

DECEMBER 2014

GENOPTRÆNING OG REHABILITERING TIL VOKSNE MED ERHVERVET HJERNESKADE

En faglig visitationsretningslinje



Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje

© Sundhedsstyrelsen, 2014. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Faglig visitationsretningslinje, erhvervet hjerneskade, rehabilitering, genoptræning, genoptræningsplan, specialiseringsniveauer, visitation

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1,0

Versionsdato: 19. december 2014

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-077-7

Indhold

Forord	5
1 Introduktion	6
1.1 Baggrund	6
1.2 Formål	7
1.3 Hvem er omfattet af retningslinjen	8
1.4 Lovgrundlag	8
1.5 Definition af begreber	9
1.5.1 Visitation	9
1.5.2 Rehabiliteringspotentiale og -behov	10
1.5.3 Erhvervet hjerneskade	10
1.6 Faglige indsatser	11
1.6.1 Genoptræning	11
1.6.2 Andre rehabiliteringsindsatser	12
2 Specialiseringsniveauer	13
2.1 Specialiseringsniveauer for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus	14
2.2 Specialfunktioner på sygehuse	15
2.3 Specialiseringsniveauer på det sociale område	15
3 Ansvar og samarbejde	17
3.1 Sygehusets ansvar og opgaver	17
3.1.1 Genoptræning og rehabilitering	17
3.1.2 Planlægning af udskrivning	17
3.1.3 Vurdering af genoptræningsbehov og udarbejdelse af genoptræningsplaner	18
3.1.4 Ambulant udredning og opfølgning	18
3.2 Kommunens ansvar og opgaver	19
3.2.1 Genoptræning og rehabilitering efter udskrivning	19
3.2.2 Sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehov	19
3.2.3 Visitation til genoptræning og andre rehabiliteringsindsatser	20
3.2.4 Planlægning af genoptrænings- og rehabiliteringsforløb	20
3.2.5 Koordinering af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen	21
3.2.6 Opfølgning på genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen	21
3.3 Samarbejdet efter udskrivningen	22
3.3.1 Sundhedsaftaler	23
3.3.2 Rammeaftaler	23
3.3.3 National koordinationsstruktur	24
4 Udarbejdelse af genoptræningsplaner og krav til genoptræningsplanens indhold	25
4.1 Udarbejdelse af genoptræningsplan	25
4.2 Udredning af funktionsevne	26
4.3 Angivelse af specialiseringsniveau	26
4.4 Krav til genoptræningsplanens indhold	27
4.4.1 Genoptræningsplaner til almen genoptræning	27
4.4.2 Genoptræningsplaner til genoptræning på specialiseret niveau	27
4.4.3 Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau	28
4.4.4 Andre krav til genoptræningsplanen	28
5 Visitation – genoptræningsplaner til almen genoptræning	29
5.1 Sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehov	29
5.1.1 Supplerende udredning af funktionsevne	29
5.1.2 Fastlæggelse af specialiseringsniveau	30

5.2	Målgruppen til genoptræning på basalt niveau	30
5.3	Visitation til indsatser på basalt niveau	31
5.3.1	Genoptræning	31
5.3.2	Andre rehabiliteringsindsatser	32
5.3.3	Krav til koordinering og samarbejde	32
5.4	Målgruppen til genoptræning på avanceret niveau	32
5.5	Visitation til indsatser på avanceret niveau	34
5.5.1	Genoptræning	34
5.5.2	Andre rehabiliteringsindsatser	35
5.5.3	Krav til koordinering og samarbejde	35
6	Visitation – genoptræningsplaner til genoptræning på specialiseret niveau	37
6.1	Målgruppen til genoptræning på specialiseret niveau	37
6.2	Visitation til indsatser på specialiseret niveau	38
6.2.1	Genoptræning	38
6.2.2	Andre rehabiliteringsindsatser	38
6.2.3	Krav til koordinering og samarbejde	39
7	Visitation – genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau	40
7.1	Målgruppen til rehabilitering på specialiseret niveau	40
7.2	Visitation til samlede rehabiliteringsforløb	41
7.3	Valg af rehabiliteringstilbud	42
7.4	Krav til koordinering og samarbejde	43
8	Kvalitet i specialiserede rehabiliteringstilbud	45
8.1	Elementer der karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud inden for social- og specialundervisningsområdet	45
8.1.1	Kompetencer	45
8.1.2	Udstyr	46
8.1.3	Organisering	46
8.1.4	Dokumentation	46
8.2	Kvalitetskrav til specialiserede indsatser inden for sundhedsområdet	47
8.2.1	Sundhedsfaglige kvalitetskrav	48
8.2.2	Kapacitet og robusthed	48
8.2.3	Aktivitet, erfaring og ekspertise	49
8.2.4	Kompetencer	49
8.2.5	Samarbejde	49
8.2.6	Kvalitet og dokumentation	49
	Bilagsfortegnelse	51
	Bilag 1: Arbejdsgruppen	52
	Bilag 2: Disposition til beskrivelse af funktionsevne	54
	Bilag 3: Genoptræning og andre rehabiliteringsindsatser - eksempler	56
	Bilag 4: Vurdering af kapacitetsbehov	58

Forord

Patienter med erhvervet hjerneskade har ofte omfattende følger af hjerneskaden, som kan have stor indflydelse på deres liv og hverdag. De har derfor behov for effektive genoptrænings- og rehabiliteringsforløb med henblik på at mindske følgerne af hjerneskaden og derved opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Patienter med erhvervet hjerneskade har forskellige genoptrænings- og rehabiliteringsbehov efter udskrivning fra sygehus. Sundhedsstyrelsen ønsker med denne faglige visitationsretningslinje at understøtte den kommunale visitation til voksne patienter med erhvervet hjerneskade, herunder at de tilbydes en indsats på rette specialiseringsniveau.

Den faglige visitationsretningslinje vejleder de medarbejdere på sygehusene, som udarbejder genoptræningsplaner til patienter med erhvervet hjerneskade, samt de fagpersoner i kommunerne, der visiterer borgere med erhvervet hjerneskade til genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser efter udskrivning fra sygehus. Derudover henvender den sig til de planlæggere og beslutningstagere i kommuner og regioner, som har ansvaret for den overordnede planlægning af genoptræning og rehabilitering.

Visitationsretningslinjen er et led i opfølgningen på evalueringen af kommunalreformen, der pegede på behovet for at øge fagligheden og kvaliteten i genoptræningen og rehabiliteringen til personer med erhvervet hjerneskade.

Der udsendes samtidig en faglig visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade. Visitationsretningslinjen skal derudover ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens øvrige publikationer på området, herunder "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade" (2011), "Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade" (2011), "Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering" (2011) samt "National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi" (2014). De har alle til formål at øge kvaliteten i indsatsen til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade.

