

Aftale om patientforløb
for patienter med erhvervet hjerneskade
og behov for højt specialiseret neurorehabilitering
på Regionshospitalet Hammel Neurocenter

mellem

Region Syddanmark

&

Region Midtjylland

1.0. Baggrund

Nærværende aftale omfatter relationerne mellem Region Syddanmark (RSD) og Region Midtjylland (RM) i forhold til patienter med behov for højt specialiseret neurorehabilitering på Regionshospitalet Hammel Neurocenter (RHN). Aftalen omfatter patienter ældre end 28 dage med erhvervet – og som udgangspunkt ikke-progredierende - hjerneskade.

For oplysninger om den højt specialiserede funktion på RHN henvises til RHNS hjemmeside: www.neurocenter.dk

Sundhedsstyrelsen har:

- I 2011 udgivet nationalt forløbsprogram for børn/unge med erhvervet hjerneskade.
- I 2014 udgivet faglige visitationsretningslinjer for Genoptræning og Rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade.
- I 2020 udgivet Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade.

Nærværende samarbejdsaftale sætter de overordnede rammer for den faglige indsats og skal medvirke til konkretiseringen af forløbsprogram, visitationsretningslinjerne og anbefalingerne om tværsektorielle forløb.

1.1. Diagnoser omfattet af aftalen

Henvisning til RHN kan ske for nedenstående diagnoser.

Voksne

Jf. Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade (SST, 2020) er målgruppen omfattet af nedenstående diagnoseområder (en komplet liste over ICD-10 koderne fremgår af bilag 1):

1. Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning)
2. Traumatisk hjerneskade
3. Subarachnoidalblødning (hjernehindblødning)

4. Tumor i hjernen (kræft samt godartede svulster i hjernen)
5. Infektion (betændelse i hjernen og i hjernens hinder)
6. Encephalopati (diffus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning)
7. Sequelae (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til en af ovenstående diagnoser)

Børn

Alle børn fra nyfødte til og med 17 år er dækket under rehabilitering i RSD og Børneafdelingen på Hammel Neurocenter indgår som part i denne rehabilitering, når der er tale om følgende lidelser:

ICD-10 KODER	DIAGNOSE TEKST
S06.0 – S06.9	Hjernerystelse, ødem, læsion, blødning på accidentiel traumatisk basis
S06.0 – S06.9 T74.1	Hjernerystelse, ødem, læsion, blødning på ikke-accidentiel traumatisk basis
I61.0 – I62.9	Ikke-traumatisk parenkymbloodning (IPH)
I63.1 – I69.8	Arteriel Iskæmi (AIS og TCI), Sinovenøs thrombose (SVT)
C71.0 – C71.9 D33.0 – D35.5	Benigne og maligne hjernetumorer
S14.1 – S34.1 G37.3	Skader og følger efter betændelse i rygmarven
G00.0 – G09.9	Følger efter betændelse i hjerne og hjernebinder

1.2. Om Region Syddanmarks henvisning til neurorehabilitering

Region Syddanmark varetager specialiseret neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau. Patienter i Region Syddanmark med behov for neurorehabilitering på højtspecialiseret niveau henvises til RHN.

RSD har en målsætning om, at alle henvisninger af RSD-borgere til RHN går via RSDs visitationsenhed. Dog undtaget Neurokirurgisk Afdeling, OUH og Børneafdelingen, OUH. Fra disse to afdelinger vil henvisningen gå direkte til RHN.

Medlemmer af RSDs visitation og kontaktoplysninger fremgår af bilag 2 og eventuelle ændringer meddeles til Den Fælles Regionale Visitation (FRV) på RHN.

2.0. Henvisning til højt specialiseret neurorehabilitering på RHN

Beslutningen om vurdering eller rehabiliteringsbehandling på RHN baseres på følgende kriterier: Diagnose og sværhedsgrad.

