - ikke bare internt i de enkelte sektorer, men også mellem regionens sundhedsvæsen, hjemkommune, egen læge og andre relevante aktører. Særligt i forbindelse med overgange mellem sektorer er en tæt koordinering afgørende for, at den ramte ikke efterlades med uløste problemstillinger, f.eks. i forhold til rehabiliteringsbehov, forsørgelsesgrundlag, bolig, pleje, aktivitetstilbud, nærmere udredning f.eks. i form af neuropsykologisk undersøgelse, bostøtte og familiesituation. Det er således vigtigt, at der skabes fælles forståelse mellem parterne for løsning af de mange specialfunktioner.

Sundhedsfaglig kompleksitet

- Borgere kan pådrage sig en erhvervet hjerneskade på forskellig vis (traumer, blødninger m.m.)
- Borgeren kan få forskellige former for og sværhedsgrader af funktionsforstyrrelser (mentale og/eller fysiske) som følge af den erhvervede hjerneskade
- Borgerne har som regel behov for fortløbende opfølgning

Disse forhold betyder, at borgerne har vidt forskellige behov for det videre forløb, herunder rehabilitering. Hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger skal således tilbyde individuelt tilrettelagte forløb til voksne med erhvervet hjerneskade.

² Statusrapporten er en tværfaglig udskrivningsstatus, som hospitalet sender til kommunen. I statusrapporten beskrives bl.a. borgerens funktionsniveau ved hjælp af ICF-terminologien (International Classification of Function and disability).

Organisatorisk kompleksitet

- Borgerne har behov for, at kommunerne tilbyder rehabilitering, eksempelvis uddannelses- og erhvervsafklaring, bo- og aktivitetstilbud, pleje, socialpædagogisk støtte m.m. Behovet er forskelligt hos borgerne jf. ovenstående
- Mange borgere og pårørende oplever, at de kommer i kontakt med flere forskellige forvaltninger og sagsbehandlere i kommunen samt skal forholde sig til forskellige lovgivninger. Dette kan medføre, at borgerne og de pårørende mister overblikket over forløbet
- Borgerne og de pårørende kan have behov for socialfaglig rådgivning fra kommunen om privatøkonomi og forsørgergrundlag, da forsørgelsesgrundlaget kan ændre sig som følge af de helbreds- og erhvervsmæssige konsekvenser, den erhvervede hjerneskade kan give borgeren. Behovet for socialfaglig rådgivning er forskelligt hos borgerne og de pårørende
- Der er et stort behov for koordinering blandt flere sagsbehandlere og sundhedsprofessionelle for at mindske kompleksiteten og sikre et mere sammenhængende forløb for borgeren
- Familierne – både skadede og øvrige familiemedlemmer – har et stort behov for en helhedsorienteret støtte fra kommunen. En støtte, som hjælper dem til at få et overblik over situation, nær og fjern fremtid. Herunder hvilke indsatser, det kan være relevant at inddrage, f.eks. psykologiske ændringer, ændringer i familiestruktur, rolle-ændringer

3.1. Social lighed i sundhed

Social lighed i sundhed er fokusområde i den generelle sundhedsaftale, der gælder for perioden 2011 – 2014. Visionen for sundhedsaftalen er "Region Midtjylland, kommunerne i regionen og almen praksis udgør et samlet sundhedsvæsen kendetegnet ved sammenhængende forløb, effektiv ressourceudnyttelse, dokumenterede effekter og tværsektorielle data samt øget social lighed i sundhed". Øget social lighed i sundhed betyder i sundhedsaftalen,

- At forskellen i den gavn, borgerne har af sundhedstilbud skal udlignes, så alle borgere uanset social status får optimalt udbytte af indsatsen, så
 - sundhedsydelse er rettet mod den enkelte patients/borgers og den enkelte målgruppes behov
 - sundhedsydelse er tilgængelige uanset patientens/borgerens forudsætninger

Social lighed i sundhed er et relevant tema i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade – både før og efter borgeren pådrager sig en erhvervet hjerneskade.

Når en borger rammes af en hjerneskade, kræver det mange menneskelige ressourcer for den hjerneskadede borger og de pårørende at leve med en hjerneskade og følgerne deraf. Dertil kommer, at forsørgelsesgrundlaget i familien kan ændre sig markant. Den hjerneskadede borger og de pårørende er således ofte sårbare og kan følgelig blive social udsat.

Ulighed i sundhed på hjerneskadeområdet gør sig også gældende på andre områder: Undersøgelser viser, at ulighed i sundhed rammer ældre borgere (65+), der får en apopleksi. Det er vigtigt fremadrettet at kunne tilbyde neurorehabilitering til alle ældre, der rammes af en apopleksi og har behov for efterfølgende neurorehabilitering. Den nye generation af ældre stiller større krav til neurorehabilitering end tidligere generationer af ældre, og det er derfor nødvendigt at tilbyde kvalificeret, målrettet, koordineret og sammenhængende neurorehabilitering for alle patienter uanset alder og funktionsniveau og dermed fremme ligheden i sundhed³.