Visitationsretningslinjen er national, og det er hensigten, at kommuner og regioner fx i regi af sundhedsaftalerne indgår aftaler, der understøtter implementeringen af den faglige visitationsretningslinje og samarbejdet om at sikre kvalitet i indsatsen til patienter med erhvervet hjerneskade.

Visitationsretningslinjen er udarbejdet i samarbejde med repræsentanter for kommuner, regioner, faglige selskaber og brugerorganisationer. Der har derudover været et tæt samarbejde med Socialstyrelsen, som har bidraget til retningslinjen, og som samtidig har udsendt en central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Sundhedsstyrelsen vil gerne takke Socialstyrelsen for samarbejdet, samt medlemmerne i følgegruppen og arbejdsgruppen for deres indsats.

Sundhedsstyrelsen, den 19. december 2014

1 Introduktion

1.1 Baggrund

Som led i opfølgningen på evalueringen af kommunalreformen¹ skal fagligheden i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen øges. Det anbefales blandt andet, at de faglige miljøer styrkes, og at kvaliteten af genoptræningen og rehabiliteringen styrkes.

Som følge heraf har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en national faglig visitationsretningslinje, som understøtter den kommunale visitation til voksne, der som følge af en erhvervet hjerneskade har behov for genoptrænings- og/eller rehabiliteringsindsatser efter udskrivning fra sygehus. Retningslinjen skal understøtte, at patienterne tilbydes en indsats på det rette specialiseringsniveau.

Der er sideløbende udarbejdet en visitationsretningslinje målrettet børn og unge med erhvervet hjerneskade.

Der udarbejdes årligt omkring 9.000 genoptræningsplaner til patienter med erhvervet hjerneskade. Skønsmæssigt udgør genoptræningsplaner til patienter med apopleksi ca. 2/3 af dette antal. Der er tale om en patientgruppe, der ofte har et omfattende rehabiliteringsbehov og behov for flere samtidige indsatser både på sundhedsområdet og på social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet. Samtidig har patienterne en øget risiko for at udvikle psykiatrisk lidelse. Disse forhold understreger behovet for en koordineret og sammenhængende indsats af høj kvalitet for denne målgruppe.

Et estimat for fordelingen af genoptræningsplaner til hhv. almen og specialiseret niveau fremgår af bilag 4.

På socialområdet skal den nationale koordinationsstruktur sikre, at der eksisterer de rette tilbud, herunder vidensmiljøer, til borgere, der har meget sjældne funktionsvænedssættelser, særligt komplekse sociale problemer eller andre komplekse behov. Folketingets partier indgik i november 2013 en aftale om at kvalificere indsatsen for grupper med særlige behov. Som en del af aftalen har Socialstyrelsen udarbejdet en central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade i november 2014. Visitationsretningslinjen skal således ses i sammenhæng med den centrale udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

På beskæftigelsesområdet er der med reformen om førtidspension og fleksjob indført kommunale rehabiliteringsteam. Disse bidrager til, at der sker en tværfaglig koordinering af indsatsen fra beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet med henblik på, at flest muligt kan bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

¹ Bedre kvalitet og samarbejde – Opfølgning på evaluering af kommunalreformen, Regeringen, 2013

Visitationsretningslinjen tager udgangspunkt i gældende lovgivning (se afsnit 1.5).

Derudover tager visitationsretningslinjen afsæt i Sundhedsstyrelsens notat ”Øget faglighed i genoptræning og rehabilitering – stratificeringsmodel, specialiseringsniveauer og krav til genoptræningsplaner”, MTV om hjerneskaderehabilitering² samt forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade³. Endvidere er arbejdsgruppens og følgegruppens praksiserfaringer inddraget.

1.2 Formål

Formålet med denne faglige visitationsretningslinje er at vejlede:

1. Sygehuse om udarbejdelse af genoptræningsplaner til patienter med erhvervet hjerneskade til de forskellige specialiseringsniveauer
2. Kommuner om visitation til genoptræning og andre rehabiliteringsindsatser til borgere med erhvervet hjerneskade, som har fået en genoptræningsplan fra sygehus

Målgruppen for visitationsretningslinjen er:

- Sundhedspersoner⁴ på sygehuse, som vurderer patienters behov for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning samt sundhedspersoner og andre fagpersoner, som varetager udarbejdelse af genoptræningsplaner til patienter med erhvervet hjerneskade
- Sundhedspersoner og andre fagpersoner i kommunerne, som varetager visitation af patienter med erhvervet hjerneskade til genoptræning og rehabilitering til det rette specialiseringsniveau
- Planlæggere og beslutningstagere i kommuner og regioner, som har ansvaret for den overordnede planlægning af genoptræning og rehabilitering til patienter/borgere med erhvervet hjerneskade, herunder koordineringen til den sociale indsats, indsatsen på specialundervisningsområdet, indsatsen på beskæftigelsesområdet, indsatsen på uddannelsesområdet samt for udarbejdelse af sundhedsaftaler og rammeaftaler

Det forventes, at kommuner og regioner indgår aftaler, der understøtter implementeringen af den faglige visitationsretningslinje og samarbejdet om at sikre kvalitet i indsatsen til personer med erhvervet hjerneskade. Dette kan hensigtsmæssigt ske i regi af sundhedsaftalen.

² Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, 2011

³ Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen, 2011, Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen, 2011

⁴ Det drejer sig primært om fysioterapeuter, ergoterapeuter, læger og sygeplejersker.

1.3 Hvem er omfattet af retningslinjen

Visitationsretningslinjen omfatter voksne patienter med erhvervet hjerneskade, der har behov for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser i forlængelse af behandling på sygehuset, og som udskrives med en genoptræningsplan.

1.4 Lovgrundlag

Den faglige visitationsretningslinje tager udgangspunkt i:

- **Sundhedsloven**

Sundhedsloven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for blandt andet let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet og sammenhæng mellem ydelserne.

- Sundhedslovens § 84 og § 140 fastlægger personens ret til genoptræningsplan og genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Ved lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus skal patienten have en skriftlig genoptræningsplan fra sygehuset i henhold til sundhedslovens § 84 senest på udskrivningstidspunktet. Efter sundhedslovens § 140 har kommunerne ansvaret for al genoptræning, der ikke foregår under patientens indlæggelse på sygehus.

- **Serviceloven**

Lov om social service har til formål at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer, tilbyde almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte og at tilgodese behov, som følger af en nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Formålet med hjælpen efter serviceloven er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Loven fastlægger en række ydelser, der kan være relevante i et rehabiliteringsforløb. Disse er nærmere beskrevet i vejledningerne til loven samt i nedenstående vejledninger.

Tilbud om hjælp efter servicelovens bestemmelser beror som udgangspunkt på en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons individuelle behov.