Nedenstående uddrag af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade giver en beskrivelse af hjerneskaderehabilitering på højt specialiseret niveau:

"Rehabiliteringsforløb på højt specialiseret niveau er ofte komplekse, individualiserede og af meget høj intensitet alle ugens dage, også uden for dagtid. Det varetages af interdisciplinært team med deltagelse af samme faggrupper som på regionsfunktionsniveau samt (neuro-) pædagog og med mulighed for assistance fra en speciallæge i neurologi/speciallæge med neurorehabiliteringskompetence umiddelbart. Foruden anbefalinger og krav til varetagelse af hoved- og regionsfunktionsniveau forudsætter hjerneskaderehabilitering på højt specialiseret niveau mulighed for rehabilitering i specialindrettede omgivelser, hvor skærmning er mulig.

Involverede faggrupper har derudover behov for indgående kendskab til og kompetence i rehabilitering af personer med meget svær hjerneskade inden for følgende områder:

- Fysiske funktionsnedsættelser, herunder respiratoriske problemer (tracheostomerede med trachealtube coughassist), nedsat mobilitet (fx anvendelse af robotteknologier), spasticitet (fx baklofenpumpebehandling og botulinumtoxinbehandling), og observation for og behandling af autonom dysfunktion.
- Kognitive funktionsnedsættelser, herunder vurdering af personer i koma/vegetativ tilstand/anden bevidsthedssvækkelse og personer med amnesi samt bestemmelse af varigheden heraf
- Kommunikative funktionsnedsættelser, herunder kognitivt betinget kommunikativ funktionsnedsættelse og anvendelse af avancerede kommunikationsteknologier
- Adfærdsmæssige funktionsnedsættelser, herunder håndtering af manglende sygdomsindsigt, konfusion, agitation, anden udadreagerende adfærd og personlighedsmæssige forstyrrelser
- Intensiv døgnobservation, herunder skopovervågning af hjerterytme, blodtryk, puls og iltmætning.

Hjerneskaderehabilitering på dette niveau kræver adgang til behandlingsredskaber og specialiserede rehabiliteringsteknologier, som er relevante for målgruppen, og som det kræver et tilstrækkeligt volumen og specialiserede kompetencer at anvende. Sygehuse, der varetager en specialfunktion, skal varetage forsknings- og udviklingsopgaver i relation til funktionen. For højt specialiserede funktioner kan der desuden stilles krav om forskningssamarbejde, internationalt og med andre sygehuse med højt specialiserede funktioner. Sygehuse, der varetager højt specialiseret funktion i hjerneskaderehabilitering er således videnscentre, der er forpligtet til at bedrive forskning samt videreformidle nyeste viden og forskning på området (5). I den forbindelse varetages forsknings-, uddannelses- og udviklingsopgaver inden for hjerneskaderehabilitering, og sygehuse medvirker i rådgivning vedrørende særlige behandlingstilbud og hjælpemidler samt kompetenceudvikling af neurofagligt personale i sygehusvæsenet i øvrigt – såvel som i kommunerne."

2.2. Henvisningsprocedure til RHN

Hvornår

Henvisning til højt specialiseret neurorehabilitering bør foretages, når de første kritiske døgn efter sygdomsdebut og behandling på specialafdeling er overstået, og patienten i den akutte behandlingstilstand er overvejende stabil.

Hvordan

Indlæggelser

RHN har mulighed for at modtage patienter med et flertal af komplikationer, og kan via NISA-funktionen modtage patienter til højt specialiseret neurorehabilitering som fortsat er i respirator eller har intensive monitoreringsbehov. I den forbindelse kan det i nogle tilfælde være hensigtsmæssigt med telefonisk kontakt til RHNs visitation, hvor man sammen med visitationen og RHNs læger kan drøfte den aktuelle problemstilling og herunder afgøre, om patienten skal tilbydes højt specialiseret neurorehabilitering på dette tidspunkt.

Med henblik på at sikre en ensartet sagsgang og hurtigst mulig vurdering, skal al henvendelse vedr. patienter til højt specialiseret neurorehabilitering ske via RHNs centrale visitation (FRV – den Fælles Regionale Visitation). Egentlig henvisning til RHN sker via skriftlig lægehenvi sning.

I de fleste perioder kan patienter fra RSD modtages på RHN indenfor 7 dage efter visitation af henvisningen. Dog kan der være perioder med spidsbelastning, hvor dette ikke kan lade sig gøre.

