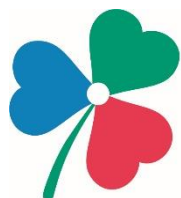




Samarbejdsaftale vedr. voksne med erhvervet hjerneskade



Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Samarbejdsaftale – Voksne med erhvervet hjerneskade

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	3
1.1	Formål og målgruppe	3
1.2	Baggrund, lovgrundlag og anbefalinger	3
1.3	Principper og understøttende samarbejdsstrukturer	3
1.4	Begrebsafklaring og definitioner	4
2	Opgavefordeling, aktørernes opgaver og ansvar	5
2.1	Opgaver og ansvar hos region, almen praksis og kommuner	5
2.2	Opgaver og ansvar hos øvrige aktører	8
2.2.1	Foreningsejede specialsygehuse	8
2.2.2	Andre leverandører af specialiserede rehabiliteringstilbud	8
2.2.3	Rådgivende organer	8
2.2.4	Patientorganisationer	8
3	Genoptræningsplanen	9
3.1	Generelle krav til indhold i genoptræningsplaner	9
3.2	Tidsfrist for opstart af genoptræningsplaner	9
4	Krav til leverandører af genoptræning og rehabilitering	10
4.1	Genoptræningsbehov og omfang af indsatser på de forskellige niveauer	10
4.2	Almen genoptræning	11
4.2.1	Basalt niveau	11
4.2.2	Avanceret niveau	11
4.3	Specialiseret genoptræning	11
4.4	Rehabilitering på specialiseret niveau	12
5	Tværasektorielle forløb og faser	13
5.1	Den akutte fase	13
5.2	Den subakutte indlæggelse	13
5.2.1	Den regionale visitation (til sygehusbehandling på forskellige niveauer)	13
5.2.2	Hovedfunktionsniveau	13
5.2.3	Regionsfunktionsniveau	14
5.2.4	Højt specialiseret niveau	15
5.3	Stabiliseringsfasen – når personen har nået sit bedst mulige funktionsniveau	16
5.3.1	Patienter, der følges ambulant i sygehusregi efter udskrivelsen	16
5.3.2	Vurderingsophold	17
5.3.3	Brush-up	17
6	Kommunikation og koordinering	18

6.1	Udvidet koordinering	18
6.2	Koordination internt i kommunen samt med eksterne leverandører	18
6.2.1	Koordinering internt i kommunen.....	18
6.2.2	Eksterne leverandører	19
7	Brugerinddragelse	20
7.1	Inddragelse af personen med erhvervet hjerneskade og dennes netværk	20
7.1.1	Under indlæggelsen.....	20
7.1.2	Efter indlæggelse	20
7.2	Inddragelse af brugerorganisationer.....	21
8	Kompetenceudvikling og kvalitetsudvikling	22
9	Evaluerings	22
Referencer:	23
Bilag:	24
Bilag 1:	Inkluderede diagnosegrupper.....	24
Bilag 2:	Krav til genoptræningsplaner jf. vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner	26

1 Indledning

1.1 Formål og målgruppe

Formålet med denne samarbejdsaftale er at sikre en sammenhængende indsats for personerne med erhvervet hjerneskade og pårørende på tværs af sektorer. Formålet er at sikre, at personerne med erhvervet hjerneskade tilbydes genoptræning og rehabilitering, som tager udgangspunkt i deres behov. Målgruppen for samarbejdsaftalen er voksne (fra 18 år), som har en erhvervet hjerneskade, og som har behov for genoptræning og/eller rehabilitering som følge af hjerneskaden. De inkluderede diagnoser fremgår af bilag 1. Der vil blive udarbejdet en syddansk samarbejdsaftale for børn og unge med erhvervet hjerneskade. Vilkårene for de to målgrupper er meget forskellige, derfor dækker nærværende samarbejdsaftale alene de voksne.

1.2 Baggrund, lovgrundlag og anbefalinger

Nærværende samarbejdsaftale indarbejder og opdaterer indholdet fra følgende syddanske, tværsektorielle aftaler:

- *Tilpasnings- og implementeringsaftale. Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark, marts 2014 (1)*
- *Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau, november 2015 (2)*
- *Aftale om tidsfrist for opstart af genoptræningsindsatser, december 2019 (3).*

Tilpasnings- og implementeringsaftalen samt Aftalen om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau erstattes af nærværende samarbejdsaftale. Aftalen om tidsfrister for opstart af genoptræningsplaner er fortsat gældende.

Baggrunden for opdateringen er dels ønsket om at samle de retningsgivende dokumenter for det syddanske samarbejde på hjerneskadeområdet, dels at Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har opdateret deres anbefalinger og forløbsprogrammer:

- *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen, september 2020 (4)*
- *Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne, Sundhedsstyrelsen, september 2020 (5)*
- *Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, Socialstyrelsen, november 2021 (6).*

1.3 Principper og understøttende samarbejdsstrukturer

Samarbejdsaftalen indgås i regi af Sundhedsaftalen 2019-2023, der er indgået mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner. I Syddanmark samarbejder sundhedsvæsenets parter om sammenhængende patientforløb med udgangspunkt i samarbejdsaftalen SAM:BO – [samarbejde om borger/patientforløb](#), der fastlægger parternes forpligtelser til kommunikation og samarbejde

ved forskellige typer forløb, både somatiske og psykiatriske. SAM:BO gælder også ved forløb for voksne med erhvervet hjerneskade.

1.4 Begrebsafklaring og definitioner

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne indeholder følgende definition af genoptræning, som også anvendes i denne samarbejdsaftale:

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at personen med erhvervet hjerneskade opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og anatomi og træning af aktiviteter og deltagelse. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne.

Genoptræningsindsatser, som varetages i henhold til sundhedslovens § 140, omfatter genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner. Det er f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, bandagister, kliniske diætister m.fl.

I samarbejdsaftalen anvendes følgende definition af rehabilitering, som fremgår af Hvidbog om rehabilitering, der blev udgivet i marts 2022(7):

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

Samarbejdsaftalen anvender WHO's model for funktionsevne, der bygger på ICF¹, hvor funktionsevnen omfatter kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse (8).

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health

2 Opgavefordeling, aktørernes opgaver og ansvar

Regionen har det fulde sundhedsfaglige myndighedsansvar, så længe personen er indlagt. Regionen har ansvar for det præhospitale beredskab, mens det lægelige behandlingsansvar er delt mellem sygehus og almen praksis. Regionen har desuden ansvar for at sikre udviklings- og forskningsarbejde, og kommunerne skal medvirke til dette således, at sundhedsydelse og uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et højt fagligt niveau.

Efter udskrivelsen har kommunen det fulde myndighedsansvar frasat på sundhedsområdet, hvor myndighedsansvaret er delt mellem region og kommune. Kommunerne har myndighedsansvaret for visse ydelser efter sundhedsloven, herunder vederlagsfri fysioterapi samt almen genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Kommunerne har ligeledes myndighedsansvaret for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven. Kommunerne kan også tilbyde andre kommunale indsatser med et rehabiliterende sigte som f.eks. patientrettet forebyggelse jf. sundhedslovens §119. Almen praksis fungerer som den gennemgående sundhedsfaglige kontaktperson i forløbet, og kan inddrages i samarbejde med både sygehus og kommune om forhold, der kan have indflydelse på iværksættelse af rehabiliterende indsats, f.eks. multisygdom.