- Bekendtgørelse nr. 1088 af 06/10/2014 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse)
Bekendtgørelsen fastlægger krav til udarbejdelse af genoptræningsplaner samt til patienters frie valg af genoptræningstilbud
Bekendtgørelsen omtales i denne visitationsretningslinje som *Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner*

- **Vejledning nr. 9759 af 08/10/2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner**
(Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold)
Vejledningen giver et samlet overblik over kommuners og regioners ansvar i forhold til genoptræning og vedligeholdelsestræning på både sundhedsområdet og socialområdet.
Vejledningen omtales i denne visitationsretningslinje som *Vejledningen om genoptræning og vedligeholdelsestræning*
- **Vejledning nr. 9439 af 13/07/2011 om kommunal rehabilitering**
(Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet)
Vejledningens formål er at inspirere til og understøtte den indsats, der sker i kommunerne og at sikre samarbejde og koordination mellem de fag- og forvaltningsområder, der har ansvaret for, at der er sammenhæng og kvalitet i den enkelte borgers forløb. I vejledningen findes en gennemgang af indsatser på sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som kan være relevante i et rehabiliteringsforløb.
Vejledningen omtales i denne visitationsretningslinje som *Vejledningen om kommunal rehabilitering*

1.5 Definition af begreber

Visitationsretningslinjen anvender begreberne *genoptræning* og *rehabilitering*, som de er defineret i vejledningen om genoptræning og vedligeholdelsestræning samt i vejledningen om kommunal rehabilitering.

Visitationsretningslinjen anvender derudover systematisk begreber fra WHO's *Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand*⁵ (ICF). En oversigt over de vigtigste begreber i ICF i relation til personer med erhvervet hjerneskade findes i bilag 2.

Nedenfor beskrives derudover definitionen af begreber, som anvendes særligt i denne visitationsretningslinje.

1.5.1 Visitation

Betydningen af begrebet *visitation* anvendes jf. Den Danske Ordbog som:

*Indstilling eller henvisning til lægelig behandling eller social serviceydelse, foretaget på baggrund af en faglig vurdering.*⁶

⁵ ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand, ©WHO, Red.: G.Schiøler og T.Dahl, Sundhedsstyrelsen og Munksgaard, Danmark, 2003

⁶ <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=visitation>

I denne retningslinje anvendes *visitation* ikke bare i forbindelse med lægelig behandling, men også i forbindelse med andre sundhedsfaglige indsatser.

Når borgeren er visiteret til en indsats eller et konkret tilbud, er det herefter de ansvarlige sundhedspersoner og øvrige fagpersoner, som med baggrund i en udredning af patienten og med inddragelse af patienten og dennes pårørende fastlægger de konkrete faglige indsatser.

Begrebet *visitation* anvendes i kommunen ofte om en afgørelse, der træffes, når en borger bevilges en konkret ydelse, jf. servicelovens bestemmelser. Visitationsretningslinjen vejleder ikke om *visitation* til specifikke serviceydelser.

1.5.2 Rehabiliteringspotentiale og -behov

Rehabiliteringspotentiale anvendes i den faglige visitationsretningslinje på følgende måde:

Rehabiliteringspotentialet er et udtryk for den samlede vurdering af den enkelte patients muligheder for at bedre sin funktionsevne⁷ i en rehabiliteringsproces. I vurderingen indgår blandt andet patientens præmorbide funktionsevne samt den forventede prognose for den aktuelle funktionsevnenedsættelse. Det er med andre ord de professionelles vurdering af, hvilken bedring af funktionsevnen der - med optimal indsats - er realistisk at opnå.

Rehabiliteringsbehov anvendes i denne faglige visitationsretningslinje på følgende måde:

Rehabiliteringsbehovet udtrykker patientens behov for en professionel indsats, der er nødvendig for, at patienten kan udnytte sit fulde rehabiliteringspotentiale.

1.5.3 Erhvervet hjerneskade

Erhvervet hjerneskade defineres som en hjerneskade, der er opstået 28 dage efter fødslen eller senere.⁸ Erhvervet hjerneskade kan være forårsaget af apopleksi, blødninger i hjernen udover apopleksi, traumer, tumores (benigne og maligne), infektioner, forgiftninger, iltmangel (fx ved drukningsulykker og hjertestop) m.fl..

Populationens afgrænsning svarer til den population, som er omfattet af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for erhvervet hjerneskade.⁹

⁷ Begrebet *funktionsevne* anvendes i henhold til WHO's *Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand*. (ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand, ©WHO, Red.: G.Schiøler og T.Dahl, Sundhedsstyrelsen og Munksgaard, Danmark, 2003)

⁸ Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen 2011

⁹ Se samlet oversigt over inkluderede ICD 10 koder i Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen 2011, bilag 3 samt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

1.6 Faglige indsatser

Patienter med erhvervet hjerneskade har ofte behov for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, som kræver medvirken af både sundhedspersoner og andre fagpersoner ofte på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.

I genoptrænings- og rehabiliteringsforløb til personer med erhvervet hjerneskade er de mentale funktionsnedsættelser¹⁰ ofte en større udfordring end de funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger, som relaterer sig til bevægelse og praktiske gøremål i hverdagen. De mentale funktionsnedsættelser kræver således ofte en særlig indsats, ligesom de ofte har gennemgribende indflydelse på hele patientens livssituation. I nogle tilfælde vil den specifikke mentale funktionsnedsættelse kræve, at der anvendes særlige metoder i genoptræningen.

I denne retningslinje skelnes mellem genoptræning (efter sundhedsloven) og andre rehabiliteringsindsatser, idet den faglige visitationsretningslinjes formål er at understøtte kommunernes visitationsproces ved genoptræningsplaner til patienter med erhvervet hjerneskade efter udskrivning fra sygehus. Genoptræning er en del af den samlede rehabiliteringsindsats.

1.6.1 Genoptræning

Genoptræningsindsatser omfatter genoptræning af funktioner og aktiviteter. For patienter med erhvervet hjerneskade omfatter genoptræningsindsatsen især bevægelsesfunktioner, mentale funktioner og andre påvirkede kropsfunktioner samt genoptræning i relation til udførelse af aktiviteter som fx at spise, personlig pleje, praktiske husholdningsfunktioner, mobilitet (inde og ude), dvs. funktioner og aktiviteter som er nødvendige for personens mulighed for selvstændig livsførelse.

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

Mange patienter med erhvervet hjerneskade vil også have behov for genoptræningsindsatser, som varetages af fagpersoner, der ikke er autoriserede sundhedspersoner, fx neuropsykologer og audiologopæder¹¹ og som derfor ikke er omfattet af sundhedslovens bestemmelser. Disse indsatser er forankret på henholdsvis socialområdet og undervisningsområdet og visitation til disse indsatser sker efter de relevante lovgivninger.