³ Anders Degn Pedersen: "Eksperterns blinde øje", Fokus, nr. 4, 2004

4. Indsatsområder

Følgende indsatsområder er prioriteret i sundhedsaftalen:

- Voksne med erhvervet hjerneskade, som har komplekse problemstillinger
 - Svært hjerneskadede voksne med behov for specialiserede tilbud
 - Voksne med erhvervet hjerneskade, som har blandingsdiagnoser (misbrug, psykiatrisk lidelse, sociale problemer)
 - Erhvervsaktive voksne med en erhvervet hjerneskade, som har behov for erhvervsafklaring/revalidering/uddannelse
- Neuropsykologiske vurderinger af de mentale følger efter hjerneskade
- Etablering af kommunale hjerneskadekoordinatorer og hjerneskadeteams

Hjerneskadesamrådet har til opgave at arbejde med indsatsområderne i aftaleperioden 2011-2014.

5. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
	Sikring af kompetenceudvikling hos personalet, der arbejder med voksne med erhvervet hjerneskade	At personale deltager i kompetenceudviklende kurser, som etableres af Hjerneskadesamrådet og andre udbydere	I 2013 opgøres, hvor mange der har deltaget på kurserne udbudt af Hjerneskadesamrådet i 2011, 2012 og 2013 fordelt på kommuner og regionale institutioner ⁴	Hjerneskadesamrådet
	Færdigbehandlede voksne med erhvervet hjerneskade bør ikke være indlagte	Antallet af sengedage, som færdigbehandlede patienter med erhvervet hjerneskade optager på hospitalsafdelingerne i Region Midtjylland, skal monitoreres år for år	Opfølgingsgruppen laver en opgørelse første gang 2012, herefter 1 gang årligt	Hjerneskadesamrådet
	For alle indlagte voksne med erhvervet hjerneskade vil der blive taget stilling til på baggrund af en lægefaglig vurdering, om der er behov for en neuropsykologisk undersøgelse, og i bekræftende fald vil den blive gennemført på udskrivningstidspunktet	Alle voksne med erhvervet hjerneskade har fået vurderet, om de har behov for en neuropsykologisk undersøgelse, og i bekræftende fald er den blevet gennemført	Der udtages stikprøve i 2013 mhp. at undersøge, om der i journalen er taget stilling til behovet for neuropsykologisk undersøgelse Opfølgingsgruppen udarbejder en opgørelse over antallet af neuropsykologiske vurderinger gennemført i hospitalsregi. Optællingen kan ske på baggrund af SKS-kodning for neuropsykologisk undersøgelse for de relevante patientgrupper	Hjerneskadesamrådet
	Statusrapporten skal være udfyldt således, at det tydeligt fremgår, hvad det fremtidige rehabiliteringsbehov er	Alle patienter, som udskrives fra de regionale neurorehabiliteringsenheder i hospitalsregi, udskrives med en statusrapport	Der udtages stikprøver i 2013 som vurderes af Hjerneskadesamrådet	Hjerneskadesamrådet
	Kommunerne har etableret en hjerneskadekoordinatorfunktion	Alle kommuner i Region Midtjylland har i 2014 etableret hjerneskadekoordinatorfunktion	Det opgøres i 2014, hvor mange kommuner der har etableret hjerneskadekoordinatorfunktion	Hjerneskadesamrådet
	Kommunerne har etableret et hjerneskadeteam	Alle kommuner i Region Midtjylland har i 2014 etableret hjerneskadeteams	Det opgøres i 2014, hvor mange kommuner der har etableret hjerneskadeteams	Hjerneskadesamrådet

⁴ Det er en indikator for, at der foregår kompetenceudvikling. Der vil ikke være tale om en samlet opgørelse, da der også udbydes kompetenceudviklende kurser i andre regier.

Administrativ sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade

Denne aftale er den administrative udmøntning af den politiske aftale om voksne med erhvervet hjerneskade.

1. Aktører

De primære aktører i samarbejdet om voksne med erhvervet hjerneskade er personale på hospitalerne (hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau), i regionen og i kommunerne, som arbejder med voksne med erhvervet hjerneskade, samt almen praksis.

2. Lovgivningsmæssige rammer

Følgende lovgivninger danner rammen for sundhedsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade:

- Sundhedsloven
- Lov om Social Service
- Beskæftigelseslovgivning
 - Lov om Aktiv Socialpolitik
 - Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats
 - Lov om sygedagpenge
 - Pensionsloven
- Lov om Specialundervisning for Voksne
- Lov om Statens Uddannelsesstøtte
- Lov om Særlig Tilrettelæggelse af Uddannelse
- Værgemålsloven
- Lovgivning om Sagsbehandling
 - Offentlighedslov
 - Forvaltningslov
 - Retssikkerhedslov
 - Patienters retsstilling
 - Lov om Behandling af Personoplysninger

3. Ansvars- og opgavefordeling

Der er aftalt følgende ansvars- og opgavefordeling mellem regionen og kommunerne i Region Midtjylland:

3.1. Hospitalerne

Hospitalerne har ansvaret for at udrede, behandle, pleje, genoptræne og rehabilitere voksne med erhvervet hjerneskade, når patienterne er indlagt på hospital. Hospitalerne har ved udskrivning ansvar for at formidle borgerens behov for støtte socialt og rehabiliteringsmæssigt, f.eks. ved fremsendelse af genoptræningsplan.