I fællesskab har region, almen praksis og kommune ansvar for at sikre den gode overgang mellem sektorer og skabe sammenhængende forløb.

2.1 Opgaver og ansvar hos region, almen praksis og kommuner

	Regionen	Almen praksis
Patientrettet forebyggelse	Iværksættelse af patientrettet forebyggelse til personer med apopleksi/TCl	Opfølgning på patientrettet forebyggelse til personer med apopleksi/TCl
Følgetilstande og komorbiditet	Behandling af følgetilstande og komorbiditet, evt. i samarbejde med almen praksis	Opfølgning på og behandling af følgetilstande (f.eks. depression og epilepsi), evt. i samarbejde med sygehuset, herunder opfølgning på følgetilstande, der har indflydelse på arbejdsevne og øvrige sociale forhold
Medicinering	Udarbejdelse af epikrise til almen praksis, herunder aftaler om fortsat medicinering	Ved behov sikre dialog med hospitalets speciallæger i forhold til medicinering
Kørselsforbud	Stillingstagning ift. kørselsforbud – Alle patienter har et midlertidigt kørselsforbud ved udskrivelse indtil dette ophæves af egen læge	Vurdering af køreevnen og opfølgning på det midlertidige kørselsforbud
Ambulant udredning, revurdering og opfølgning	Ambulant udredning, revurdering og opfølgning via neurologisk ambulatorium (uddybes i afsnit 5.3.1)	Henvise til ambulant udredning, revurdering og opfølgning

	Regionen	Kommunen
Hjælpemidler og behandlingsredskaber	Vurdering af behov for behandlingsredskaber og udlån af disse	Vurdering af behov for hjælpemidler og træningsredskaber og udlån
Planlægning og gennemførelse af udskrivelsen	Tidlig inddragelse af kommunen i planlægning af udskrivelsen i henhold til SAM:BO. Ved behov, udarbejdelse af genoptræningsplan i henhold til 'Den gode genoptræningsplan' (9)	Inden udskrivelsen påbegyndes tilrettelæggelse og planlægning af rehabiliteringsforløbet efter udskrivelsen.
	Afholdelse af udskrivningssamtale sammen med patient, pårørende og kommune	Deltagelse i udskrivningssamtale ved behov, evt. virtuelt
Genoptræning og rehabilitering efter udskrivelse	Varetagelse af genoptræning på specialiseret niveau efter udskrivelse	Sikre varetagelse af genoptræning og/eller rehabilitering på det i genoptræningsplanen angivne niveau og ud fra personens aktuelle situation.
Forskning og udviklingsarbejde	Sikre forskning og udvikling inden for hjerneskadeområdet	Medvirke til forsknings- og udviklingsarbejde.

	Regionen	Almen praksis	Kommunen
Inddragelse	Inddragelse af personen og pårørende i hele forløbet, herunder indhente samtykke til videregivelse af relevante oplysninger på tværs af sektorer		
Støtte og rådgivning	Støtte og rådgivning til personer med erhvervet hjerneskade og deres pårørende, herunder gøre opmærksom på, at de kan få hjælp og støtte fra brugerorganisationer. For almen praksis desuden henvisning af pårørende til psykologhjælp ved behov.		
Habilitet	Lægefaglig vurdering af habilitet. Ved varig eller midlertidig nedsat mental habilitet overleveres information til kommunen med oplysning om evt. pårørende	Løbende vurdere patienternes habilitet og henvise tilbage til specialistudredning ved behov for dette.	Ved hospitalslægens vurdering af nedsat mental habilitet lægges der en plan for, om der skal søges om værgemål

Øvrige opgaver	Regionen
	Præhospital indsats
	Udredning i forhold til diagnose
	Iværksættelse af indsatser mhp. at forebygge/reducere hjerneskadens omfang
	Behandling af hjerneskaden
	Hjerneskaderehabilitering under indlæggelsen
	Interdisciplinær udredning af funktionsevne, rehabiliteringsbehov og – potentiale
	Ved mistanke om synsproblematikker: Henvisning til øjenafdelingen på Vejle Sygehus, Sønderborg Sygehus eller OUH med henblik på udredning.
	Sygehuse med hjerneskaderehabilitering på hoved- og regionsfunktionsniveau: Samarbejde med og rådgivning af kommuner samt almen praksis i forhold til konkrete personer i forlængelse af udskrivelsen.
	Psykiatrien: Vurdering af og tilpasning af rehabiliteringstilbud til personer med vedvarende adfærdsforstyrrelser efter hjerneskade
	Almen praksis
	Henvisning til hospitalsbehandling, herunder udredning, ved mistanke om hjerneskade
	Udarbejdelse af lægeerklæring til brug i Jobcentrene
	Henvisning til vederlagsfri fysioterapi, herunder også vederlagsfri ridefysioterapi
	Kommunen
	Sikring af at kommunernes tilbud, henvisningsmuligheder og kontaktinformation er let tilgængelig for samarbejdspartnerne, herunder almen praksis. Kommunerne har en forpligtigelse til at opdatere informationerne på www.sundhed.dk og på deres egne hjemmesider.
	Hjerneskadekoordination
	Vurdering af personens behov for hjælp efter anden lovgivning end sundhedsloven
	Iværksættelse og koordinering af sammenhængende og effektive genoptrænings-/rehabiliteringsforløb på tværs af lovgivningsområder og forvaltninger på sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet, herunder samarbejde med evt. aktører uden for kommunen, der er underleverandører.

2.2 Opgaver og ansvar hos øvrige aktører

2.2.1 Foreningsejede specialsygehuse

I sundhedslovens § 79, stk. 2, er oplyst en række foreningsejede specialsygehuse, som kan levere sygehusbehandling. To af disse – Vejlefjord Rehabilitering og Center for Hjerneskade i København – tilbyder behandlingsforløb for personer med erhvervet hjerneskade. Forløb på specialsygehuse finansieres inden for den lovbestemte økonomiske ramme, fritvalgsrammen. Specialsygehuse kan også levere rehabilitering på specialiseret niveau. I så fald er det kommunen, der har myndigheds- og finansieringsansvar.

Uanset om specialsygehuse leverer behandling efter aftale med regionen eller rehabilitering efter aftale med kommunen skal de opfylde de krav og anbefalinger, der er beskrevet i lovgivning og retningslinjer (10, 11)

2.2.2 Andre leverandører af specialiserede rehabiliteringstilbud

Der findes en række private og offentlige hjerneskadetilbud, herunder specialiserede rehabiliteringstilbud, der fungerer som leverandører af både enkeltindsatser og samlede rehabiliteringsforløb efter udskrivelse. Det er kommunen, der har myndighedsansvaret i forhold til at indgå kontrakt med og kvalitetssikre de leverandører, som de køber opgaven hos. Kommunen har ansvar for at sikre, at de leverandører, som kommunen anvender, opfylder de opstillede krav.