¹⁰ Omfatter jf. ICF: Bevidsthedstilstand, orienteringsevne, intellektuelle funktioner, generelle psykosociale funktioner, temperament og personlighed, energi og handlekraft, søvn, opmærksomhed, hukommelse, psykomotoriske funktioner, følelsesfunktioner, opfattelse, tænkning, overordnede kognitive funktioner, sprogfunktioner, regnefunktioner, oplevelse af eget selv og af tidsforløb

¹¹ Der refereres her og i den øvrige retningslinje både til audiologopæder og tilsvarende faggrupper

1.6.2 Andre rehabiliteringsindsatser

Mange borgere med erhvervet hjerneskade har problemer i relation til sociale relationer, arbejde/uddannelse, familiesituation, forsørgelse og dermed behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser for at opnå bedst mulig funktionsevne og livsførelse.

Kommunerne har efter gældende lovgivning mulighed for at visitere til indsatser inden for sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb.

I bilag 3 findes en liste med eksempler på typiske rehabiliteringsindsatser til borgere med erhvervet hjerneskade. Beskrivelsen tager udgangspunkt i gældende lovgivning samt vejledningen om kommunal rehabilitering. Vurderingen af, hvilke indsatser borgeren skal visiteres til, er baseret på en individuel konkret faglig vurdering, hvori borgerens samlede livssituation medtages.

For at imødekomme behovet for koordinering kan rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi hensigtsmæssigt tilrettelægges og koordineres af en hjerneskadekoordinationsfunktion (se kapitel 3.2.5).

Udover behovet for koordinering på tværs af kommunens forvaltningsområder forudsætter effektiv rehabilitering også, at der samarbejdes med praksissektoren, sygehuse og eventuelt specialiserede rehabiliteringstilbud, så behandlingsindsatser og rehabiliteringsindsatser hænger sammen og understøtter patientens samlede forløb.

2 Specialiseringsniveauer

I dette kapitel beskrives specialiseringsniveauerne på henholdsvis sundhedsområdet, herunder på sygehuse, og på det sociale område. På det sociale område beskrives dog kun de højt specialiserede indsatser jf. den centrale udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

Formålet er kort at beskrive specialiseringsniveauerne inden for de områder, der er særligt relevante for kommunerne i forbindelse med visitationen af voksne med erhvervet hjerneskade. Beskrivelserne skal bidrage til at give et overblik over de forskellige betegnelser, der benyttes på de forskellige områder. Der er altså ikke tale om en detaljeret beskrivelse, hvor specialiseringsgraden på de forskellige niveauer i de forskellige sektorer sammenlignes, ligesom hverken beskæftigelsesområdet eller uddannelsesområdet er beskrevet. Specialiseringsniveauerne på sygehuse er vigtige at kende til, da det er sygehusene, der udarbejder genoptræningsplanerne, og fordi der eksempelvis er krav om, at genoptræningsplaner til specialiseret niveau skal udarbejdes af afdelinger, der varetager enten regionsfunktion eller højt specialiseret funktion. Endvidere kan der ved genoptræning efter udskrivning være behov for at supplere kommunens tilbud med ambulant behandling på sygehus på alle niveauer.

Det sociale område er særligt vigtigt at beskrive, fordi målgruppen, der udskrives med en genoptræningsplan, foruden sundhedsfaglige indsatser ofte har behov for indsatser, som ydes i medfør af serviceloven. Således leveres sundhedsindsatser og sociale indsatser ofte som led i et samlet kommunalt tilbud.

På sundhedsområdet er der ikke forskel på brugen af specialiseringsniveauer i forhold til voksne henholdsvis børn og unge, men de konkrete indsatser kan være forskellige. Specialiseringsniveauerne er fastsat på baggrund af målgruppens behov, målgruppens volumen, behovet for personalets faglige kompetencer og behovet for tilbuddets ressourcer i form af teknologi og udstyr.

På det sociale område er beskrivelser af generiske specialiseringsniveauer under udarbejdelse. Beskrivelserne forventes færdige i løbet af 2015. Fordi de generiske beskrivelser er under udarbejdelse, fremgår udelukkende Socialstyrelsens beskrivelse af de højt specialiserede indsatser, jf. den centrale udmelding. Det skal bemærkes, at Socialstyrelsens centrale udmelding på hjerneskadeområdet kun omfatter voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

Specialiseringsniveauerne på sundhedsområdet i forhold til genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus beskrives først, da det hovedsageligt er dem, visitationsretningslinjerne omhandler. Derefter beskrives specialiseringsniveauerne på sygehuse. Sidst beskrives de højt specialiserede indsatser på det sociale område.

2.1 Specialiseringsniveauer for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus

Genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus er et kommunalt myndighedsansvar og varetages på:

- *Basalt niveau*, hvor målgruppen er patienter med enkle og afgrænsede funktionsevnedssættelser og med behov for almindeligt forekommende indsatser, som kan varetages af sundhedspersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde. Genoptræning på basalt niveau varetages ofte inden for kommunens sædvanlig rammer.
- *Avanceret niveau*, hvor målgruppen er patienter med omfattende funktionsevnedssættelser af betydning for flere livsområder og med behov for flere typer af indsatser. Indsatserne varetages af sundhedspersoner og andre fagpersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde. Genoptræning på avanceret niveau varetages ofte i tværkommunalt samarbejde og/eller ved brug af private og regionale rehabiliteringstilbud.
- *Specialiseret niveau*. På specialiseret niveau sondres mellem genoptræning på specialiseret niveau (på sygehus) og rehabilitering på specialiseret niveau (ved specialiserede rehabiliteringstilbud). Målgruppen er patienter med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedssættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, der har behov for indsatser, som varetages af sundhedspersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde.
- *Genoptræning på specialiseret niveau* varetages på sygehuse og i et tæt tværfagligt samarbejde, hvor koordination af genoptræningen, andre rehabiliteringsindsatser og den ambulante lægelige behandling er afgørende. Genoptræningsindsatserne varetages ligeledes på sygehus, hvis hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.
- *Rehabilitering på specialiseret niveau* varetages af et (eller flere) specialiserede rehabiliteringstilbud ¹² og organiseres som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordinering af den samlede specialiserede indsats er afgørende. Målgruppen er oftest personer med omfattende mentale funktionsnedsættelser.

For alle niveauerne gælder, at indsatsen kan ydes i dagtilbud, døgntilbud eller med udgangspunkt i borgerens eget hjem, herunder ambulantly på sygehus. I kapitel 5-7 i denne visitationsretningslinje beskrives målgruppen for de enkelte specialiseringsniveauer i forhold til patienter med erhvervet hjerneskade.