Voksne med erhvervet hjerneskade indlægges på forskellige afdelinger på alle hospitalsenhederne i Region Midtjylland. Selve rehabiliteringen af voksne med erhvervet

hjerneskade på hospitalerne er inddelt i tre specialiseringsniveauer jfr. Sundhedsstyrelsens generelle principper, krav og anbefalinger for specialeplanlægning⁵:

3.1.1. Hovedfunktionsniveau

Ydelserne er af begrænset kompleksitet, såvel sygdom som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og ressourceforbruget giver ikke anledning til en samling af ydelserne. Borgerne indlægges primært på en neurologisk afdeling eller en medicinsk afdeling. Nogle borgere indlægges imidlertid på neurokirurgisk afdeling, infektionsmedicinsk afdeling eller andre afdelinger. Borgerne bliver rehabiliteret på de nævnte afdelinger og udskrives til kommunen eller overflyttes til et hospital på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret funktionsniveau til videre rehabilitering.

3.1.2. Regionsfunktionsniveau

Ydelserne er af nogen kompleksitet, sygdom og sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller ressourceforbruget giver anledning til en vis samling af ydelserne. Funktionen er i Region Midtjylland placeret på (2010):

- Regionshospitalet Hammel Neurocenter
- Neurorehabiliteringsafsnit på Regionshospitalet Skive
- Neurologisk afdeling på Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Lemvig

3.1.3. Højt specialiseret funktionsniveau

Ydelserne er af betydelig kompleksitet og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er meget sjældent forekommende og skaber derfor behov for samling af erfaring, og/eller ressourceforbruget er betydeligt. I Vest Danmark er funktionen placeret på:

- Regionshospitalet Hammel Neurocenter

3.1.4. Ambulatoriefunktioner

Regionshospitalet Hammel Neurocenter har etableret følgende ambulatoriefunktioner, som den praktiserende læge, hospitalet eller speciallægen kan henvise borgerne til:

Ambulatorium for Dysfagi og Endoskopi – Regionshospitalet Hammel Neurocenter - for patienter med neurologisk betinget synkefunktionslidelse

Dysfagi viser sig som vanskelighed med at spise og drikke samt ændret beskyttelse af luftvejene. Behandling foregår ved en Fiberoptisk endoskopisk evaluering af synkefunktionen (FEES), der omfatter undersøgelse, vurdering og evt. behandling samt opfølgning og kontrol af patienter med cuffedede trakealtuber.

Ambulatorium for voksne – Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Der modtages patienter til forundersøgelser, opfølgning efter indlæggelse samt til almen neurologisk vurdering og udredning af hjerneskadede. Der foretages bl.a. vurdering til 14 dages ophold og forslag til videre behandlingstiltag. Et nyt behandlingstiltag er intensiv træning af arm- og håndfunktion hos apopleksipatienter (CIMT).

Ambulatorium for spasticitet – Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Ambulatoriet vurderer og behandler patienter med fokal eller svær generaliseret spasticitet. De behandles med Botolinum – toxin eller baklofenpumpe. Behandlingen er forebyggende for kontrakturer og smertelindrende. Patienterne vurderes af både læge og fysioterapeut ved hvert besøg.

⁵ Sundhedsstyrelsen: "Generelle principper, krav og anbefalinger for specialeplanlægning", 2008

Ambulatorium for Kognitive problemstillinger – Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Patienter henvises med henblik på behandling af kognitive, emotionelle, motivations- og adfærdsmæssige funktionsforstyrrelser. I den tværfaglige udredning kan indgå neuropsykologiske tests foretaget af neuropsykologer på stedet. Ved komplekse tilstande kan der viderehenvises til et 14-dages vurderingsophold på kognitiv klinik, RHN, via dette ambulatorium.

Regionshospitalet Holstebro har etableret følgende ambulatoriefunktioner, som den praktiserende læge, hospitalet eller speciallægen kan henvise borgerne til:

Regionshospitalet Holstebro har regionsfunktion indenfor spasticitets-behandling med Botox. Patienter med fysiske og kognitive skader kan henvises til Neurologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Holstebro til vurdering med henblik på baclofenpumpe og/eller vurderingsophold. Såfremt det findes indiceret, kan patienten henvises til efterfølgende individuel intensivt rehabiliterings-ophold.

Regionshospitalet Viborg har etableret ambulatorium, som den praktiserende læge, hospitalet eller speciallægen kan henvise borgerne til.

3.2. Kommunerne

Kommunerne har ansvaret for at tilbyde voksne med erhvervet hjerneskade behovsrelaterede indsatser efter udskrivning samt sikre fortløbende tilbud til voksne med erhvervet hjerneskade med henblik på at vedligeholde eller forbedre funktionsevnen.

Tilbuddene omfatter rehabiliteringstilbud som eksempelvis:

- Genoptræning
- Pleje
- Bo- og aktivitetstilbud
- Undervisning
- Socialpædagogisk og psykologisk støtte
- Uddannelses- og erhvervsafklaring
- Beskyttet beskæftigelse
- Rådgivning
- Hjemmevejledning

Kommunernes tilbud på ses på www.tilbudsportalen.dk.

3.3. Regionale rehabiliteringssteder og sociale tilbud

Region Midtjylland har tilbud til voksne med erhvervet hjerneskade. Tilbudsviften er bred og rummer midlertidige og varige botilbud.

Der tilbydes træning og rehabilitering af tværfagligt team eksempelvis – fysio- og ergoterapeuter, socialpædagoger, sygeplejersker og sundhedsassistenter. Som udgangspunkt tilrettelægges indsatsen ud fra en neuropsykologisk udredning og med en neuropædagogisk tilgang.

Link til de regionale rehabiliteringssteder og sociale tilbud:

<http://www.rm.dk/psykiatri+og+social/sociale+tilbud>

4. Indsatsområder

Rehabiliteringsforløbene for voksne med erhvervet hjerneskade er ofte komplekse og fordrer indsatser, der er målrettet den enkeltes særlige behov. Komplexiteten kommer til udtryk inden for både det sundhedsfaglige område, det socialfaglige område og det organisatoriske område.

