

Tværsektoriel samarbejdsaftale om udskrivelse af patienter med erhvervet hjerneskade og behov for rehabilitering på specialiseret niveau

Formål

Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade (2020) bør der udarbejdes konkrete lokale aftaler vedrørende advisering og samarbejde omkring udskrivning af patienter. På børne- og ungeområdet findes der ingen tilsvarende anbefalinger, da der ikke har været en opdatering af Forløbsprogrammet for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade (2011).

Tværsektorielt Samarbejdsforum for hjerneskade i Region Hovedstaden har på den baggrund udarbejdet en samarbejdsaftale, der konkret omhandler advisering og samarbejde omkring udskrivning af patienter, der har behov for videre rehabilitering på specialiseret niveau. Samarbejdsaftalen skal ses som en 'minimumsaftale', som hospitaler og kommuner skal følge og som understøtter en klar opgavefordeling og kommunikation mellem sektorerne for at sikre et koordineret og sammenhængende patientforløb. Aftalen giver mulighed for at der suppleres med lokale aftaler i Planområderne.

Formålet med samarbejdsaftalen er at styrke koordinationen og samarbejdet i sektorovergangen blandt det sundhedsfaglige personale, der er involveret i patientens udskrivningsforløb, for at sikre kvalitet og sammenhæng i rehabiliteringsforløbet for patienten.

Aftalen gælder alene for det tværsektorielle samarbejde omkring indlagte patienter over ét år, som af hospitalet vurderes at have behov for rehabilitering på specialiseret niveau efter udskrivelse.

Indhold af aftalen

Samarbejdsaftalen er alene gældende for advisering og samarbejde ved udskrivelse af patienter fra hospital til kommune i Region Hovedstaden til videre rehabilitering på specialiseret niveau og skal betragtes som et tillæg til den eksisterende Kommunikationsaftale i Region Hovedstaden.

Aftalen konkretiserer tilrettelæggelse af tværsektorielle arbejdsgange for advisering, afholdelse af udskrivningskonference og overlevering af relevante informationer. Herunder at hvis der tæt på udskrivelse vurderes behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, skal hospitalet advisere kommunen.

Inddragelse af patient og pårørende

Regioner og kommuner inddrager personer med erhvervet hjerneskade og deres eventuelle pårørende systematisk i forbindelse med udredning af funktionsevne, udarbejdelse af genoptræningsplan, planlægning af forløb og målsætning.

Journalopslag via SP-Link eller Sundhedsjournal

Jf. Sundhedsloven §42a kan sundhedspersoner lave opslag i elektroniske systemer i nødvendigt omfang indhente oplysninger om en patients helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten. Det er således ikke alle kommunale fagpersoner der kan tilgå patientjournalen via SP-link eller Sundhedsjournalen uden samtykke af borgeren og eventuelt pårørende.

Evaluering

Tværsektorielt Samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering har fulgt op på implementering af samarbejdsaftalen primo 2025.

Arbejdsgang

Indlæggelsesadvisering

Hospitalets opgave

Hospitalet sender automatisk et indlæggelsesadvis til patientens bopælskommune med information om at borgeren er indlagt og på hvilken afdeling.

Indlæggelsesrapport

Kommunens opgave

Kommunen sender automatisk generet indlæggelsesrapport (ILR) til hospitalet på de patienter, der er kendte i det kommunale omsorgssystem. Hvis kommunen vurderer, at der er supplerende oplysninger til ILR, sender kommunen en manuelt opdateret indlæggelsesrapport (MILR). Formålet er, at hospitalet bliver bekendt med patienters funktionsniveau før aktuelle indlæggelse.

Tidlig advisering om behov for udvidet koordinering – gældende for personer over 18 år

Hospitalets opgave

I forløb, som kræver udvidet koordinering på tværs af sektorer, sendes hurtigst muligt en PFP med de oplysninger, hospitalet kan bidrage med, herunder

- Patientens alder og habituelle funktionsevne, patientens sociale, arbejds- og familiemæssige situation, herunder om der evt. er børn i familien
- Forventet specialiseringsniveau
- Estimeret dato for udskrivelse

Den tidlige advisering bruges som opmærksomhed på udvidet koordineringsbehov og som grundlag for tidlig planlægning af indsatser fra kommunal side.

Kommunen kontakter hospitalet førstkommande hverdag mhp. det videre forløb.

De kommuner, der har adgang til SP-link og/eller Sundhedsjournalen, kan selv tilgå yderligere oplysninger.

Advisering forud for udskrivelse via PFP – gældende for personer over 18 år

Hospitalets opgave

Hospitalet adviserer via PFP kommunen tidligst muligt og senest fem hverdage før forventet udskrivelse om, at patienten forventes udskrevet med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau med/uden behov for døgnrehabilitering. PFP sendes senest kl. 13:00.

Senest 3 hverdage før forventet udskrivelse afholdes der en tværsektoriel udskrivningskonference med deltagelse af kommune (evt. virtuelt), patient og evt. pårørende.

Der anmodes om kontakt fra kommunen, så dato for udskrivelseskonference kan aftales.