2.2.3 Rådgivende organer

Der findes forskellige rådgivningsorganer, som rådgiver kommunerne ift. personer med erhvervet hjerneskade. Disse kan eksempelvis rådgive en kommune om, hvordan kommunen kan tilrettelægge en faglig indsats, eller hvad et tilbud til personer med omfattende kognitive, fysiske og/eller sociale følger af hjerneskade kan indeholde.

2.2.4 Patientorganisationer

Organisationer, som f.eks. [Hjernesagen](#) og [Hjerneskadeforeningen](#), er vigtige aktører i forhold til at understøtte personer med erhvervet hjerneskade og deres pårørende, bl.a. gennem rådgivning og viden, og de har sædvanligvis forskellige tilbud med mulighed for samvær med andre ligestillede samt tilbud om psykosocial rådgivning, støtte og aktiviteter. Sådanne tilbud kan supplere tilbud om genoptræning og rehabilitering både samtidig med og efter endt forløb i det etablerede sundhedsvæsen.

3 Genoptræningsplanen

Alle personer med erhvervet hjerneskade, der har et lægefagligt behov for genoptræning ved udskrivning, og hvor personen har behov for professionelle genoptrænings- og/eller rehabiliteringsindsatser i forlængelse af behandlingen på sygehuset, skal tilbydes en genoptræningsplan. Planen skal udarbejdes i samarbejde med personen og eventuelle pårørende. (10)

I forbindelse med den praktiske udarbejdelse af genoptræningsplanen inddrages andre sundhedspersoner, herunder f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker. Inden for hjerneskaderehabilitering foretages vurderingen af specialiseringsniveauet ofte i tværfagligt samarbejde.

3.1 Generelle krav til indhold i genoptræningsplaner

Genoptræningsplanen skal angive, om personen har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af personens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet, herunder en angivelse af, hvilke funktionsevnedsetsætninger genoptræningen skal rette sig imod. Endelig skal den indeholde oplysninger om, hvordan regionen og kommunen kan kontaktes med henblik på koordinering af genoptræningsforløbet (10). Af bilag 2 fremgår kravene til indhold i genoptræningsplaner jf. *Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner* (11).

3.2 Tidsfrist for opstart af genoptræningsplaner

Genoptræningsplanen skal senest udleveres til personen på udskrivningstidspunktet, og den skal samtidig sendes til hjemkommunen samt alment praktiserende læge. Hvis der er behov for tidlig opstart eller udskudt opstart af genoptræning af sundhedsfaglige grunde, skal dette fremgå af genoptræningsplanen (10).

I Syddanmark er der ift. tidsfrister aftalt følgende mellem regionen og kommunerne i [Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser](#):

- Ved almen genoptræning tilbydes personen opstart af genoptræningsindsatsen inden for 7 kalenderdage efter udskrivelse, hvor udskrivelsesdagen er dag 0. Alternativt tilbydes personen frit valg af genoptræningssted.
- Ved genoptræning på specialiseret niveau (ambulant genoptræning) tilbydes personen opstart af genoptræningsindsatsen indenfor 14 kalenderdage efter modtagelse af genoptræningsplanen
- Ved genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau igangsættes den kommunale genoptræning som udgangspunkt i forlængelse af indlæggelsen og maks. 7 dage efter udskrivelsen, hvor udskrivelsesdagen er dag 0.

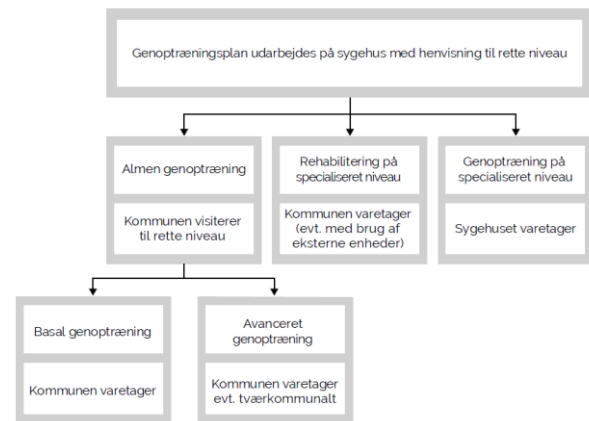
Kravene gælder for alle typer genoptræning/rehabilitering, undtagen når personen har et sundhedsfagligt begrundet behov for at starte op enten tidligere eller senere.

4 Krav til leverandører af genoptræning og rehabilitering

4.1 Genoptræningsbehov og omfang af indsatser på de forskellige niveauer

En person tilbydes genoptræning jf. sundhedslovens §140, når personen udskrives fra sygehuset med en genoptræningsplan. Genoptræningen stratificeres i følgende tre kategorier jf. personens behov og funktionsniveau:

- **Almen genoptræning (basal og avanceret niveau)**
- **Specialiseret genoptræning (ambulant genoptræning)**
- **Rehabilitering på specialiseret niveau**



Det er sygehuset, der har beføjelsen til at vurdere, hvilken type genoptræningsplan personen skal have. For alle niveauer gælder, at tilrettelæggelsen af indsatsen i forhold til intensitet i forløbet bør ske med udgangspunkt i individuelle behov. (4, s. 56)

Ved **basal genoptræning** gælder, at der er et afgrænset genoptræningsbehov eller -potentiale. Forløbet består typisk af indsatser minimum to gange om ugen, varetaget af en eller flere faggrupper, som oftest ergo- og fysioterapeuter.

Ved **avanceret genoptræning** vil der typisk være behov for indsatser minimum tre gange om ugen, varetaget af to eller flere faggrupper. Der kan være behov for at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser.

Når en person med erhvervet hjerneskade får en genoptræningsplan til **rehabilitering på specialiseret niveau**, er der tale om omfattende, komplicerede, sjældne eller alvorlige funktionsevnededsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder (arbejdsliv, socialt- og fritidsliv), herunder særligt omfattende mentale funktionsnedsættelser. Her vil forløbet ofte bestå af en kombination af indsatser fra mindst tre faggrupper, og med indsatser minimum fem dage om ugen, gerne dagligt og ofte flere gange dagligt.

Personer med erhvervet hjerneskade har behov for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde. Indsatserne skal udføres af sundhedspersoner med neurofaglig viden og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde (f.eks. logopæd,

neuropsykolog, socialrådgiver, synskonsulent osv.). Nedenfor beskrives de indsatsområder, der er relevante for hhv. genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.

- Sensomotorik med betydning for personens omsorg for sig selv, bevægelse og færden.
- Ernæring – herunder dysfagi.
- Kommunikation (dysartri, afasi og/eller kognitive kommunikationsvanskeligheder). Der er typisk behov for samtalestøtte og særlige rammer.
- Syn eller opmærksomhed (f.eks. hemianopsi eller neglekt).
- Kognition generelt - med væsentlig betydning for personens daglige livsførelse og mulighed for at fungere selvstændigt og/eller på samme vilkår som tidligere.
- Adfærd og/eller personlighed (f.eks. ift. indsigt, initiativ, dømmekraft eller agitation).
- Udtrætning
- Emotionelle forhold (f.eks. stemningsleje, temperament, motivation eller empati).