Følgende indsatsområder, som Hjerneskadesamrådet har til opgave at arbejde med i aftaleperioden 2011-2014, er prioriteret i sundhedsaftalen:

4.1. Voksne med erhvervet hjerneskade med komplekse problemstillinger

4.1.1. Svært hjerneskadede voksne med behov for specialiserede tilbud

En gruppe voksne, der rammes af en svær hjerneskade efter blodprop, hjerneblødning eller kranietraume, har efter endt hospitalsophold behov en intensiv døgnrehabiliteringsindsats. Der er behov for en fortsættelse af genoptræningen i hospitalsregi, hvor rehabiliteringen fører til en bedre livskvalitet og øget mestring af eget liv ud fra de nye livsbetingelser. En mindre gruppe voksne med svære hjerneskader har udover intensivt rehabiliteringsbehov, behov for døgnovervågning.

4.1.2. Voksne med erhvervet hjerneskade med blandingsdiagnoser (misbrug, psykiatrisk lidelse, sociale problemer)

En gruppe voksne, som har blandingsdiagnoser og samtidig rammes af en hjerneskade, har behov for flere typer af hjælp og behandling end andre voksne, der rammes af en hjerneskade. Dette øger behovet for en bredspektret rehabilitering baseret på inddragelse af og samarbejde mellem de specialer, som er involveret i rehabiliteringen.

4.1.3. Erhvervsaktive voksne med en erhvervet hjerneskade med behov for erhvervsafklaring/revalidering/uddannelse

En betydelig gruppe voksne er i den erhvervsaktive alder, når de rammes af en hjerneskade⁶. I den sidste del af deres rehabilitering er de som oftest forsat uafklarede med hensyn til fremtidig beskæftigelse. Kommunen bør have fokus på afklaring af borgerens erhvervssevne, som kan afdækkes ved faglige vurderinger evt. kombineret med praktisk afprøvning. Især de lettere hjerneskadede med hovedsagligt kognitive problemer kan være svære at "fange" i det kommunale system, da de som oftest ikke er i de etablerede tilbud til senhjerneskadede i kommunen og ikke får en genoptræningsplan efter udskrivelse fra hospital. Afklaringen kan synliggøre, om borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet handler om ordinær beskæftigelse, uddannelse, revalidering eller støttet beskæftigelse.

4.2. Neuropsykologiske vurderinger af de mentale følger efter hjerneskade

Mange voksne med erhvervet hjerneskade vil have pådraget sig mentale vanskeligheder i form af kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser. Det er ofte disse vanskeligheder, der er de sværeste at tackle for den skadede selv, de pårørende og personalet i kommunerne. Det er derfor af afgørende betydning, at disse vanskeligheder og muligheder for fortsat træning og kompensation er nærmere vurderet. Neuropsykologen er i denne sammenhæng den centrale fagspecialist. I dag forlader mange voksne med erhvervet hjerneskade hospitalsvæsenet, særligt fra hovedfunktionsniveau, uden, at der er taget stilling til erhvervede mentale forstyrrelser, og som følge heraf besværliggøres kommunernes muligheder for effektivt at etablere relevante tilbud. På den baggrund er hospitalernes opgave m.h.t. neuropsykologiske vurderinger et indsatsområde.

⁶ I Region Midtjylland rammes hvert år ca. 2.400 personer af en hjerneskade. Heraf befinder de 700 sig i den erhvervsaktive alder. Tallene er beregnet på www.hjerneakassen.dk

4.3. Hjerneskadekoordinatorfunktion⁷ og hjerneskadeteam⁸

Med henblik på at sikre gode overgange mellem hospital og kommune samt optimere koordineringen af rehabiliteringsforløbene i kommunerne og gøre forløbene mindre komplekse for voksne med erhvervet hjerneskode og de pårørende anbefales det i denne sundhedsaftale, at kommunerne etablerer en hjerneskadekoordinatorfunktion og et hjerneskadeteam. Hjerneskadekoordinatorfunktionen og hjerneskadeteamet kan eventuelt etableres som et tværkommunalt samarbejde.

Hjerneskadekoordinatorens og hjerneskadeteamets opgaver er indarbejdet i den sundhedsfaglige aftale.

4.3.1. Hjerneskadekoordinatorfunktion

Hjerneskadekoordinatoren er borgerens og samarbejdspartnerens kontakt i kommunen. Opgaven for en hjerneskadekoordinator er at skabe sammenhængende forløb og være tovholder for borgeren. Det betyder, at en kommunal hjerneskadekoordinator skal medvirke til samarbejde og varetage den overordnede koordinering på tværs af ydelser, indsatser, forvaltninger, sektorer og aktører for derved at kunne guide borgeren gennem et velkoordineret rehabiliteringsforløb. Erfaringerne med hjerneskadekoordinatorer viser, at borgerne kan bruge deres kræfter på at blive rehabiliteret frem for at forsøge selv at have overblik over deres rehabiliteringsforløb.

Hjerneskadekoordinatoren besidder specialviden indenfor planlægningen af det kommunale forløb og har overblik over lovgivning og tilbud. Hjerneskadekoordinatoren kan have en faglig baggrund som f.eks. socialrådgiver, speciallærer, pædagog, sygeplejerske, ergoterapeut eller fysioterapeut.