Henvisningsproceduren, skemaer, kontaktnumre og arbejdsgange mellem RHN og RSD m.v. findes på RHNs hjemmeside:

www.neurocenter.dk

Ambulante tilbud

Henvisning til et af RHNs ambulatorier sker ligeledes via FRV. Henvisning består af lægehenvisning og evt. supplerende bemærkninger.

I forbindelse med udskrivning kan RHN foreslå RSDs visitation, at en patient henvises til ambulante opfølgning på RHN.

For hvert besøg på RHN sendes elektronisk ambulante notat til RSDs visitation. Notatet indeholder plan for videre behandling i ambulante regi.

Hvem

RSD har en målsætning om, at alle henvisninger af RSD-borgere til RHN går via RSDs visitationsenhed. Dog undtaget neurokirurgisk afdeling, OUH og børneafdelingen, OUH. Fra disse to afdelinger vil henvisningen gå direkte til RHN, dog med kopi til RSDs visitation.

Hvis RHN modtager henvisninger vedr. RSD-borgere fra sygehuse udenfor RSD eller fra praktiserende læger, skal henvisningen sendes til RSDs visitation mhp. vurdering af, om henvisningen til RHN er relevant.

RSD foretager denne vurdering indenfor 5 hverdage med mulighed for i travle perioder at få forlænget fristen med yderligere 5 hverdage.

2.3 Patientforløb for børn til og med det 17. år

Så snart en hjerneskade er erkendt indlægges barnet altid og til nærmeste børneafdeling. Her vurderes, stabiliseres og behandles barnet.

Overgang A til fase I:

Overflyttes til intensiv terapi på Odense Universitetshospital.

Her foretages videre diagnostik og behandling og der arbejdes i særlig grad på at forebygge og behandle sekundære skader. Rehabilitering påbegyndes umiddelbart. Barnet konfereres med Børneafdelingen, Hammel Neurocenter tidligt i denne behandlingsfase.

Overgang B, fase II:

Ved fortsatte neurologiske udfald med påvirket GCS score og efter at den primære intensive terapi med forebyggelse af sekundære skader er afsluttet overflyttes patienten til Børneafdelingen, Hammel Neurocenter. Der sendes lægehenvielse til FRV, og FRV koordinerer overflytning til RHN i samarbejde mellem henvisende afdeling og Børneafdelingen på RHN.

Overgang C fase III:

Barnet overflyttes efter endt rehabilitering under indlæggelse til den børneafdeling der er nærmest bopælen. Her videreføres rehabiliteringen og barnet er indlagt til det kan komme hjem.

Overgang D fase IV

Barnet udskrives til hjemmet efter at kommunale funktioner omkring barnet og dets familie er etableret. Hammel Neurocenter har i god tid før udskrivelsen kontakt med barnets kommune og skitserer strategi for indsats fra udskrivningstidspunktet. Børneafdelingen informeres parallelt og følger denne plan. Barnet er fortsat tilknyttet børneafdelingen til og med det fyldte 17. år og vil have et ambulante forløb med ad hoc kontakter og fast kontaktlæge med ansvar for det samlede forløb i fase III og IV.

Børneafdelingen, Hammel Neurocenter vil være med i faserne I til IV. Kontroller og efterbehandlinger kan komme på tale ambulante såvel som under indlæggelse

2.4 Afmelding af henviste patienter

Afmelding af patienten hos RHN kan være aktuelt i de tilfælde, hvor det viser sig, at en patient, som er henvist til RHN, ikke har behov for behandling på højt specialiseret neurorehabiliteringshospital. Patienten henvises til enten Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme; Grindsted Sygehus, Sydvestjysk Sygehus, OUH/Svendborg eller

udskrives direkte fra henvisende afdeling til det kommunale regi.

3.0. Overflytning fra henvisende hospital til RHN

FRV sender meddelelsesbrev til kørselskontoret i RSD når patienten er visiteret.

FRV sender kopi af henvisningen til visitationen i RSD, hvis henvisningen ikke er sendt via dem.

Tidspunktet og forudsætningen for overflytningen til behandlingsplads på RHN er variabel, afhængig af hvilken klinik patienten er henvist til, og hvordan patientens aktuelle tilstand er.