4.2 Almen genoptræning

Når en person udskrives med en almen genoptræningsplan er det kommunen, der visiterer til basalt eller avanceret niveau. Hvorvidt en person visiteres til genoptræning på basal eller avanceret niveau afhænger af personens funktionsevne og genoptræningsbehov – se eksempler og kompetencekrav i Sundhedsstyrelsens [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#).

4.2.1 Basalt niveau

Genoptræning på basalt niveau vurderes kun at være relevant for en mindre del af målgruppen. Genoptræningen kan foregå i personens nærmiljø som ambulante indsats eller døgnophold. Der er i de fleste kommuner tilstrækkelige kompetencer i det eksisterende set-up i kommunen, til at kommunen selv kan varetage genoptræning på basalt niveau.

4.2.2 Avanceret niveau

Størstedelen af den målgruppe, der modtager en almen genoptræningsplan, har behov, der kræver genoptræning på avanceret niveau. Der skal være et volumen, som sikrer, at de sundhedspersoner, der varetager genoptræning af personer med erhvervet hjerneskade, har mulighed for primært at arbejde med hjerneskaderehabilitering. Sundhedsstyrelsen oplyser, at de fleste kommuner, på grund af deres befolkningsunderlag, kan have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde, for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper. I prioriteringen af kvalitet og nærhed bør kvalitet altid vægtes højest. (4, s. 58)

4.3 Specialiseret genoptræning

Specialiseret genoptræning varetages som ambulante behandling på sygehuset. Indsatsen tilrettelægges med krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulante sygehusbehandling. Forløbet organiseres som et samlet forløb i et tæt interdisciplinært samarbejde,

hvor koordination af genoptræningsindsatsen og den lægelige behandling er afgørende. Indsatsen skal suppleres med vejledning og supervision i forbindelse med tværsektoriel overgang.

4.4 Rehabilitering på specialiseret niveau

Rehabilitering på specialiseret niveau vurderes at være relevant for en meget lille del af gruppen af personer med erhvervet hjerneskade. Genoptræningsplaner til dette niveau kan kun udskrives af afdelinger på regionsfunktionsniveau eller højere. Det er kommunen, der har ansvaret for at personen modtager rehabilitering på specialiseret niveau, enten ved selv at levere det eller ved at købe hele eller dele af forløbet hos en ekstern leverandør.

Ved valg af rehabiliteringstilbud er det nødvendigt, at leverandøren af tilbuddet besidder de rette kompetencer ift. at kunne varetage de faglige indsatser, som den enkelte har behov for (4, s. 60). Tilbuddene, der varetager rehabilitering på specialiseret niveau, skal kunne opbygge erfaring samt skabe og vedligeholde et stærkt fagligt miljø og sikre, at der kan leves op til kvaliteten også under ferie og sygdom. Der skal være et volumen, der sikrer, at de sundhedspersoner, der varetager rehabiliteringen overvejende og flere timer om dagen har mulighed for at arbejde med hjerneskaderehabilitering. Der skal være det fornødne volumenmæssige grundlag for, at der kan medvirkes til udviklingsarbejde og forskning, og der skal være mulighed for at undervise, vejlede og yde supervision til andre sundhedspersoner inden for hjerneskaderehabilitering. En rettesnor er, at fagpersoner som minimum håndterer ti individuelle forløb i løbet af et år på niveauerne avanceret genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau (4, s. 60).

5 Tværsektorielle forløb og faser

5.1 Den akutte fase

Personen med erhvervet hjerneskade indlægges akut/subakut på neurologisk afdeling til udredning for den nyopståede sygdom. Under den akutte fase starter vurderingen af rehabiliteringsbehovet, og personen visiteres til videre behandling og rehabilitering på relevant specialiseringsniveau. Vurdering på sygehuset af, hvorvidt personen har behov for genoptræning og/eller rehabilitering, udføres i et interdisciplinært teamsamarbejde, og består af en generel udredning af funktionsevne. Det er vigtigt at den indledende genoptræning og/eller rehabilitering startes op, så snart tilstanden tillader det.

5.2 Den subakutte indlæggelse

Rehabilitering under indlæggelse kan jf. specialeplanen inddeles i følgende tre niveauer: Hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau.

5.2.1 Den regionale visitation (til sygehusbehandling på forskellige niveauer)

Den regionale visitation i Region Syddanmark ved hhv. Neurorehabiliteringen Svendborg og Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme Grindsted visiterer patienter til hospitalsbaseret neurorehabilitering på hoved- og regionsfunktionsniveau samt højt specialiseret niveau (6).

Praktiserende læge og neurologisk ambulatorie kan henvise direkte til den regionale visitation ved Neurorehabiliteringen Svendborg eller Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme Grindsted. Kravene til oplysningerne i henvisningen fra praktiserende læge fremgår af Sundhed.dk.

5.2.2 Hovedfunktionsniveau

Personer med erhvervet hjerneskade på hovedfunktionsniveau fortsætter deres rehabilitering på neurologisk afdeling. Personer med erhvervet hjerneskade på hovedfunktionsniveau har begrænset (let til moderat) kompleksitet. Hovedfunktionsniveauet omfatter rehabilitering og kontrol af hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, hvor indsatserne er af begrænset kompleksitet. Persongruppen har lettere funktionsevnededsættelser ift. bevægelse og færden, kommunikation, dysfagi samt kognition. Indlæggelsen er oftest kort.

Ved varetagelse af hjerneskaderehabilitering bør der være adgang til relevante træningsfaciliteter samt mulighed for at afholde tværfaglige konferencer. Der bør desuden være adgang til akutte billeddiagnostiske undersøgelser (røntgen, CT- og MR-scanner), biokemiske og mikrobiologiske undersøgelser, EKG, elektrofysiologiske undersøgelser og tilsyn fra andre relevante lægefaglige specialer.

Personer med behov for rehabilitering på hovedfunktionsniveau færdigrehabiliteres på hjemsygehus. Personer fra optageområdet for Sygehus Lillebælt behandles på Hjerne- og Nervesygdomme Kolding, eller i eget hjem ved Det Udekørende Team. Personer fra Sygehus Sønderjyllands optageområde

behandles på Hjerne- og Nervesygdomme Aabenraa Sygehus. Personer fra Sydvestjysk Sygehus' optageområde færdigrehabiliteres på Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme Grindsted. Personer fra Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus overflyttes til Neurorehabiliteringen Svendborg. Når det drejer sig om patienter med Gullian barré syndrom samt svære ikke-progredierende neurologiske lidelser, behandles personer fra hele regionen på Neurorehabiliteringen Svendborg.

5.2.3 Regionsfunktionsniveau

Personer med erhvervet hjerneskade på regionsfunktionsniveau kommer typisk fra en neurologisk afdeling, neurokirurgisk afdeling eller fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Personer med erhvervet hjerneskade, der behandles på regionsfunktionsniveau har betydelig (moderat/svær) kompleksitet og ofte behov for rehabiliteringsindsatser med høj intensitet. Personer, der indlægges til rehabilitering og behandling på regionsfunktionsniveau, vurderes til at have moderate til svære funktionsevnedssættelser ift. bevægelse og færden, kommunikation, dysfagi samt kognition. Indlæggelsen er oftest af længere varighed.