Hjerneskadekoordinatoren har i reglen ikke beslutningskompetence men skal i stedet få myndighedsområderne til at bidrage med hver deres muligheder og træffe hver deres afgørelser ud fra den fælles planlægning, som hjerneskadekoordinatoren skal medvirke til finder sted.

4.3.2. Hjerneskadeteam

Hjerneskadekoordinatoren udøver sit arbejde via et hjerneskadeteam.

Hjerneskadeteamet er sammensat af hjerneskadekoordinatoren, repræsentanter fra forskellige myndighedsområder samt relevante fagpersoner.

Hjerneskadeteamet skal sikre sammenhæng og kvalitet i rehabiliteringen via en hurtig identifikation af borgerens behov og en styrket koordinering af indsatsen, hvor den går på tværs af faggrupper, sektorer og lovgivning. Det er væsentligt for hjerneskadeteamet, at det tilrettelægger og følger op på en rehabiliteringsindsats, der tager udgangspunkt i borgerens og familiens behov, ønsker, mål og ressourcer.

Hjerneskadeteamet kan have følgende opgaver:

- Sikre en effektiv identifikation af behov og ressourcer
- Have fokus på fagligheden – indstilling og bevilling af indsatser tages af de respektive myndighedsafdelinger
- Give tværfaglig rådgivning og vejledning
- Medvirke til et veltilrettelagt og sammenhængende forløb for borgeren

⁷ Beskrivelsen af hjerneskadekoordinatorens funktion er udarbejdet på baggrund af Eva Hollænders artikel "Neurorehabilitering – teori og praksis", Fokus, nr. 4, 2009 samt www.hjernerikassen.dk

⁸ Beskrivelsen af hjerneskadeteam er udarbejdet på baggrund af Eva Hollænders artikel "Neurorehabilitering – teori og praksis", Fokus, nr. 4, 2009; "Koordinationsteamet for senhjerneskedede i Randers", 2010 samt www.hjernerikassen.dk "Tønder koordinerer hjerneskedesager"

- Styrke koordinering af indsatsen, hvor den går på tværs af faggrupper, sektorer og lovgivning, så der sker en fælles planlægning af opgavefordelingen

Der er en tæt sammenhæng mellem hjerneskadekoordinatoren og hjerneskadeteamet, og begge er afgørende for, at borgerne får tilbudt velkoordinerede rehabiliteringsforløb af høj faglig kvalitet. Hjerneskadekoordinatoren er således tovholder for patienten og hjerneskadeteamet, og hjerneskadeteamet kan som følge af sin brede faglige sammensætning anbefale hvilke tilbud, der er relevante for den enkelte borger.

5. Organisering på hjerneskadeområdet

I 2008 nedsatte Sundhedskoordinationsudvalget Hjerneskadesamrådet i Region Midtjylland.

Formålet med Hjerneskadesamrådet er at udstikke rammer og principper indenfor neurorehabiliteringsområdet for børn og unge samt voksne og sikre kontinuitet og sammenhæng i rehabiliteringsforløbene. Derudover skal Hjerneskadesamrådet på et overordnet plan prioritere en så smidig og enkelt sagsgang mellem de forskellige instanser som muligt. Det er ikke hensigten, at Hjerneskadesamrådet skal varetage konkret sagsbehandling.

Hjerneskadesamrådet er et fagligt, uafhængigt råd, som ikke bindes af de udpegende instanser.

Hjerneskadesamrådet varetager opfølgning på sundhedsaftalen om voksne med erhvervet hjerneskade.

Hjerneskadesamrådet er sammensat af kommunale og regionale fagfolk fra sundheds- og socialområdet med erfaring og viden om indsats og tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade samt praksisområdet.

Formandskabet er delt mellem region og kommuner. Sekretariatsfunktionen varetages af Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland.

Hjerneskadesamrådets hjemmeside:

Link:

<http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/hjerneskadesamr%c3%a5det>

6. Opfølgning på aftalen

Hjerneskadesamrådet evaluerer de politisk udpegede målsætninger vedrørende voksne med erhvervet hjerneskade.

Temagrupperne for økonomi og opfølgning er ansvarlig for at samle evalueringerne fra alle temagrupper, der er nedsat i forbindelse med udarbejdelse af den generelle sundhedsaftale og tillægsaftaler, til en samlet opgørelse/rapport og videreformidle denne til øvrige politiske og administrative niveauer.

Sundhedsfaglig sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade

Den sundhedsfaglige aftale om voksne med erhvervet hjerneskade er et tillæg til den generelle sundhedsfaglige aftale gældende for perioden 2011 – 2014.

Aftalen gælder for:

- Kommunerne i Region Midtjylland
- Afdelinger på hospitalerne i Region Midtjylland, **som udskriver** voksne med en erhvervet hjerneskade **til en kommune** i Region Midtjylland
- Praktiserende læger i Region Midtjylland

Aftalen omfatter således overgangen i patientforløb mellem hospital og kommune, men den omfatter **ikke** overgangen fra en hospitalsafdeling til en anden hospitalsafdeling.

Borgere omfattet af sundhedsaftalen:

Voksne med relativt pludseligt opståede hjerneskader, der kan tidsfæstes og, hvor årsagen til skaderne eksempelvis er blødninger, blodpropper, iltmangel, hovedtraumer med kvæstelsesfølger, tumorer eller andre tilgrænsede lidelser. Andre følgetilstande efter generelle sygdomme, misbrug, hjernerystelser, whiplash og fremadskridende neurologiske sygdomme er ikke omfattet af sundhedsaftalen.