Der er løbende gensidig kontakt mellem den centrale visitation på RHN og henvisende afdeling; dels for at følge patientens udvikling, dels for at planlægge indlæggelse i en af RHNs klinikker og for at aftale overflytning. Overflytning aftales oftest fra dag til dag.

De nærmere forudsætninger for overflytning til de forskellige klinikker fremgår af www.neurocenter.dk

Ved modtagelse af en patient, og efter indhentelse af patient eller pårørendes samtykke, sender Hammel Neurocenter en orienterende Plejeforløbsplan til patientens hjemkommune samt til visitationen i RSD om, at patienten er i behandling på RHN.

Orienterende Plejeforløbsplan sendes til kommunerne via Med Com med kopi til RSD som vedhæftet fil til sikker mail. Meddelelsen indeholder følgende:

- Præmorbid status, herunder tidligere funktionsniveau og socialt
- Skade- lokalisation/størrelse, akutte forløb med dato for skade. Væsentlige komplikationer af betydning for forløbet.
- Funktionsniveau/primære neurologiske udfald ved indlæggelsen
- Oplysninger om patientens hjemadresse, sengeafsnit i Hammel og telefon nr. m.m.

Hver uge sender FRV liste med indlagte patienter fra RSD til visitationerne i hhv. Grindsted og Svendborg.

4.0 Behandlingsforløb på RHN

I løbet af de første 1-2 ugers indlæggelse på RHN vurderes patientens tilstand og rehabiliteringsprognose sideløbende med at rehabiliteringen planlægges og iværksættes.

Hver 14. dag orienteres RSD's visitation elektronisk om foreløbig behandlingsplan, estimeret forløb, forventet outcome og kliniske scoringer (EFA, FIM og RLAS). Såfremt det videre forløb er klart tages meddelelsen til efterretning, men er der behov for uddybende information etableres der telefonkonference eller virtuelt møde mellem visitationsudvalget Region Syddanmark og relevante læge, afsnitsleder eller koordinator/specialeansvarlig (ikke nødvendigvis læge til læge).

Det er RSDs visitation, der ved behov informerer hjemkommunen. Kommunen kan således tidligt i forløbet forberede sig på at modtage en borger med betydende hjerneskade.

Der er evt. gensidig løbende telefondialog mellem visitationen i RSD og pågældende afsnit på RHN. Ved behov involveres hjemkommunen tidligt i forløbet via visitationsudvalget. Når udskrivelsen nærmer sig vurderes rehabiliteringsniveau og -behov ift. patientens videre forløb. Ved en fælles konklusion beslutes, om patienten skal videre til:

1. Regionalt niveau
2. Hjemkommune
 - a. Almen GOP
 - b. Rehabilitering på specialiseret niveau

Alternativt på stamafdeling på hjemsygehus (patienter, der ikke er klar til ovenstående, men ikke kan udskrives til kommunalt regi fx dobbeltdiagnoser, tracheostomi m. cuff).

5.0 Tilbageflytning til Region Syddanmark

Patienten overflyttes fra en højtspecialiseret behandlingsplads på RHN til RSD, når der ikke længere er behov for højtspecialiseret neurorehabilitering, eller når behandlingsmulighederne er udtømt.

RSDs Visitation modtager tidligst muligt - og senest 2 uger før forventet

tilbageflytning til RSD – færdigmelding af patienten via visiterende plejeforløbsplan. RSD-patienter udskrives efter drøftelse med visitationsudvalget til et hospital/rehabiliteringsafsnit i RSD eller direkte til eget hjem/kommunalt tilbud. RSD eller hjemkommune har som udgangspunkt 7 dage til at modtage patienten tilbage, når patienten er meldt klar til tilbageflytning til RSD. Direkte tilbageflytning til kommune må som udgangspunkt ikke forsinke overstående frist. Ved perioder med spidsbelastning afdækkes muligheder i dialog og under hensyntagen til at der i fællesskab sikres gode patientforløb. Ved subakutte overflytninger fra RHN til et hospital i RSD, sker overflytning så hurtigt som muligt uden ovenstående tidsfrister.