Regionsfunktionsniveau er i Region Syddanmark placeret på Neurorehabiliteringen Svendborg, OUH og Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme, Grindsted, SVS. Personer med behov for rehabilitering på regionsfunktionsniveau overflyttes fra hjemsygehuset til et af de to sygehuse med regionsfunktionsniveau.

Forløb på regionsfunktionsniveau er individualiserede forløb med høj intensitet alle ugens dage, som varetages i et interdisciplinært team. Foruden anbefalingerne til hovedfunktionsniveau – som på regionsfunktion har karakter af krav - forudsætter varetagelse af hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau deltagelse af neuropsykolog, logopæd og socialrådgiver, hvis det er relevant. Endvidere skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i neurologi/speciallæge med neurorehabiliteringskompetencer inden for kort tid.

Som på hovedfunktionsniveau forudsættes regionsfunktionsniveau, at fagpersoner fra alle involverede faggrupper i de interdisciplinære team har specialiserede kompetencer inden for hjerneskaderehabilitering på følgende områder:

- Fysiske funktionsnedsættelser, herunder dysfagi udredning (f.eks. FEES)
- Kognitive og kommunikative funktionsnedsættelser
- Herunder vurdering og behandling af forstyrrelser i sprog, opmærksomhed, koncentration, hukommelse, indlæring, emotioner og eksekutive funktioner.

Varetagelse af hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau forudsætter desuden adgang til rehabiliteringsteknologier og udstyr, hvor det kræver tilstrækkelig volumen at opnå kompetencer og erfaring i anvendelsen.

Afdelinger med hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau varetager forsknings-, uddannelses- og udviklingsopgaver inden for området samt medvirker i rådgivning og kompetenceudvikling af neurofagligt personale i kommunerne. (4, s. 45)

5.2.4 Højt specialiseret niveau

Personer med erhvervet hjerneskade indlægges til rehabilitering og behandling på højt specialiseret niveau ved behov for rehabilitering og behandling af meget sjældent forekommende sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af betydelig kompleksitet, og forudsætter tilstedeværelse af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, og/eller et betydeligt ressourceforbrug. Personer indlægges til rehabilitering og behandling på højtspecialiseret niveau, når der vurderes at være svære og omfattende funktionsevnededsættelser ift. bevægelse og færden, kommunikation, dysfagi, adfærd og kognition samt evt. svære respiratoriske problemstillinger. Indlæggelsen er forventelig af lang varighed.

Rehabiliteringsforløb på højt specialiseret niveau er med omfattende kompleksitet, individualiserede og af meget høj intensitet alle ugens dage. Det varetages af et interdisciplinært team med deltagelse af de samme faggrupper som på regionsfunktionsniveau samt (neuro-) pædagog, og med mulighed for umiddelbart at få assistance fra en speciallæge i neurologi/speciallæge med neurorehabiliteringskompetencer. Foruden de anbefalinger og krav, der gælder ved varetagelse af hoved- og regionsfunktionsniveau, forudsætter hjerneskaderehabilitering på højt specialiseret niveau mulighed for rehabilitering i specialindrettede omgivelser, hvor skærmning og kameraovervågning er mulig.

Der er i Region Syddanmark ikke sygehusafdelinger, der leverer højt specialiseret neurorehabilitering, hvorfor personer i Syddanmark med behov for behandling på højt specialiseret niveau, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi, behandles på Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Region Midtjylland (RHN). Region Syddanmark og Region Midtjylland har senest i 2021 indgået en samarbejdsaftale om disse patientforløb, der regulerer forhold vedrørende henvisning til højtspecialiseret neurorehabilitering på RHN og tilbageflytning.

I de fleste perioder kan RHN modtage personer med erhvervet hjerneskade fra Region Syddanmark inden for syv dage efter henvisningen. Dog kan der være perioder med spidsbelastning, hvor dette ikke kan lade sig gøre. Ved modtagelse af en person, og efter indhentelse af personen eller pårørendes samtykke, sender RHN en plejeforløbsplan til personens hjemkommune samt til visitationen i Region Syddanmark om, at personen er i behandling på RHN.

Personer med erhvervet hjerneskade overflyttes fra RHN til et sygehus i Region Syddanmark eller hjemkommunen, når der ikke længere er behov for højtspecialiseret neurorehabilitering eller når behandlingsmulighederne er udtømt. Region Syddanmark eller hjemkommunen har som udgangspunkt syv dage til at modtage personen, når personen er meldt klar til tilbageflytning.

Hjemkommunen, Neurorehabiliteringen Svendborg samt Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme, Grindsted modtager automatisk en orientering vedr. indlæggelsen af en person med erhvervet hjerneskade på Regionshospitalet Hammel Neurocenter (RHN) 1-2 uger efter indlæggelsen. Neurorehabiliteringen Svendborg og Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme, Grindsted modtager herefter et statusnotat minimum hver 14. dag fra det enkelte sengeafsnit. Den regionale visitation sikrer, at hjemkommune orienteres, når det er relevant.

Der er løbende dialog mellem sengeafsnittet på højt specialiseret niveau og visitationerne i Region Syddanmark om personens funktionsevne, prognose og potentiale, mhp. fagligt at sikre det rette neurorehabiliteringstilbud for den enkelte patient efter udskrivelsen fra RHN. Hjemkommunen kan kontakte den regionale visitation, ved behov for information om personen med erhvervet hjerneskade. Ca. 14 dage før udskrivelsen fra RHN modtager alle parter automatisk en foreløbig plejeforløbsplan - uanset om personen udskrives til regionalt rehabiliteringsforløb eller til kommunalt regi.

I de tilfælde, hvor personer med erhvervet hjerneskade fra Syddanmark udskrives direkte fra RHN til eget hjem/kommunalt tilbud, er den regionale visitation i Region Syddanmark det koordinerende led, og det aftales mellem RHN og den regionale visitation i Region Syddanmark, hvordan personens hjemkommune inddrages/informerer. Direkte tilbageflytning til hjemkommunen må som udgangspunkt ikke forsinke fristen på syv dage.

Ved en fælles konklusion imellem det højt specialiserede niveau og den regionale visitation, besluttet hvorvidt personen skal fortsætte rehabiliteringen/genoptræningen på regionalt niveau eller i kommunalt regi.

På baggrund af hjerneskadens kompleksitet og øvrige komplikationer er alle patientforløb forskellige. Hvert forløb vurderes individuelt i forhold til rehabiliteringsbehovet, og hvorvidt personen skal fortsætte sin rehabilitering, beror på en tværfaglig vurdering. I nogle forløb er personen ikke i stand til at indgå i et rehabiliteringsforløb på regionalt niveau i direkte forlængelse af det højt specialiserede forløb, og her er det vigtigt med dialog mellem Regionshospitalet Hammel Neurocenter, den regionale visitationen og hjemkommunen.