Borgerne kan eksempelvis være indlagt på en neurologisk afdeling, en medicinsk afdeling, en neurokirurgisk afdeling eller en infektionsmedicinsk afdeling og derfra udskrives til kommunen (se bilag 1).

1. Indlæggelse

Der er aftalt følgende arbejdsdeling mellem parterne ved indlæggelsen af voksne med erhvervet hjerneskade:

1.1. Hvad gør hospitalet?

For voksne med erhvervet hjerneskade er det aftalt, at hospitalerne gør følgende:

Hospitalet (alle tre funktionsniveauer)	Informerer skriftligt borgeren og/eller de pårørende om kontaktoplysninger (navn og telefonnr.) på hjemkommunens hjerneskadekoordinatorfunktion.
Hospitalet (alle tre funktionsniveauer)	Afholder samtale med borger og pårørende kort tid efter indlæggelsen.

Ved indlæggelsen gør hospitalet derudover følgende (*jf. den generelle sundhedsfaglige aftale om indlæggelsesforløb*):

- Tildeler borgeren en kontaktperson
- Indhenter samtykkeerklæring hos borgeren til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger mhp. udveksling af helbredsoplysninger

- Forbereder kommunen så tidligt som muligt og senest jf. de kommunale forberedelsestider ved forventning om funktionsnedsættelse
- Formidler kontakttelfonnummer til kommunen til borgere med behov for kontakt hertil (visitationen)
- Giver besked til kommunen i henhold til lokal aftale, hvis indlæggelsesregistrering i kommunen ikke sker automatisk
- Kontakter praktiserende læge og/eller hjemmeplejen ved behov for yderligere information
- Afbestiller kommunale serviceydelser, hvis hjemmeplejen ikke er involveret i indlæggelsen (praktisk hjælp, personlig pleje, madordning m.m.)
- Underretter pårørende hurtigst muligt efter indlæggelsen, hvis det ikke er sket
- Afmelder ved indlæggelsen eventuel maskinel dosisdispensering til apotek og praktiserende læge
- Er opmærksom på MRSA-personkort⁹ og MRSA-huskeliste om risikosituationer og risikofaktorer

Oversigt over kontaktinformation på regionens hospitalsenheder:

Link:

http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/Den%20generelle%20aftale/Kontaktliste_hospitaler%2010410.pdf

Oversigt over kommunale hjerneskadekoordinatorer:

Link: <http://www.hjernerikassen.dk/default.asp?PageID=1869>

1.2. Hvad gør kommunen?

For voksne med erhvervet hjerneskade er det aftalt, at kommunen gør følgende:

Videresender indlæggelsesadvis til relevant(e) medarbejder(e) i kommunen - eksempelvis hjerneskadekoordinatoren og visitatoren, som involverer relevante samarbejdsparter internt i kommunen.

Forbereder hjemtagning af borgeren.

Ved indlæggelsen på hospitalet gør kommunen derudover følgende (*jf. den generelle sundhedsfaglige aftale om indlæggelsesforløb*):

- Sender patientoplysninger ved anmodning fra hospital
- Afbestiller kommunale serviceydelser, hvis dette ikke sker automatisk i forbindelse med modtagelse af indlæggelsesadvis fra hospital

⁹ Meticillin Resistente Stafylokokaureus Bakterier.

1.3. Hvad gør den praktiserende læge?

Den praktiserende læge medvirker som regel ikke ved indlæggelsen, da indlæggelsen primært sker akut via vagtlæge eller direkte via ambulancetjenesten.

I de tilfælde, hvor den praktiserende læge indlægger borgeren, følger lægen du sundhedsfaglige retningslinjer, som gælder på området. Retningslinjerne vedrørende acut apoplexia cerebri findes på www.praksis.dk:
<https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=74442.596>.

Lægen sikrer, at hospitalet får relevant skriftlig information om borgeren. Vagtlægeordningen anvender samme indlæggelsesprocedure.

2. Udskrivning

Der er aftalt følgende arbejdsdeling mellem parterne i forbindelse med udskrivning fra hospital til eget hjem af voksne med erhvervet hjerneskade:

2.1. Hvad gør hospitalet?

For voksne med erhvervet hjerneskade er det aftalt, at hospitalet gør følgende:

Hospitalet (alle tre funktionsniveauer)	Videresender relevant information om borgeren til kommunen og egen læge – eksempelvis epikrise, neuropsykologisk udredning, talepædagogisk vurdering og fysio-/ergoterapeutisk vurdering efter indhentning af samtykke.
Hospitalet (alle tre funktionsniveauer)	Holder løbende kommunen orienteret om patientforløbet via fremsendelse af status.
Hospitalet (alle tre funktionsniveauer)	Informerer pårørende om tilbud for pårørende til voksne med erhvervet hjerneskade. Eksempelvis i regi af hospitaler og patientforeninger. Henviser til den kommunale hjerneskadekoordinator for information vedrørende kommunale tilbud.
Hospitalet (alle tre funktionsniveauer)	Vurderer om der er mentale følger og tager stilling til, om der er behov for nærmere udredning af disse i form af neuropsykologisk vurdering på udskrivningstidspunktet. En sådan vil blive gennemført, hvis det er relevant ¹⁰ .
Hospitalet (alle tre funktionsniveauer)	Bestiller tid til en konsultation hos den praktiserende læge 3-4 uger efter udskrivning. Hvis borgeren udskrives til en institution, kan den udskrivende afdeling kontakte den praktiserende læge direkte for nærmere aftale.
Hospitalet (alle tre funktionsniveauer)	Vurderer behov for en genoptræningsplan og udarbejder den, hvis det vurderes, at barnet/den unge har behov for ambulante genoptræning.
Hospitalet	Sender tværfaglig ICF-statusrapport til borgerens kommune ved

¹⁰ Såfremt det ved udskrivningen ikke er muligt at foretage en lægefaglig vurdering af behov for neuropsykologisk vurdering, overgår ansvaret til praktiserende læge med henblik på senere vurdering.

(regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau)	udskrivelse af borgere m. hovedtraume, tilgrænsende lidelser og apopleksi fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Regionshospitalet Skive, Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Lemvig. Statusrapporten er et supplement til genoptræningsplanen.
Hospitalet (regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau)	Kontakter hurtigst muligt borgerens kommune, hvis hospitalet vurderer, at der er behov for et hjælpemiddel til at afhjælpe en varig funktionsnedsættelse. For at lette/fremme sagsbehandlingen, skal der inden henvendelsen udarbejdes en beskrivelse af borgerens funktionsnedsættelse, behovet for hjælpemidlet samt en liste over de krav/behov, som hjælpemidlet skal kunne dække. Såfremt det er relevant og muligt, tilstræber kommunen at levere hjælpemidlet på hospitalet inden borgeren udskrives med henblik på tidlig instruktion og oplæring i brug af hjælpemiddel.
Hospitalet (alle tre funktionsniveauer)	<p>Borgere indlagt under 14 dage: Hospitalet inviterer så tidligt som muligt til udskrivelsessamtale med kommunen og borgeren om borgerens behov ved udskrivning og/eller sender relevant materiale til kommunen.</p> <p>Hospitalet sender indbydelse til den eventuelle udskrivelsessamtale til kommunens visitationsafsnit og hjerneskadekoordinator. Kommunen skal informeres om samtalen senest 7 dage før, samtalen afholdes – hvis muligt – men må dog ikke forlænge indlæggelsestiden. Udskrivelsen skal ske i henhold til sundhedsaftalens forberedelsestider.</p> <p><i>Deltagere i en eventuel udskrivelsessamtale:</i> Der skal tages hensyn til den voksne med erhvervet hjerneskade og de pårørende vedr. det mest optimale patientforløb, hvorfor kun de mest nødvendige samarbejdsparter deltager i udskrivelsessamtalen.</p> <p>Følgende <i>kan</i> deltage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borger og pårørende • Kommunen: Hjerneskadekoordinatoren, relevant sagsbehandler, fysio- eller ergoterapeut, repræsentant fra socialt kommunalt/regionalt tilbud (ved behov) og/eller visitor • Hospitalet: Læge, sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, neuropsykolog, logopæd, socialrådgiver med mere <p><i>Hvornår afholdes udskrivelsessamtalen:</i> Udskrivelsessamtalen afholdes i tilknytning til udskrivningen.</p>
Hospitalet (alle tre funktionsniveauer)	<p>Borgere indlagt over 14 dage: Hospitalet inviterer så tidligt som muligt til udskrivelsessamtale med kommunen og borgeren om borgerens behov ved udskrivning og/eller sender relevant materiale om borgeren til kommunen.</p>

<p>Hospitalet (regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau)</p>	<p>Hospitalet sender indbydelse til den eventuelle udskrivelsessamtale til kommunens visitationsafsnit og hjerneskadekoordinator. Kommunen skal informeres om samtalen senest 7 dage før, samtalen afholdes – hvis muligt – men må dog ikke forlænge indlæggelsestiden. Udskrivelsen skal ske i henhold til sundhedsaftalens forberedelsestider.</p> <p><i>Deltagere i en eventuel udskrivelsessamtale:</i> Der skal tages hensyn til den voksne med erhvervet hjerneskade og de pårørende vedr. det mest optimale patientforløb, hvorfor kun de mest nødvendige samarbejdsparter deltager i udskrivelsessamtalen.</p> <p>Følgende <i>kan</i> deltage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borger og pårørende • Kommunen: Hjerneskadekoordinatoren, relevant sagsbehandler, fysio- eller ergoterapeut, repræsentant fra socialt kommunalt/regionalt tilbud (ved behov) og/eller visitator • Hospitalet: Læge, sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, neuropsykolog, logopæd, socialrådgiver med mere <p><i>Hvornår afholdes udskrivelsessamtalen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Udskrivelsessamtalen afholdes i tilknytning til udskrivningen. Tidspunktet er afhængigt af hjerneskadens sværhedsgrad og de tilbud, kommunen skal iværksætte. Dog minimum 14 dage før udskrivelsen, hvis kommunen skal etablere botilbud til borgeren • Der kan afholdes møder mellem kommune, hospital og borger/pårørende i løbet af indlæggelsen, når det forventes, at kommunen skal etablere tilbud til borgeren efter udskrivelsen <p>1 uge før mødet sender hospitalet statusrapporten til mødedeltagerne.</p>
---	--

I forbindelse med udskrivningen gør hospitalet derudover følgende (*jf. den generelle sundhedsfaglige aftale om udskrivningsforløb*):