¹² De specialiserede rehabiliteringstilbud, som varetager rehabilitering på specialiseret niveau efter sundhedsloven, vil ofte være omfattet af rammeaftalerne og Socialstyrelsens National Koordination som tilbud på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde

For uddybende beskrivelser af ovenstående specialiseringsniveauer henvises til: Bekendtgørelse nr. 1088 af 06/10/2014 om genoptræningsplaner og om patientens frie valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, Vejledning nr. 9759 af 08/10/2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

2.2 Specialfunktioner på sygehuse

I Sundhedsstyrelsens specialeplan anvendes følgende begreber for, hvor specialiseret en sygehusfunktion er:

- *Hovedfunktioner*. Langt størstedelen af sygehusenes basale opgaver er de såkaldte hovedfunktioner. De bliver ikke berørt af specialeplanen. Sundhedsstyrelsen rådgiver om tilrettelæggelse af hovedfunktioner, men beslutter ikke hvor de skal placeres.
- *Regionsfunktioner* er funktioner, som har en vis kompleksitet, er målrettet et relativt sjældent forekommende behov og/eller kræver en del ressourcer, herunder fx samarbejde med flere andre specialer. En regionsfunktion varetages typisk 1-3 steder i hver region.
- *Højt specialiserede funktioner* er funktioner, som har en stor kompleksitet, rettet mod et sjældent forekommende behov og/eller kræver mange ressourcer, fx samarbejde med flere andre specialer. En højt specialiseret funktion varetages typisk 1-3 steder i landet.

For uddybende beskrivelser af specialiseringsniveauerne i forhold til patienter med erhvervet hjerneskade henvises til: [Sundhedsstyrelsens specialevejledning for Neurologi](#) (14. august 2014).

2.3 Specialiseringsniveauer på det sociale område

Socialstyrelsen har påbegyndt et arbejde med at definere og beskrive de generiske specialiseringsniveauer på det sociale område. Dette arbejde forventes afsluttet i løbet af 2015.

I den centrale udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade beskrives de højt specialiserede indsatser og tilbud på dette område således:

- *En højt specialiseret indsats* retter sig mod voksne med erhvervet hjerneskade, hvor der er en kompleksitet i problemstillingen eller en flerhed af problemstillinger, der kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden. Højt specialiserede indsatser og tilbud er kendetegnet ved, at de varetages af eller i samarbejde med andre specialiserede vidensmiljøer. Tilstedeværelsen af højt specialiserede indsatser og tilbud, der imødekommer den samlede sum af problematikker hos den enkelte borger, er nødvendig for at imødekomme de behov, som voksne med en kompleks erhvervet hjerneskade har. Der vil derfor ofte være behov for, at kommuner og regi-

oner og private leverandører samarbejder på tværs for at kunne levere en højt specialiseret indsats.

3 Ansvar og samarbejde

Sygehuse og kommuner har forskellige ansvarsområder i forhold til at sikre patienters genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Sygehusenes rolle er primært relateret til det tidsrum, hvor patienten er i et behandlingsforløb på sygehuset, mens kommunens rolle primært er relateret til genoptrænings- og rehabiliteringsforløbet efter udskrivningen. Den praktiserende læges rolle er dels i forbindelse med indlæggelsen, dels efter udskrivning fra sygehus.

I dette kapitel beskrives de overordnede ansvarsområder i tilknytning til at sikre optimal genoptræning og rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade for henholdsvis sygehuse og kommuner. En mere udførlig beskrivelse af aktørernes opgaver findes i forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade.

3.1 Sygehusets ansvar og opgaver

3.1.1 Genoptræning og rehabilitering

Sygehuset har ansvar for genoptræning og rehabilitering under indlæggelse samt for specialiseret ambulant genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Neurorehabilitering på sygehus varetages i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi.

Der er tale om fortsat indlæggelse, når patienten overflyttes til genoptræning og rehabilitering fra fx en akutafdeling til en anden afdeling i sygehusvæsenet, herunder til et privat sygehus som har aftale med regionen.

Nogle patienter, der udvikler en erhvervet hjerneskade, er indlagt på fx infektionsmedicinske, onkologiske eller neurokirurgiske afdelinger. Hvis de diagnosticeres med en af de diagnoser, som er omfattet af forløbsprogrammet, vurderes de inden udskrivningen af en speciallæge i neurologi med henblik på vurdering af eventuelt genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

Sygehuset rådgiver patienten om frit valg af genoptræningssted, hvis der udarbejdes genoptræningsplan til genoptræning på specialiseret niveau, som foregår på sygehus.

Sygehuset samarbejder med og yder rådgivning og vejledning til kommunen, herunder særligt til avanceret niveau.

3.1.2 Planlægning af udskrivning

Sygehuset sikrer, at kommunen bliver inddraget tidligt og får de relevante oplysninger for at kunne planlægge genoptrænings- og rehabiliteringsforløbet. I den forbindelse er det vigtigt, at der foretages en faglig udredning af funktionsevnen, og at der foreligger en fyldestgørende genoptræningsplan ved udskrivningen, som grundlag for kommunens visitation og videre planlægning (se også kapitel 4).

Nogle patienter har svære følger efter hjerneskaden og dermed omfattende behov for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser efter udskrivningen. I disse tilfælde er det særligt vigtigt, at sygehuset tager kontakt med kommunen hurtigt efter indlæggelsen med henblik på at sikre en fælles planlægning.

Sygehuset sikrer derudover, at der afholdes udskrivningskonference med henblik på hensigtsmæssig overlevering, når patienten udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau.

Det samme gælder, når sygehuset eller kommunen finder det relevant ved udskrivning til almen genoptræning og eventuel anden rehabilitering.

Ved udskrivningskonferencen drøftes behovet for fortsat samarbejde mellem sygehus og kommune.

3.1.3 Vurdering af genoptræningsbehov og udarbejdelse af genoptræningsplaner

Senest ved udskrivningen vurderes det, om der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. I genoptræningsplanen fastlægges, hvilket specialiseringsniveau patienten henvises til (se også kapitel 4).

Den lægefaglige vurdering tager afsæt i en tværfaglig udredning af funktionsevnen jf. forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Udredningen kan hensigtsmæssigt inddrage ergoterapeuter og fysioterapeuter samt andre relevante faggrupper som fx sygeplejersker, neuropsykologer og audiologopæder.

Genoptræningsplanen skal indeholde den tilstrækkelige og nødvendige information til modtageren af henvisningen, herunder med særligt fokus på udredning af vitale funktioner samt mentale funktioner.

3.1.4 Ambulant udredning og opfølgning

Patienter med følger efter en erhvervet hjerneskade skal i mange tilfælde følges ambulant på sygehus efter udskrivningen.

Formålet med dette er fx at:

- følge op på behandlingen og rehabiliteringen givet under indlæggelsen
- færdiggøre en planlagt udredning af funktionsevnen
- behandle følgetilstande og komorbiditet

Sygehuset har ansvaret for at færdiggøre planlagt udredning og skal ved udskrivningen tage stilling til behovet for ambulant opfølgning og kontrol. Dette skal fremgå af genoptræningsplanen.