5.3 Stabiliseringsfasen – når personen har nået sit bedst mulige funktionsniveau

5.3.1 Patienter, der følges ambulant i sygehusregi efter udskrivelsen

På lægefaglig indikation følges nogle patienter i neurologisk ambulatorie efter et indlæggelsesforløb på hoved- eller regionsfunktionsniveau og/eller højt specialiseret forløb.

Formålet med dette kan være:

- at følge op på behandlingen og rehabiliteringen givet under indlæggelsen
- at færdiggøre en planlagt udredning af funktionsevnen
- at behandle følgetilstande og komorbiditet
- at få udfærdiget en neuropsykologisk undersøgelse inden for et halvt år efter udskrivelse

Det kan være relevant at følge nogle personer med erhvervet hjerneskade i en længere årrække, f.eks. til kontrol af epilepsi og smertebehandling. Desuden vil nogle personer have behov for at kunne blive (gen)henvist af almen praksis til udredning og eventuel rehabilitering i sygehusregi. Der er behov for at denne udredning sker i et interdisciplinært og tværsektorielt samarbejde.

5.3.2 Vurderingsophold

Målgruppen for et vurderingsophold er personer, hvor der er tvivl om rehabiliteringspotentialet, herunder om de kan profitere af intensiv neurorehabilitering under indlæggelse. Vurderingsopholdet er typisk af ca. fem dages varighed og kan forlænges, hvis der er behov og potentiale.

Vurderingsophold er relevant for:

- Personer med erhvervet hjerneskade, der blev vurderet til ikke at kunne indgå aktivt i rehabiliteringen efter den akutte fase, som udskrives til en kommunal aflastningsplads eller rehabiliteringsplads, og som senere er henvist af egen læge eller neurologisk ambulatorie.
- Personer med erhvervet hjerneskade, hvor den regionale visitation er i tvivl om, hvorvidt vedkommende kan indgå i et rehabiliteringsforløb.
- Personer med erhvervet hjerneskade henvist direkte fra de akutte afdelinger, hvor det tværfagligt er vurderet, at der er tvivl om, hvorvidt personen på nuværende tidspunkt kan profitere af et rehabiliteringstilbud.

Visitationen til vurderingsophold foretages af det regionale visitationsudvalg på baggrund af en henvisning fra egen læge eller en læge fra personens stamafdeling. Krav til de oplysninger henvisningen skal indeholde fremgår af sundhed.dk.

5.3.3 Brush-up

Målgruppen for et "Brush-up" forløb er personer med erhvervet hjerneskade, som tidligere har haft et regionalt neurorehabiliteringsforløb, hvor der efterfølgende har været et nyt funktionsevnetab. Brush-up forløb er som udgangspunkt et rehabiliteringsforløb af to ugers varighed med mulighed for forlængelse op til fire ugers varighed. Formålet med Brush-up forløb er, at genvinde tabt funktionsevne, som er afgrænset til et specifikt område. Fokusområderne skal gerne være identificeret i et samarbejde mellem praktiserende læge og kommunen. Et brush-up forløb har således ikke til sigte at foretage en fuldstændig afdækning, vurdering og beskrivelse af samtlige af personens mulige funktionsnedsættelser.

Vurderingen af, hvorvidt personen kan visiteres til et brush-up forløb beror på en tværfaglig vurdering af det regionale visitationsudvalg, på baggrund af en henvisning fra egen læge eller neurologisk ambulatorium.

6 Kommunikation og koordinering

Udgangspunktet for al kommunikation og koordinering om patienter/borgere i Region Syddanmark er SAM:BO – Samarbejdsaftale om borger- og patientforløb, som fastlægger regler for kommunikation og samarbejde i forbindelse med alle typer patientforløb [SAM:BO - Samarbejde om borger/patientforløb \(regionsyddanmark.dk\)](#)

6.1 Udvidet koordinering²

Hvis en af parterne efterspørger udvidet koordinering planlægges dette hurtigst muligt og under hensyntagen til, hvornår patient og pårørende har mulighed for at deltage. Dagsorden fremgår af plejeforløbsplanen. Ved dialog fastlægges en fælles plan for udskrivelsen, som sygehuset efterfølgende sender til kommunen i en revideret plejeforløbsplan. Som udgangspunkt afholdes udskrivningsamtaler, når personerne har komplekse behov, og ofte i de tilfælde, hvor personen bor alene, har betydelige kognitive følger, hjemmet er uhensigtsmæssigt indrettet eller lignende, hvor der er tvivl om planen for udskrivelsen.

Det kan være relevant at supplere genoptræningsplanen med en sundhedsfaglig dialog mellem sundhedspersoner på det udskrivende sygehus og de sundhedspersoner, der yder genoptræning og/eller rehabilitering i kommunalt eller regionalt regi. Det gælder særligt i de tilfælde, hvor der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau. Sygehusene adviserer kommunerne om specialiseringsniveauet så tidligt i forløbet som muligt.

Senest ved udskrivelsen sender sygehuset en genoptræningsplan til kommunen samt en udskrivningsrapport i tilfælde, hvor det er relevant. Til almen praksis sender sygehuset en epikrise senest den tredje hverdag efter udskrivelsen samt genoptræningsplanen, såfremt personen samtykker. Der kan være behov for dialog og sparring mellem kommunen og neurorehabiliteringsafsnittet efter udskrivelsen i forhold til tilrettelæggelsen af det konkrete forløb for den enkelte.

6.2 Koordination internt i kommunen samt med eksterne leverandører

Kommunerne har det overordnede ansvar for koordinering og tilsyn af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til personer med erhvervet hjerneskade efter udskrivning. Kommunen er forpligtet til at tilrettelægge genoptræningsindsatsen i sammenhæng med andre indsatser, der kan bidrage til personens samlede rehabilitering jf. bekendtgørelsens § 5 (10).

6.2.1 Koordinering internt i kommunen

Personer, der udskrives med en genoptræningsplan, har ofte behov for indsatser på tværs af lovgivningsområder. Det drejer sig om indsatser i henhold til sundhedsloven (SUL), som skal koordineres med indsatser efter anden lovgivning (serviceloven (SEL)), lov om specialundervisning for voksne (LSV) samt lov om aktiv beskæftigelsesindsats (LAB). Et vellykket rehabiliteringsforløb forudsætter, at der er sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte sektorer og forvaltninger. Der er behov for koordinering på flere niveauer:

² Udvidet koordinering er når der er behov for en tættere eller uddybende kommunikation/koordinering vedr. personens funktionsevne, behandling/pleje, behov for kommunale indsatser og hjælpemidler/behandlingsredskaber i forbindelse med planlægning af udskrivelse til primær sektor

- **Myndighedskoordinerings:** rettidig sagsbehandling og bevilling på tværs af lovgivningsområder i henhold til personens samlede behov for indsatser
- **Faglig koordinering på udfører niveau:** faglig koordinering mellem faggrupper og indsatser i hverdagen ud fra fælles faglige mål og delmål i samarbejde med personen og pårørende
- **Forløbskoordinering:** koordinering af samlede forløb over tid, herunder koordinering i sektorovergangen ved udskrivning fra sygehus, med løbende revurdering af behov og rette indsats i samarbejde mellem personen, pårørende, myndighed og udfører
- **Koordinering på organisatorisk niveau:** erfaringsopsamling og udvikling af effektive indsatser og organisering på tværs af sektorer og forvaltninger på strategisk ledelsesniveau.

