

Patientforløbsbeskrivelse

Ambulatorium for Unge med Erhvervet Hjerneskade

Patientgrupper:

- Patienter mellem 15-30 år som indenfor det sidste år har været indlagt på grund af et hovedtraume eller sygdom, som kan påvirke hjernens funktion (Nyopstået traume eller sygdom).
- Patienter med erhvervet hjerneskade tidligere i livet og med nyt rehabiliteringsbehov (Tilbageløbsfunktion). Tilbageløbsfunktionen gælder også unge mellem 15-30 år, hvor skaden er sket inden 15 års alderen.
Med nyt rehabiliteringsbehov menes oplevelse af nyopståede vanskeligheder med at fungere i dagligdagen, som vurderes at være relateret til hjerneskaden. Vanskelighederne kan opstå i forbindelse med, at krav i dagligdagen øges fx i forbindelse med ændring af skoleniveau, at flytte hjemmefra, stifte familie eller ændring af det sociale netværk.

Diagnoser

For begge patientgrupper er følgende diagnosegrupper gældende:

Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning) og andre sammenlignelige sygdomme:
DI61, DI63, DI64, DI67 – DI68 (undtaget DI67.4)

Traumatisk hjerneskade:

DS020, DS021, DS027-DS029, DS061-DS071, DS097, DT020, DT040, DT060

Encephalopati (diffus hjerneskade af anden årsag):

DB220, DE159, DE512, DG410, DG929, DG931, DG938, DG978, DI460, DO292, DO743, DO754, DO892, DT58, DT719, DT751, DT754

Infektioner (betændelse i hjernen og i hjernens hinder):

DA321, DA390, DA398, DB003, DB004, DB451, DB582, DG00, DG01, DG040, DG042, DG048, DG05, DG060, DG07-DG09

Primær tumor i hjernen (kræft samt godartede svulster i hjernen):

DC70-DC71, DD32, DD330, DD332, DD337, DD339

Subarachnoidal blødning (hjernehindeblødning):
DI60

Andre relevante sygdomme:
DG372, DI674, DI720

Ambulatoriet modtager ikke patienter med commotio cerebri, TCI og skader der er opstået frem til den 28. dag efter fødslen.

Formål med tværfaglig udredning og opfølgning i ambulatoriet

Det overordnede formål med ambulatoriet er at sikre en specialiseret og tværfaglig ambulant opfølgning og udredning i sygehusregi. Den tværfaglige udredning har til formål, at vurdere om patienten har følger efter påvirkning på hjernen og deraf behov for en indsats med henblik på at forbedre funktionsniveauet.

Ambulatoriet forestår ingen rehabilitering men henviser til genoptræning, når det er relevant. Der er ofte behov for udarbejdelse af en almen genoptræningsplan, hvor genoptræningen efterfølgende bevilges og iværksættes i kommunalt regi. Genoptræningsplanen indeholder en beskrivelse af patientens aktuelle funktionsniveau, genoptræningsbehov og anbefalinger om relevant genoptræning. For at sikre iværksættelse af relevant genoptræning samarbejder ambulatoriet med patientens hjemkommune (jf nedenfor).

En indsats som ikke går igennem genoptræningsplanen kan fx være kontakt til patientens uddannelsessted, sagsbehandler i kommunen eller arbejdssted.

Formål med tværsektorielt samarbejde

Det overordnede formål med det tværsektorielle samarbejde er at sikre et sammenhængende forløb for patienten.

Et tæt samarbejde mellem ambulatoriet og patientens hjemkommune har til formål at sikre,

- at patienten får en kommunal kontaktperson ved tilbagemødet
- at den opnåede viden i ambulatoriet kan omsættes i praksis
- at ambulatoriet kan få viden om, hvilken genoptræning som har været etableret eller som aktuelt er i gang.
- at patienten ikke udsættes for udredning, som allerede er foretaget.

Henvisning	Ansvarlig
Patienter mellem 15-30 år som indenfor det sidste år har været indlagt på grund af et hovedtraume eller sygdom, som kan påvirke hjernens funktion (Nyopstået traume eller sygdom). Akutafdelingerne laver intern henvisning til SKS-kode 800119 Neurologisk afdeling, under US noteres UngeAmb. Den visiterende sekretær sørger for, at disse henvisninger lægges i ambulatoriets henvisningsbakke. Patienter med erhvervet hjerneskade tidligere i livet og med nyt rehabiliteringsbehov (Tilbageløbsfunktion). Tilbageløbsfunktion henvender sig til de patienter, der tidligere har haft, eller hvor der er mistanke om en tidligere skade på hjernen. Disse patienter kan henvises fra praktiserende læge, speciallæge eller hospitalsafdeling. Fra den praktiserende læge og speciallæge sendes henvisningen til neurologisk afdeling SKS-kode 8001199. Under feltet ønskede undersøgelser/behandling noteres UngeAmb. Derudover ønskes beskrivelse af henvisningsdiagnose, skadestidspunkt, indlæggelsesafdeling, beskrivelse af funktionsniveau og evt. optræningstiltag. Henvisning fra hospitalsafdeling sker som beskrevet under patienter med nyopstået traume eller sygdom.	Udskrivende afdeling Praktiserende læge, speciallæge og hospitalsafdeling.