Hvis patienten udskrives fra en ikke-neurologisk afdeling, skal det overvejes, om den ambulante opfølgning og vurdering af funktionsevnen skal foregå på en neurologisk afdeling, eventuelt med kompetence i neurorehabilitering.

I nogle tilfælde vil det på udskrivningstidspunktet ikke være muligt at vurdere, om – eller i hvilket omfang - patienten har mentale funktionsnedsættelser som følger af

sygdommen eller traumet. Sygehuset tilbyder i disse tilfælde en ambulans vurdering 1-2 måneder efter udskrivningen med henblik på vurdering af behovet for neuropsykologisk undersøgelse eller anden udredning af funktionsevnen.

Sygehuset tilbyder ligeledes en ambulans vurdering, hvis sygehuset og kommunen i forbindelse med dialog og rådgivning om det konkrete genoptrænings- og rehabiliteringsforløb er enige om behovet for dette.

Mange patienter med lette hovedtraumer som fx lette hjernerystelser vurderes i den akutte fase til ikke at have en hjerneskade. De behandles derfor alene i almen praksis eller på akutmodtagelsen.

Nogle af disse patienters rehabiliteringsbehov erkendes først senere i kommunalt regi og/eller i almen praksis, fx i forbindelse med langvarige sygemeldinger. Her er det væsentligt at være opmærksom på symptomer på en eventuelt opstået hjerneskade og at sikre relevant udredning af funktionsevnen samt visitation til de rette rehabiliteringstilbud. Den praktiserende læge kan i den forbindelse henvise til neurologisk afdeling på sygehus med henblik på udredning af eventuel hjerneskade.

I kommunens sagsbehandling vil det derudover være muligt at anvende sundhedskoordinatorer, rehabiliteringsteam og de kliniske funktioner i forbindelse med borgere med langvarige sygemeldinger.

3.2 Kommunens ansvar og opgaver

3.2.1 Genoptræning og rehabilitering efter udskrivning

Kommunen tilbyder genoptræning på grundlag af den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehovet, som er indeholdt i genoptræningsplanen.

Genoptræningsindsatsen fastlægges i sammenhæng med andre indsatser, der kan bidrage til patientens samlede rehabilitering i henhold til sundhedsloven samt anden lovgivning.

Kommunen ansvar for alle rehabiliteringsindsatser uafhængigt af lovgivning.

Dermed har kommunerne både ansvaret, forpligtelsen og muligheden for at tilrettelægge samlede rehabiliteringsforløb, så der er sammenhæng og koordination i indsatserne fra de forskellige kommunale områder.

3.2.2 Sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehov

Når kommunen modtager en genoptræningsplan til almen genoptræning, foretages der indledningsvis en sundhedsfaglig vurdering af, om borgeren skal henvises til genoptræning på basalt niveau eller til genoptræning på avanceret niveau.

En nærmere beskrivelse af den sundhedsfaglige vurdering findes i afsnit 5.1.

Når kommunen modtager en genoptræningsplan til *rehabilitering på specialiseret niveau*, foretages der ikke yderligere vurdering af specialiseringsniveauet, ligesom det samlede rehabiliteringsbehov er beskrevet fra sygehuset. Borgeren henvises til

et (eller eventuelt flere) specialiserede rehabiliteringstilbud, som kan varetage borgerens samlede genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

I forbindelse med et genoptræningsforløb har den ansvarlige sundhedsperson en forpligtigelse til at foretage en løbende revurdering af genoptræningsbehovet jf. bestemmelserne i autorisationsloven om sundhedspersoners virksomhed. Herunder ved behov at indhente den nødvendige udredning og assistance fra fagpersoner med særlige kompetencer.

3.2.3 Visitation til genoptræning og andre rehabiliteringsindsatser

Grundlaget for visitationen er genoptræningsplanen og den sundhedsfaglige vurdering af genoptrænings- og rehabiliteringsbehovet.

Visitationen tager udgangspunkt i genoptræningsplanens beskrivelse af borgerens helbredsrelaterede funktionsevne og genoptrænings-/rehabiliteringsbehov og potentiale. Derudover indgår eventuel supplerende udredning af funktionsevnen ved kommunens egne sundhedspersoner og andre fagpersoner.

Kommunen informerer borgeren om muligheder for frit valg af genoptræningssted jf. bekendtgørelsen om genoptræningsplaner.

Kommunen visiterer borgere, som udskrives med en genoptræningsplan, til relevante indsatser med de nødvendige kompetencer til at varetage borgerens genoptrænings- og rehabiliteringsbehov på det rette specialiseringsniveau. Se endvidere kapitel 5-7.

I mange tilfælde er der behov for, at borgeren visiteres til flere tilbud, ligesom det kan være relevant at inddrage konkrete fagpersoner med særlige kompetencer i forhold til et specifikt område. Dette gælder særligt for genoptræning og rehabilitering på avanceret niveau, hvor der ofte er behov for at koordinere indsatserne fx gennem en hjerneskadekoordineringsfunktion (se nærmere i afsnit 3.2.5).

3.2.4 Planlægning af genoptrænings- og rehabiliteringsforløb

Når borgeren er visiteret til et konkret genoptrænings- og/eller rehabiliteringsforløb på rette specialiseringsniveau, er det herefter de sundhedspersoner og andre fagpersoner, som varetager indsatsen, der har ansvaret for genoptrænings- og rehabiliteringsforløbet.

Mål og indhold i genoptræningsindsatserne fastlægges med udgangspunkt i borgerens funktionsevne og i samarbejde med borgeren.

Det forudsættes, at genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne tilrettelægges individuelt og i overensstemmelse med alment anerkendte faglige standarder, samt gældende anbefalinger fra forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer, hvad angår indhold, metoder, omfang og intensitet.

Med baggrund i denne individuelle vurdering lægger de involverede fagpersoner i samarbejde med borgeren og eventuelle pårørende realistiske mål for det samlede

genoptrænings- og rehabiliteringsforløb og for de indsatser, der er behov og potentiale for. Forløbet revideres løbende.

I nogle tilfælde kan det være relevant at udarbejde en handleplan efter servicelovens § 141¹³, som bl.a. tilbydes borgere mellem 18 og 65 år med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

3.2.5 Koordinering af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen

For at imødekomme behovet for koordinering kan genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi hensigtsmæssigt tilrettelægges og koordineres af en hjerneskadekoordineringsfunktion.

Hjerneskadekoordineringsfunktionen varetager opgaver både i forhold til den enkelte borger og i forhold til intern og ekstern koordinering for den samlede målgruppe. Det er i den forbindelse væsentligt, at der i hjerneskadekoordineringsfunktionen er medarbejdere fra relevante forvaltninger med viden og kompetencer i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade. Derudover bør det sikres, at de nødvendige kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde omkring borgere med hjerneskade og involvering af pårørende er til stede. Det kan endvidere være hensigtsmæssigt, at hjerneskadekoordinationsfunktionen samarbejder på tværs af kommuner, ligesom det særligt for mindre kommuner kan være relevant, i samarbejde med andre kommuner at etablere en fælles hjerneskadekoordineringsfunktion.