En hjerneskadekoordineringsfunktion kan være en central og vigtig funktion i forhold til at imødekomme behovet for koordinering på flere niveauer. (4, s. 66)

6.2.2 Eksterne leverandører

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der ved personer med behov for rehabilitering på specialiseret niveau er en tæt og kontinuerlig dialog mellem kommunen og eventuelle eksterne leverandører. Dialogen skal sikre en drøftelse af personens funktionsevne samt løbende evaluering af forløbet og personens effekt af indsatsen med henblik på at justere den samlede indsats, hvis det er relevant. Samarbejdet og koordinationen med eksterne leverandører kan understøttes af samarbejdsaftaler, der eksempelvis omhandler aftale om opstart af forløb, krav til kvalitet i indsatser, samarbejdsstrukturer og økonomi. (4, s. 65)

7 Brugerinddragelse

7.1 Inddragelse af personen med erhvervet hjerneskade og dennes netværk

Inddragelse er et af grundelementerne ved rehabilitering. Personen med erhvervet hjerneskade er ekspert i sit eget liv og kan og skal tage del i alle beslutninger, hvis det er muligt. Det er væsentligt i hele forløbet at brugerinddragelsen tager afsæt i den enkelte persons aktuelle tilstand med afsæt i, hvilke ressourcer og hvilken indflydelse personen kan byde ind med. Desuden skal der være opmærksomhed på såvel ressourcer som belastninger ved inddragelse af pårørende, professionelle og andre relevante parter. Pårørende er ofte resourcepersoner for målgruppen, samt en vigtig kilde til viden, som kan bruges til at optimere og målrette indsatserne. At inddrage personen og dennes eventuelle pårørende systematisk i forløbet medvirker til et øget ejerskab og motivation for, at medvirke aktivt i forløbet. Personen og de pårørende er de centrale aktører i forløbene, og det er vigtigt, at de deltager ligeværdigt i processer om eksempelvis udredning af funktionsevne, udarbejdelse af genoptræningsplan, planlægning af forløb og målsætning.

7.1.1 Under indlæggelsen

Personen med erhvervet hjerneskade og dennes pårørende skal inddrages i hele neurorehabiliteringsforløbet fra indlæggelse til udskrivelse f.eks. ved at deltage i modtagelsessamtale, mål- og plansamtaler og udskrivelseskonference. Desuden sker der inddragelse i forbindelse med udredning af funktionsevne, træningsseancer og genoptræningsplanen. Pårørende bliver, efter personen med erhvervet hjerneskades samtykke, løbende inddraget og informeret om sygdommen, forløbet og prognosen. Pårørende kan, på baggrund af den konkrete situation, tilbydes samtale med psykolog, socialrådgiver eller læge ud fra en tværfaglig vurdering. Det tværfaglige personale er uddannet i at anvende samtalestøtte (SCA/KomTil³) til personer med afasi, og inddrager ligeledes pårørende i at anvende metoden.

7.1.2 Efter indlæggelse

Personens pårørende og netværk yder ofte en helt afgørende støtte til den ramte undervejs i sygdomsforløbet. Sammen med personen er det vigtigt at få afklaret, hvilke pårørende, der skal involveres, hvornår og i hvilket omfang. Personen med erhvervet hjerneskade skal give samtykke hertil. De pårørende er således også en væsentlig samarbejdspartner og ressource for sundhedspersonalet. Involvering af de pårørende bør ske med øje for, at der er forskel på deres behov for inddragelse og på hvor belastet, de selv er. Generelt kan situationen for de pårørende opleves som udmattende og opslidende, og den ændrede situation har indflydelse på, hvordan familien fungerer i sin helhed.

Pårørendes selvstændige behov

Der kan være behov for særskilte indsatser målrettet de pårørende/netværk, f.eks. psykologsamtaler, viden om kognitive følger m.v.

³ SCA / Støttet samtale er en metode til at kommunikere med personer med kommunikationsvanskeligheder

Både sygehuset og kommunen skal være særlig opmærksom på de forløb, hvor børn har en forælder, der bliver ramt af en hjerneskade, og hvor der er behov for særlig støtte til barnet. Fagpersoner i begge sektorer skal overveje, om den underretningspligt de har jf. servicelovens § 153, skal bringes i anvendelse. Ved tvivl kan familieafdelingen i hjemkommunen kontaktes.

7.2 Inddragelse af brugerorganisationer

Kommunerne kan med fordel inddrage brugerorganisationer, patientforeninger samt det lokale frivillige- og foreningsliv. Det anbefales, at kommunerne jævnligt inviterer til dialog, således at et struktureret samarbejde kombineres med en mere uformel samarbejdsform.

Eksempler på faste aftaler kan være netværksgrupper, åbne cafemøder, aktivitetshold eller temaaftener som arrangeres af brugerorganisationer i et samspil med kommunen. Værdien af samarbejdet med brugerorganisationer kommer særligt til udtryk ved personens tilbagevenden til livet i civilsamfundet.

Høringsudkast

8 Kompetenceudvikling og kvalitetsudvikling

De syddanske kommuner og Region Syddanmark har et fælles ansvar for at styrke samarbejdet og udvikle kvaliteten af både indsatser og processer omkring personer med erhvervet hjerneskade. Dette gennem kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling af personalet på tværs af sektorerne. Den regionale forskningsforpligtigelse og kommunernes understøttende funktion vil via et styrket samarbejde og fælles kompetenceudvikling skabe bedre vilkår for udbredelse af den nyeste forskningsbaserede viden og rammer for fælles udviklingsprojekter og implementering af viden og fælles aftaler. Kompetenceudvikling skal være med til at styrke kvaliteten af de forskellige indsatser, og skabe en større grad af indsigt i hinandens praksis og hermed øge sammenhængen og samarbejdet på tværs af sektorerne.

Det systematiske samarbejde på tværs af sektorerne skal bl.a. bestå af:

- Initiativer som fælles skolebænk f.eks. følgedage (praktik)
- Fælles kursusvirksomhed på tværs af sektorer og faggrupper inden for regionens grænser
- Fælles udviklingsprojekter med styrket kvalitet som omdrejningspunkt
- Styrket tværsektoriel samskabelse gennem faglige netværk, hvor også den hjerneskadede person, netværket og civilsamfundet skal være i fokus
- Styrket fokus på workshops, webinarer og e-læringsmoduler

Der skal arbejdes sammen med de etablerede uddannelsesinstitutioner – professionsskolerne og SOSU-skolerne om målrettede kompetencemoduler, der kan understøtte nationale og centrale udmeldinger om kvalitets- og kompetencekrav.

Arbejdet med kompetence- og kvalitetsudvikling forankres i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, der påbegynder arbejdet i 2023. Der skal udarbejdes en plan/strategi for det fokuserede tværsektorielle samarbejde om kvalitets- og kompetenceudvikling.