Indhold i PFP:

- Forventet dato for udskrivelse
- Forventet genoptræningsniveau ved udskrivelse
- Faglige strategier ift. metode og tilgang til støtte over døgnet i forhold til funktionsevne og omfang af støtte
- Relevante informationer i forhold til sociale og familiære forhold, herunder om der er børn i familien
- Informationer, hvor der kan være behov for yderligere dialog før udskrivelse, herunder habilitet

Der gøres opmærksom på, at for børn og unge under 18 år anbefales det ikke at sende en Pleje Forløbs Plan (PFP). I disse patientforløb skal hospitalet via korrespondancemeddelelse (KM) advisere kommunen tidligst muligt og senest fem hverdage før forventet udskrivelse om, at patienten forventes udskrevet med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau med/uden behov for døgnrehabilitering. KM sendes senest kl. 13:00.

Specifikt for denne målgruppe gøres der opmærksom på, at hvis der er behov for vurdering ved logopæd og/eller neuropsykolog med henblik på en genoptræningsplan, så kan regionens børne- og ungeafdelinger henvise til 'Erhvervet Hjerneskade hos Børn og Unge, Klinik 601'. Henvisninger til klinikken kan sendes på to måder: Central Visitationen (CVI) eller ambulant best./ord i Sundhedsplatformen til Afdeling for Hjerne- og Rygmarvsskader.

Supplerende journaloplysninger via KM

Hospitalets opgave

Der sendes supplerende journaloplysninger til kommunen samme dag og senest første hverdag efter advisering via PFP. Supplerende oplysninger sendes under emneord "Hjerneskadekoordinering".

Adviseringen omfatter en kort sammenfatning af den tværfaglige begrundelse for *Rehabilitering på specialiseret niveau*, herunder vurdering af rehabiliteringsbehov og -potentiale med

- Ergo- og fysioterapeutisk opdateret statusbeskrivelse
- Neuropsykologisk konklusion

- Ved behov: a) Logopædisk udredning samt SCA-oplysninger, b) Udredning ved synsteam, herunder udredning fra øjenlæge, hvis det foreligger

Ønsker hospitalet en tilbagemelding på henvendelse, skal det tydeligt fremgå, at der er behov for "faglig tilbagemelding".

Ved væsentlige ændringer i patientens tilstand eller ændringer i den estimerede udskrives-/færdigmeldingsdato, sendes opdateret PFP.

Opdateret KM sendes ved væsentlige ændringer i patientens tilstand eller genoptræningsbehov/genoptræningspotentiale.

Kommunens opgave

Kommunen kontakter hospitalet for at aftale dato for udskriveskonference i forhold til det videre forløb. Dette sker ved telefonisk henvendelse.

Kommunen anmoder om yderligere relevante oplysninger fra journal ved behov

De kommuner, der har adgang til SP-link og/eller Sundhedsjournalen, kan selv tilgå yderligere oplysninger

Udskriveskonferencen

Deltagere er patient, eventuelt pårørende, hospital og kommune.

Formålet med udskriveskonferencen er:

- At udveksle yderligere information i forhold til behov for rehabiliteringsindsats efter udskrivelse fra hospital
- At inddrage patient og eventuelt pårørende i planlægning af den videre rehabiliteringsindsats efter udskrivelse og sikre forventningsafstemning af det videre forløb.

Udskriveskonference kan foregå fysisk eller virtuelt. Dette aftales lokalt.

Der kan undtagelsesvist afholdes formøde, hvis der er tale om særlige omstændigheder.

Mødelederfunktion ift. gennemgang af dagsorden og opsummering af hovedpunkter fra mødet varetages som udgangspunkt af hospitalet

Dagsorden ved udskriveskonference

- Præsentation af deltagere til konferencen
- Formål med mødet
- Kort status og anbefalinger fra fagpersoner
- Patient/pårørendeovervejelser og spørgsmål
- Kommunen fremlægger den videre plan (f.eks. plan for, hvad der yderligere skal afklares i forbindelse med udskrivelsen, eller hvis muligt, at præsentere den konkrete plan efter udskrivelse fra hospitalet for patienten)
- Hvis der er tale om et komplekst patientforløb, så aftales eventuel plan for yderligere overlevering mellem hospital og kommune, f.eks. hospitering.
- Hospitalet orienterer om eventuelle planlagte ambulante opfølgninger

- Opsummering af hovedpunkter fra møde og aftaler vedr. det videre forløb

Igangsættelse af hjerneskadekoordination i kommunen

Kommunens opgave

De relevante fagområder og tværfaglige aktører sikrer rettidig indsats og understøttelse af videndeling. Særlig opmærksomhed på tidlig indsats i forhold til blandt andet børn i hjemmet, forsørgelsesgrundlag og boligforhold.

Vær opmærksom på indhentelse af samtykke, lovgivning og organisering i egen kommune, herunder kontakt evt. til Beskæftigelses- og Familieafdelinger.

Kommunen indhenter selv de samtykker, der er behov for til den kommunale sagsbehandling.

Aftale om videre forløb efter udskrivelse

Kommunen orienterer snarest efter udskrivelseskonference hospitalet om endelig dato for, hvornår kommunen/det specialiserede rehabiliteringssted kan modtage patienten. Det aftales lokalt, hvordan orienteringen skal foregå.

Udskrivelse

Hospitalets opgave

Der sendes en opdateret PFP, når der foreligger en sikker færdigbehandlings-/udskrivningsdato og senest kl. 13:00 dagen før udskrivelsen. Senest ved udskrivningstidspunktet sendes der en genoptræningsplan (GOP) samt en udskrivningsrapport (USR) fra plejen til kommunen.