Hjerneskadekoordineringsfunktionen kan hensigtsmæssigt udpege en tovholder eller kontaktperson i forhold til den enkelte borger med hjerneskade.

3.2.6 Opfølgning på genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen

De ansvarlige sundhedspersoner og andre fagpersoner skal løbende følge op på borgeres genoptrænings- og rehabiliteringsforløb med henblik på at justere indsatsen.

Behovet for indsatser i et genoptrænings- og rehabiliteringsforløb ændrer sig efterhånden, som borgerens funktionsevne bedres. I starten af forløbet vil indsatsen ofte være rettet mod træning af kroppens funktioner og basale daglige aktiviteter som spisning, personlig hygiejne, toiletbesøg og mobilitet. Fokus ændres gradvist og retter sig ofte mere mod træning af mere komplekse aktiviteter og færdigheder, herunder social deltagelse, mestring af dagligdagen, tilbagevenden til skole, uddannelse og/eller arbejde, samt deltagelse i fritidsaktiviteter og sociale relationer.

Nogle borgere, som oprindeligt har fået indsatser på avanceret eller specialiseret niveau, vil have behov for indsatser på lavere specialiseringsniveau senere i forløbet.

¹³ For nærmere beskrivelse se Vejledningen om genoptræning og Vejledningen om kommunal rehabilitering

De involverede sundhedspersoner og andre fagpersoner evaluerer forløbet og tilretter indsatsen, hvis borgeren ikke profiterer af indsatsen i forventeligt omfang. Der kan i den forbindelse være behov for fornyet udredning og revurdering af borgernes genoptrænings- og rehabiliteringsbehov samt rehabiliteringspotentiale med henblik på en eventuel revisitation.

Kommunen kan kontakte sygehuset og/eller et specialiseret rehabiliteringstilbud med henblik på rådgivning og dialog om det konkrete genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. I den forbindelse kan der aftales en ambulans vurdering på sygehus.

3.3 Samarbejdet efter udskrivningen

Kommune, sygehus, almen praksis og eventuelt specialiserede rehabiliteringstilbud vil alle være involveret i patientens samlede forløb efter udskrivningen. Sygehus og almen praksis varetager behandling af følgetilstande og komorbiditet til den erhvervede hjerneskade, mens kommunen og eventuelt sygehuset samt de specialiserede rehabiliteringstilbud varetager genoptræning og rehabilitering.

Der er derfor behov for et koordineret samarbejde med mulighed for gensidig rådgivning og dialog. Kommunikationen kan foregå ved direkte kontakt, telefonisk kontakt eller ved elektronisk kommunikation. De nærmere rammer for dette fastlægges i sundhedsaftalen.

Hvis kommunens sundhedspersoner/fagpersoner har konkrete spørgsmål til genoptræningsplanen, herunder behov for dialog om faglige spørgsmål, tages kontakt til de sundhedspersoner på sygehuset, som har udarbejdet genoptræningsplanen.

Der kan derudover være behov for rådgivning og dialog omkring det konkrete genoptrænings- og rehabiliteringsforløb, herunder om koordineringen mellem genoptræning, rehabilitering og behandling. Sygehuset tilbyder i den forbindelse en ambulans vurdering, hvis sygehuset og kommunen er enige om behovet herfor.

Der anvendes andre kommunikationsveje for patienter, der efter udskrivning fra sygehus vurderes til ikke at have et genoptræningsbehov (og dermed ikke får en genoptræningsplan), men hvor der er behov for andre indsatser fra kommunen. Det kan fx dreje sig om henvisning til hjemmesygepleje, udarbejdelse af plejeforløbsplan eller henvisning til forebyggelsesindsatser.

For patienter med behov for en socialfaglig indsats kan lægen udarbejde en LÆ 165 (Opfordring om socialmedicinsk sagsbehandling). Endvidere skal der ved udskrivning sendes en epikrise til egen læge.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet forløbsprogrammer for personer med erhvervet hjerneskade, som beskriver en samlet tværfaglig, tværsektoriel og koordineret rehabiliteringsindsats for denne patientgruppe. Regioner og kommuner kan i deres samarbejde anvende, konkretisere og tilpasse forløbsprogrammerne i deres lokale tilrettelæggelse af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne.

3.3.1 Sundhedsaftaler

Det konkrete samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommune omkring genoptrænings- og rehabiliteringsforløb fastlægges i sundhedsaftalen¹⁴. Sundhedsaftalen har blandt andet til formål at sikre en entydig arbejdsdeling og fastlægge samarbejdet mellem de relevante aktører i forhold til indsatsområdet ”Genoptræning og rehabilitering”.

Sundhedsaftalen omfatter alle aktører, som leverer sundhedsindsatser i forhold til genoptræning og rehabilitering til patienter med erhvervet hjerneskade. Andre aktører inden for tilgrænsende områder som fx social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, herunder specialiserede institutioner inden for social- og specialundervisningsområdet, omfattes i relevant omfang.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det i regi af sundhedsaftalerne fastlægges, hvordan regioner og kommuner kan arbejde sammen - fx i tværfaglige og tværsektorielle fora - omkring henvisning af patienter med erhvervet hjerneskade til rette specialiseringsniveau, herunder særligt i forhold til genoptræning og rehabilitering på avanceret og specialiseret niveau.

I regi af sundhedsaftalen kan regionen og kommunerne derudover indgå aftaler om:

- Rammerne for rådgivning og dialog mellem sygehuse, kommuner og almen praksis i forhold til konkrete genoptrænings- og rehabiliteringsforløb
- Gensidig elektronisk kommunikation, herunder hvordan sygehuset ved behov kan anmode om en status på genoptræningsforløbet, og hvordan kommunen kan bede om resultatet af ambulante undersøgelser

3.3.2 Rammeaftaler

Kommunalbestyrelsen skal sørge for de nødvendige tilbud efter serviceloven, og kan opfylde sit forsyningsansvar ved brug af egne tilbud samt ved samarbejde med andre kommuner, regioner og private tilbud.

Kommunerne og regionen skal årligt indgå en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud på social- og specialundervisningsområdet.

Rammeaftalen¹⁵ fungerer som et planlægnings- og udviklingsværktøj og skal samtidig skabe overensstemmelse mellem udbud og efterspørgsel på tilbud og ydelser inden for aftalens område. Rammeaftalen består af en faglig del - Udviklingsstrategien – og en styringsdel – Styringsaftalen.