9 Evaluering

Samarbejdsaftalen er godkendt af Strategisk Sundhedsstyregruppe den

Samarbejdsaftalen implementeres i sundhedsklyngerne og evalueres løbende af Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering. Samarbejdsaftalen er forankret i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering. Tvivlsspørgsmål i relation til aftalen vil blive håndteret af Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.

Referencer:

- 1) "Tilpasnings- og implementeringsaftale. Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark, Region Syddanmark", 2014
- 2) "Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau", Region Syddanmark, 2015
- 3) "Aftale om tidsfrist for opstart af genoptræningsindsatser", Region Syddanmark, 2019
- 4) "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade", Sundhedsstyrelsen, 2020
- 5) "Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne", Sundhedsstyrelsen, 2020
- 6) "Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade", Socialstyrelsen, 2021
- 7) "Hvidbog om rehabilitering", Rehabiliteringsforum Danmark, 2022
- 8) "International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. København": Sundhedsstyrelsen/Munksgaard Danmark, 2003.
- 9) "Den Gode Genoptræningsplan (G-GOP)", [Den Gode Genoptræningsplan \(ggop.dk\)](http://ggop.dk), 2020
- 10) "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus", Sundhedsministeriet, 2018
- 11) "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner", Sundhedsministeriet, 2018

Bilag:

Bilag 1: Inkluderede diagnosegrupper

Når diagnosen præsenteres med en * betyder det, at hele diagnosegruppen medtages inkluderende alle underliggende diagnoser.

Sygdomsgruppe	ICD 10 kode
1. Spontan infarkt i hjernen – iskæmisk apopleksi/stroke	D161*
2. Spontan intracerebral blødning i hjernen – hæmorhagisk apopleksi/stroke	D163*
3. Uspecificeret apopleksi – spontan blødning eller infarkt i hjernen	D164*
4. Subarachnoidalblødning – spontan blødning i hjernebinder	D160*
5. Diverse (Arteria cerebri dissecans non rupta, moyamoya sygdom, thrombosis venae intracranialis non pyogenica, Arteritis cerebri ikke klassificeret andetsteds, Cerebrovaskulær sygdom, andre spec former, cerebrovaskulær sygdom uden specifikation og karsygdom i hjerne ved sygdom klassificeret andetsteds)	D1670, D1675, D1676*, D1677, D1678*, D1679, D168*
6. Sequealae (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til diagnosegrupperne 1-5)	D1691, D1693, D1694, D1698
7. TCI (Transitorisk Cerebral Iskæmi, samme symptomer som ved apopleksi, men hvor symptomerne forsvinder inden for 24 timer)	DG45*, DG46*
8. Traumatisk hjerneskade	DS020*, DS021*, DS027*, DS028*, DS029*, DS061, DS062*, DS063*, DS064*, DS065*, DS066, DS067, DS068*, DS069, DS070, DS071, DS097, DT020, DT040, DT060
9. Encephalopati (difus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning)	DB220, DE159*, DE512, DG410, DG929*, DG931, DG938*, DG978*, DI460, DO292*, DO743*, DO754A, DO754B, DO892*, DT58*, DT719*, DT751*
10. Infektion (betændelse i hjernen og i hjernens hinde)	DA321*, DA390, DA398*, DB003, DB004*, DB451*, DB582*, DG00*, DG01*, DG040*, DG042*, DG048*, DG05*, DG060*, DG07*, DG08*, DG09

11. Tumor i hjernen	DC70*, DC71*, DD32*, DD330*, DD332, DD337, DD339,
12. Andre tilstande (eks. Myelinolysis pontis centralis, hypertensiv encefalopati)	DG372, DI674
13. Sequela (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til diagnosegrupperne 8-12)	DG099, DI690, DI720, DI692, DT903, DT905

Høringsudkast

Bilag 2: Krav til genoptræningsplaner jf. vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner

Stamoplysninger	<p>Alle genoptræningsplaner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oplysninger om sygehus og afdeling • Kontaktoplysninger på bopælsregionen og på hjemkommunen • Personens cpr-nr. og navn, adresse og telefonnummer • Dato for første kontakt og dato og tidspunkt for afslutning af sygehuskontakt • Dato og tidspunkt for udarbejdelse af genoptræningsplanen • Oplysning om hvem har udarbejdet planen • Personens informerede samtykke til det fortsatte genoptræningsforløb og til at der udarbejdes en genoptræningsplan • Hvilke oplysninger, der er givet og hvad personen/pårørende/værge på den baggrund har tilkendegivet
Helbredsforskel inklusiv beskrivelse af behandlingsforløb	<p>Alle genoptræningsplaner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sammenfatning i prosaform inklusiv årsag til kontakt, sygehistorie og nuværende tilstand, aktuel behandling og status ved udskrivning • Aftaler om kontrol og opfølgning • ICD-10 aktionsdiagnose og bidiagnoser • Operationsbeskrivelse hvis der er foretaget kirurgiske indgreb
	<p>Afhængigt af personens problemstilling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udvidet beskrivelse af udredning og behandling på sygehuset • Resultatet af relevante undersøgelser, som er foretaget på sygehuset
	<p>Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udvidede beskrivelser af udredning og behandling på sygehuset • Resultatet af relevante undersøgelser og funktionsevnevurderinger
Helbredsrelateret funktionsevne	<p>Alle genoptræningsplaner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sammenfatning i prosaform af personens aktuelle, samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse • Evt. relevante funktionsevne-vurderinger/tests vedlægges
	<p>Afhængigt af personens problemstilling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En detaljeret beskrivelse og sammenfatning af personens samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse • Beskrivelse af personens vanlige funktionsevne, i det omfang det er relevant og nødvendigt • Relevante funktionsevnevurderinger og særlige undersøgelser vedlægges
	<p>Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:</p>

Genoptræningsbehov og genoptræningspotentiale	<ul style="list-style-type: none"> • En detaljeret beskrivelse af personens samlede funktionsevne på udskrivningstidspunkt i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse
	Alle genoptræningsplaner:
	<ul style="list-style-type: none"> • Kort beskrivelse af personens behov for genoptræning og mål for genoptræningsindsatsen • Information om, hvilket specialiseringsniveau genoptræningen skal varetages på • Vurdering af personens potentiale herunder motivation og andre relevante forhold, herunder en sundhedsfaglig vurdering af personens mulighed for bedring/generhvervelse af funktionsevne.
	Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:
	<ul style="list-style-type: none"> • Beskrivelse af personens samlede behov for rehabiliteringsindsatser med det mål, at personen opnår fuld eller bedst mulig funktionsevne • Der kan evt. gives anbefalinger til metode, omfang og karakter af den videre indsats • Genoptræningsplan skal udarbejdes på en relevant specialafdeling minimum på regionsfunktionsniveau dvs. Rehabilitering for Hjerne- og nervesygdomme, Grindsted, Neurorehabiliteringsafsnit Svendborg eller højt specialiseret niveau Regionshospitalet Hammel Neurocenter