Visitation	Ansvarlig
Visitation Ved visitation tages der afsæt i de beskrevne diagnosegrupper. Patienter, hvor der er begrundet mistanke om en erhvervet hjerneskade, vil kunne visiteres. Her vil den tværfaglige udredning lægge til grund for den endelige diagnostiske afklaring. Visitationen omfatter: • Modtagelse af henvisning/samtykkeerklæring • Neuropsykolog/læge læser patientens journal mhp. at afklare, om patienten kan tilbydes et forløb. • Til patienten, der tilbydes et forløb, bookes der tider til forsamtale, tværfaglig udredning og tilbagemelding i ambulatoriet. • Patienten indkaldes tidligst efter et eventuelt genoptræningsforløb under indlæggelse er afsluttet. • Når tiderne til patienterne bookes, forsøges der at tage hensyn til geografisk placering af patientens bopæl samt sagens kompleksitet og omfang. • Såfremt patienten ikke tilbydes et forløb dikterer visiterende neuropsykolog/læge et notat til journalen med begrundelse for afvisning. Dette sendes til henviser. For tilbageløbsfunktionen er det gældende, at såfremt patienten er diagnostisk uafklaret, har patienten krav på at blive udredt eller få en udredningsplan indenfor 30 dage efter modtagelse af henvisningen. Dette menes at være opfyldt ved, at patienten modtager en plan for udredningen. Indkaldelse Ved indkaldelse udsendes følgende til patientens e-Boks: • Indkaldelsesbrev: I brevet informeres patienten om, at han/hun anbefales at have pårørende med til forsamtalet og tilbagemeldingen. Formålet med deltagelse af pårørende er, at de kan bidrage med relevant viden om den unge samt vil kunne snakke med den unge under og efter forløbet. Det er planlagt sådan, at de pårørende skal tage mindst muligt fri i forbindelse med udredningsforløbet. Pårørende skal forstås som en nærtstående person, som kender den unge, og som den unge er tryk ved. For unge under 18 år vil der være tale om den unges forældre (værge). • Patienten får tider til forsamtale. Desuden oplyses datoer, hvor der vil kunne foregå udredning og tilbagemelding.	Visiterende neuropsykolog/læge visiterer ved modtagelse af henvisning. Visitationen påbegyndes indenfor syv dage. Lægesekretær

- Informationsblad om ambulatoriet.
- Fuldmagt med anbefalet tidsfrist for returnering.

For 15-17 årige sendes fuldmagten med almindelig post da både forældre og den unge skal underskrive.

Returnering af fuldmagt

Fuldmagt returneres fra patienten via e-Boks. Der tages telefonisk kontakt til patienten i de tilfælde, hvor fuldmagten ikke returneres inden for forventet tidsfrist.

Socialrådgiveren kontakter patientens hjemkommune for at gøre opmærksom på, at patienten indgår i et forløb i ambulatoriet. Tidspunkt for forventet tilbakemeldingsmøde gives og relevante parter inviteres til tilbakemeldingsmødet. Der spørges ind til igangværende, tidligere eller planlagt genoptræning/rehabilitering i kommunen. Relevante sagsakter indhentes.

Socialrådgiver

Lægesekretæren lægger indkomne fuldmagter til socialrådgiveren. Socialrådgiver tager telefonisk kontakt ved fuldmagter som ikke returneres.

Socialrådgiver
Socialrådgiveren dokumenterer
kontakt i Clinical.