I de tilfælde, hvor RSD-patienter udskrives direkte fra RHN til eget hjem/kommunalt tilbud er RSD`s visitation det koordinerende led, og det aftales mellem RHN og RSD`s visitation, hvordan patientens hjemkommune inddrages/informerer. Ved problemer med hjemtransport er det visitationen i RSD som initierer bestilling af transport.

Det er RSD´s visitation, der finder den sygehusafdeling i RSD, som eventuelt skal modtage patienten. Det er også RSDs visitation som orienterer pågældende afdeling, hvorefter al kommunikation og korrespondance sker mellem modtagende sygehusafdeling og RHN, mens RSDs visitation holdes orienteret elektronisk, når der foreligger en plan.

Ved overflytning til den modtagende sygehusafdeling skal udskrivningsstatus og kopi af lægejournal medsendes patienten. Hvis patienten overflyttes til det regionale neurorehabiliteringsniveau i RSD, sender neuropsykologerne på RHN ved afslutning af patienterne neuropsykologiske undersøgelser/ screeningsresultater til visitationerne til hhv. neurorehabiliteringsafsnittene i Grindsted og Svendborg. Billeddiagnostisk materiale overføres til RSDs PACS system.

Til patientens praktiserende læge sendes elektronisk epikrise.

6.0 Samarbejdsstruktur

6.1. Styregruppe

Med henblik på at følge op på og vedligeholde aftalen om patientforløb nedsættes en

styregruppe med følgende sammensætning:

Direktør, OUH

Overlæge ved Neurokirurgisk afdeling, OUH

Overlæge, Neurologisk afdeling, OUH

Overlæge, Neurologisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus

Overlæge, Børneneurologisk sektion, H. C. Andersen Børnehospital, OUH

Administrativ medarbejder, Region Syddanmark

Hospitalsdirektør, Hospitalsenhed Midt

Cheflæge, RHN

Chefterapeut, RHN

Chefsygeplejerske, RHN

Professor og leder af Forskningsenheden ved RHN

Visiterende oversygeplejerske, RHN

Overlæge, Børne & Unge klinikken, RHN

Administrativ medarbejder, Hospitalsenhed Midt

Styregruppen mødes 1 gang årligt.

Styregruppens kommissorium er:

Overordnet opfølgning på aftalen om patientforløb

Drøftelse af ændringsforslag til aftalen

Drøftelse af fælles initiativer

Gensidig orientering

Drøftelse af nye behandlings- og udredningstiltag

6.2 Ad hoc arbejdsgrupper – fagligt samarbejde

Styregruppen kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper. Det faglige samarbejde sker desuden i regi af Vestdansk Erfa-gruppe og Dansk Selskab for Neurorehabilitering.

6.3 Halvårlige videomøder mellem visitationerne i RSD, FRV og RHN

Der afholdes halvårlige videomøder mellem visitationerne i RSD, FRV og RHN på læge

og afsnitsledelsesniveau, mhp. drøftelse af patientcases, dagligt samarbejde og gensidig information.

6.4 Økonomi

Eventuelle ændringer af såvel økonomisk som strukturel karakter vil indgå i den årlige procedure mellem de to regioner angående benyttelsesaftalen.

Der aftales procedure for håndtering af betalings spørgsmål.

6.5 Klinisk og forsknings- og udviklingsmæssigt samarbejde

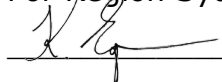
Der er mellem parterne ønske om klinisk og forsknings- og udviklingsmæssigt samarbejde om bl.a.:

- Behandlingsprincipper.
- Dataindsamling med indrapportering til samme kliniske kvalitetsdatabase.
- Videnskabelige projekter.
- Teknologiudvikling.

7.0 Aftalens varighed

Aftalen kan opsiges med 12 måneders varsel. Der kan løbende aftales ændringer til aftalen.

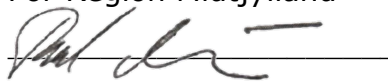
Vejle, den 3. maj 2023
For Region Syddanmark



Kurt Espersen

Koncerndirektør

Viborg den 19. juni 2023
For Region Midtjylland



Poul Michaelsen

Koncerndirektør