- Medinddrager borger og evt. pårørende i udskrivningsforløbet
- Informerer borgeren og evt. pårørende om diagnose, indsats for behandling og rehabilitering, risiko for komplikationer og bivirkninger ved behandling vs. ikke behandling, forebyggelsesmuligheder og muligheder for egen indsats
- Oplyser borgeren og evt. pårørende om, hvordan og hvornår kontaktpersonen på hospitalet kan kontaktes, og hvor længe, kontaktpersonordningen gælder
- Udarbejder i samarbejde med borgeren, evt. pårørende og visitator/hjemmesygeplejen en plan for efterforløbet

- Meddeler kommunen så tidligt i forløbet som muligt om færdigbehandlingsdato, hvis borgeren har behov for praktisk hjælp, personlig pleje og/eller sygepleje
- Giver kommunen besked, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand og dermed tidspunktet for færdigbehandling/udskrivelse
- Meddeler kommunen om udskrivelsestidspunkt, hvis borgeren er kendt af kommunen, eller kommunen skal inddrages i efterbehandlingen
- Udarbejder genoptræningsplan hvis der er et lægeligt begrundet behov herfor
- Sender sygeplejeepikrise til hjemmesygeplejen eller medsender det borgeren, hvis hjemmesygeplejen skal inddrages i efterbehandlingen
- Sender udskrivningsnotat til egen læge ved udskrivelse fra akut modtageafdeling eller medsender det borgeren
- Sender lægeepikrise jf. servicemål
- Overholder den kommunale forberedelsestid jf. den generelle sundhedsfaglige sundhedsaftale

Oversigt over kontaktinformation på regionens hospitalsenheder:

Link:

http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/Den%20generelle%20aftale/Kontaktliste_hospitaler%2010410.pdf

Oversigt over kommunale hjerneskadekoordinatorer:

Link: <http://www.hjernerikassen.dk/default.asp?PageID=1869>

Oversigt over kontaktinformation til de kommunale visitationsenheder:

Link:

http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/Den%20generelle%20aftale/Kontaktliste_visitation_kommuner.pdf

2.2. Hvad gør kommunen?

For voksne med erhvervet hjerneskade er det aftalt, at kommunen gør følgende:

Deltager med relevante fagpersoner i den eventuelle udskrivelsessamtale.
Sikrer hurtig etablering af relevante tilbud til borgeren (evt. i samarbejde med andre kommuner eller regionale rehabiliteringssteder).
Medvirker til at der sker en fortløbende opfølgning på tilbud.
Hjerneskadekoordinatoren koordinerer forløbet i kommunalt regi.
Hjerneskadeteamet anbefaler hvilke indsatser, der bør iværksættes overfor den enkelte

borger.

Informerer pårørende om tilbud for pårørende til voksne med erhvervet hjerneskade (eksempelvis om patientforeninger og tilskud til psykologsamtaler).

2.3. Hvad gør den praktiserende læge?

I forbindelse med udskrivningen fra hospitalet anbefales at, at den praktiserende læge gør følgende:

2.3.1. Moderat til svært hjerneskadede borgere

Den udskrivende afdeling bestiller tid sammen med borgeren til en konsultation hos den praktiserende læge ca. 4 uger efter udskrivelsen. Hvis borgeren udskrives til en institution, kan den udskrivende afdeling kontakte den praktiserende læge og aftale nærmere ang. 1. kontrol.

Udskrivningskort og genoptræningsplan forventes at foreligge hos den praktiserende læge før konsultationen.

Den 1. konsultation tilpasses de aktuelle problemstillinger for borgeren og vil typisk indeholde følgende elementer som evt. fordeles over flere konsultationer:

- Den aktuelle fysiske og psykiske tilstand sat i relation til udskrivelsesstatus
- Socialmedicinske problemstillinger
- Vurdering af igangværende behandling inkl. medicin og neurorehabilitering/genoptræning
- Der lægges plan for supplerende undersøgelser og kontroller inkl. vedrørende eventuelle kroniske lidelser
- Kontakt til hjerneskadekoordinator eller anden neurorehabilitering alt efter behov

Senere i forløbet kan det blive relevant med en opfølgende vurdering angående:

- Habilitet vedrørende bilkørsel. Attester vedr. eventuel arbejdsskade, ulykke og kritisk sygdom. Mulighedsattest til arbejdsgiver og socialmedicinske attester udfærdiges efter behov
- Der overvejes henvisning til praktiserende speciallæge eller specialafdeling ved progression af specifikke neurologiske symptomer
- Årskontrol planlægges

2.3.2. Let hjerneskadede borgere

Ved de lettere hjerneskader, som har medført kort indlæggelse og få umiddelbare følgesymptomer, kan kontrollen hos den praktiserende læge være behovsbetinget.

Hvis borgeren også har en velkendt kronisk lidelse, er der grund til at aftale en første konsultation hos den praktiserende læge med samme forløb som ovennævnt. Det vil ofte vedrøre borgere med kroniske lidelser, hvor behandling og kontrol skal intensiveres.

Bilag 1

Hospitalet er opdelt på følgende funktionsniveauer jf. punkt 3.1 i den administrative sundhedsaftale:

Hovedfunktionsniveau

- Neurologisk afdeling
- Medicinsk afdeling
- Neurokirurgisk afdeling
- Infektionsmedicinsk afdeling
- Andre afdelinger

Regionsfunktionsniveau

- Regionshospitalet Hammel Neurocenter
- Neurorehabiliteringsafsnit på Regionshospitalet Skive
- Neurologisk afdeling på Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Lemvig

Højt specialiseret funktionsniveau

- Regionshospitalet Hammel Neurocenter