Udredning	Ansvarlig
Tværfaglig konference med planlægning af udredningsforløb Inden patienten møder til forsamtale i ambulatoriet, afholdes tværfaglig konference med patientgennemgang, hvor det vurderes, hvilke relevante sagsakter, der skal indhentes. Formålet med patientgennemgangen er at forberede og målrette udredningsforløbet. Patientgennemgang Umiddelbart inden forsamtales laves kort patientgennemgang af sygdomsforløb og indhentede oplysninger. Forsamtale med patient og pårørende Formålet med den tværfaglige anamneseoptagelse er at sikre, at patienten ikke skal fortælle det samme ved de monofaglige undersøgelser, samt at de pårørende ikke behøver at være til stede ved de monofaglige udredninger. Derudover har faggrupperne mulighed for at supplere hinanden i udspørgningen, hvilket sikrer en mere fyldestgørende anamneseoptagelse. Deltagere: Neuropsykolog, læge, fysioterapeut, ergoterapeut og socialrådgiver. Varighed: ca. 1 time. Indhold: Kort introduktion til ambulatoriet og ambulatoriets kontaktflade med information om kommunens inddragelse. Anamneseoptagelse og indhentning af øvrige relevante oplysninger der er relevant for forløbet, og som ikke er afdækket som del af visitation. Udlevering af spørgeskema og tidspunkter for den videre udredning. Tværfaglig undersøgelse/udredning Der udføres undersøgelser ved følgende faggrupper: • Læge: ½-1 time (lægeundersøgelsen udføres umiddelbart efter forsamtales) • Neuropsykolog: 2 timer (Vurdering af kognitive følger) • Fysioterapeut: 1-1½ time (Vurdering af sensoriske og motoriske følger) • Ergoterapeut: 1-2 timer (Aktivitetsinterview og -vurdering)	Patientens team Neuropsykolog Neuropsykolog dikterer forsamtales. Lægesekretær skriver og registrerer ydelse. Terapeuter udleverer, indhenter og dokumenterer spørgeskema. Dokumentation: Læge og neuropsykolog dikterer. Lægesekretær skriver og registrerer ydelse. Terapeuter og socialrådgiver skriver selv i Clinical og terapeuter

Socialrådgiver: 1 time (Afdækning af fremtidige uddannelses-/jobønsker, rådgivning ift. den gældende lovgivning). Under udredningsforløbet er der løbende tværfaglige drøftelser mhp. at sikre, at de tværfaglige udredninger supplerer hinanden og få vendt relevante hypoteser om patientens funktionsniveau og fremadrettede rehabiliteringsbehov. Tværfaglig konference Formålet med konferencen er at vurdere, om det fundne funktionsniveau er forårsaget af en hjerneskade og/eller anden årsag. Det vurderes, om der er behov for en genoptræningsplan og/eller anden indsats fra teamet eller i kommunalt regi. En eventuel anden indsats beskrives i en tværfaglig konklusion. Genoptræningsplan eller tværfaglig konklusion opstartes forud for den tværfaglige konference. Relevante informationer fra forsamlingen og monofaglige konklusioner indføres løbende og samles til en tværfaglig vurdering på den tværfaglige konference. Der lægges en plan for fokus på tilbagemeldingsmødet.	registrerer selv ydelse. Patientens team Hver faggruppe indsætter relevante oplysninger
--	--

Tilbage melding	Ansvarlig
Tilbage meldingsmøde Formålet med tilbage meldingsmødet er at give patienten og dennes pårørende resultaterne af den tværfaglige udredning og den samlede konklusion. Ved behov for en genoptræningsplan eller anden indsats vil fokus være herpå. Genoptræningsplanen/konklusionen skal godkendes af patienten. Formålet med tilbage meldingsmødet er også at skabe en kontakt mellem patienten og den kommunale kontaktperson. Det ønskes fra ambulatoriets side, at det er den kommunale kontaktperson, som er patientens tovholder for indsatsen i kommunen. Udover at den kommunale kontaktperson bliver bekendt med anbefalingerne fra teamet, kan den kommunale kontaktperson også skitsere det videre forløb i kommunalt regi. Det er ikke forventeligt, at der ved tilbage meldingsmødet kan tages beslutninger om det fremtidige rehabiliteringsforløb. Den kommunale kontaktperson forventes at kunne fortælle, hvad der skal ske i kommunen for, at det kan blive besluttet, hvad den kommunale genoptræning vil indeholde, omfanget af træningen og hvor den vil foregå henne. I forbindelse med tilbage meldingsmødet afklares det, om patienten skal afsluttes eller fortsat har behov for kontakt til ambulatoriet til fx kontrol, bistand fra socialrådgiver eller vejledning til kommunale samarbejdspartnere. Deltagere: Patienten og pårørende Fra teamet: Neuropsykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver. Kommunens kontaktperson Øvrige relevante samarbejdspartnere efter aftale med patienten. Varighed: ca. 1 time	Patientens team. Neuropsykolog dikterer notat på tilbage meldingsmødet. Lægesekretær skriver og registrerer ydelse. Terapeuter registrerer ydelse. Den kommunale kontaktperson skitserer forløbet i kommunen.