Kommunalbestyrelserne i regionen skal hvert år udarbejde en udviklingsstrategi, der danner grundlag for en styringsaftale. Udviklingsstrategien udarbejdes på bag-

¹⁴ Bek. nr. 1569 af 16/12/2013 og Vejl. nr. 9005 af 20/12/2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

¹⁵ Der henvises i øvrigt til Socialministeriets bekendtgørelse BEK nr. 1156 af 29/10/2014 Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde

grund af et samlet overblik over tilbud, der ligger i regionen, samt kommunalbestyrelsernes og regionsrådets overvejelser over sammenhængen mellem behovet for tilbud og det samlede udbud af tilbud. Regionsrådet bidrager til udviklingsstrategien for så vidt angår de tilbud, der aktuelt drives af regionen, eller som kommunalbestyrelserne påtænker at anmode regionen om at etablere.

3.3.3 National koordinationsstruktur

Med evalueringen af kommunalreformen blev det besluttet at etablere en ny national koordinationsstruktur¹⁶ på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. Arbejdet hermed er forankret i Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har til opgave at følge udviklingen i målgrupper, tilbud og indsatser samt at indsamle og formidle viden om effekt af indsatserne på det mest specialiserede socialområde og på området for den mest specialiserede specialundervisning.

For at sikre det nødvendige udbud af højt specialiserede tilbud og indsatser, som er tilpasset udviklingen i målgruppernes behov på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, kan Socialstyrelsen udmelde målgrupper eller særlige indsatser, hvor der er behov for øget koordination eller planlægning på tværs af kommunerne i en eller flere regioner. Som en del af den politiske aftale er der bl.a. udarbejdet en central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade i november 2014.

Kommunalbestyrelserne i hver region skal i samarbejde med regionsrådet behandle udmeldingen i det eksisterende rammeaftaleregime i forbindelse med indgåelse af udviklingsstrategien. Regionsrådet bidrager til kommunalbestyrelsernes behandling af Socialstyrelsens udmeldinger for så vidt angår de tilbud, der aktuelt drives af regionen eller som kommunalbestyrelserne påtænker at anmode regionen om at etablere med henvisning til § 5 i lov om social service.

Som led i kommunernes behandling af den centrale udmelding ønskes det afdækket på tværkommunalt og tværregionalt niveau, hvordan kommunerne og regionerne nu og fremadrettet samarbejder om at videreudvikle og sikre tilstrækkeligt udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud tilpasset målgruppernes behov.

¹⁶ Lov nr. 722 af 25/06/2014: *Lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og forskellige andre love.*

4 Udarbejdelse af genoptræningsplaner og krav til genoptræningsplanens indhold

4.1 Udarbejdelse af genoptræningsplan

Senest ved udskrivningen tages der stilling til, om der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, og på hvilket specialiseringsniveau denne genoptræning hhv. rehabilitering skal foregå¹⁷. Genoptræningsplaner kan udarbejdes både i forbindelse med indlæggelse i stationære afsnit og ved afslutning af ambulante kontakter. I genoptræningsplanen angives, hvilket specialiseringsniveau der henvises til.

For patienter med erhvervet hjerneskade omfatter dette:

- alle patienter, der har funktionsevnedssættelse relateret til den erhvervede hjerneskade, og som har behov for professionelle genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser i forlængelse af behandlingen på sygehuset

Der skal ikke udarbejdes genoptræningsplan til:

- patienter, hvor der ikke aktuelt skønnes at være potentiale for genoptræning- og rehabilitering.

Genoptræningsplanen er formelt en henvisning til genoptræning efter sundhedsloven, og kommunen kan hverken tilsidesætte den lægefaglige vurdering om patientens behov for genoptræning, eller hvilket specialiseringsniveau genoptræningsplanen henviser til.

Genoptræningsplanen er udgangspunkt for kommunens visitation med henblik på at sikre den rette faglige indsats på det rette specialiseringsniveau. Kravene til genoptræningsplanens indhold er fastlagt i bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og vejledningen om genoptræning og rehabilitering.

Der udarbejdes kun én genoptræningsplan per indlæggelse. Den gælder det samlede genoptræningsforløb. Vurderes det allerede ved udskrivningstidspunktet, at patienten - efter en afgrænset periode med genoptræning på ét niveau - fortsat vil have behov for genoptræning på et andet niveau, skal dette anføres i genoptræningsplanen.

På udskrivningstidspunktet er det dog ikke altid muligt at vurdere genoptræningsbehovet på lang sigt. I de tilfælde, hvor en patient skal overleveres fra specialiseret niveau til et andet niveau, skal det derfor sikres, at den nødvendige information videregives til dem, der fremover skal varetage genoptræningen.

¹⁷ 'Udskrivning fra sygehus' er, når patienten forlader sygehuset, dagbehandling eller ambulantbehandling, samt når patienten af sygehuset visiteres til videre udredning eller behandling i et ambulatorium eller dagsafsnit eller til kontrol i ambulatorium

Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau (se kapitel 7) udarbejdes på den relevante sygehusafdeling, minimum på regionsfunktionsniveau i forhold til hjerneskaderehabilitering.

4.2 Udredning af funktionsevne

Det er en forudsætning for korrekt henvisning og visitation, at patienten er tilstrækkeligt udredt af sygehuset i forhold til alle relevante områder af funktionsevnen.

Informationerne i genoptræningsplanen skal være opdaterede og tilstrækkelige til, at kommunen kan visitere til en faglig relevant og tilstrækkelig genoptrænings- og rehabiliteringsindsats.

Udredningen kan tage udgangspunkt i forløbsprogrammets beskrivelse af udredning af funktionsevnen hos patienter med erhvervet hjerneskade. Se også bilag 2 i denne retningslinje.

Den systematiske og individuelle udredning foregår i tværfagligt regi og involverer alle relevante fagpersoner. Der bør så vidt muligt anvendes validerede vurderingsredskaber til vurdering af funktionsevnen. Disse bør ligeledes indarbejdes i kommunal praksis, ligesom der i regi af sundhedsaftalesamarbejdet hensigtsmæssigt kan iværksættes et udviklingsarbejde omkring harmonisering af anvendelsen af vurderingsredskaber med henblik på overførsel af information og sikring af sammenhængende forløb mellem sygehus og kommune.

Alle patienter med erhvervet hjerneskade undersøges for, om de har mentale funktionsnedsættelser, som har betydning for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen og for den samlede funktionsevne. Derudover vurderes det, om der er komplicerede faktorer som fx familiesituation, bolig, komorbiditet, misbrug m.v. af betydning for indsatsen og for den fremtidige funktionsevne.

4.3 Angivelse af specialiseringsniveau

Vurderingen af behovet for genoptræning- og rehabilitering beror på en konkret, individuel vurdering af patientens aktuelle funktionsevne og er således en individuel henvisning, der skal sikre visitation til det rette specialiseringsniveau.

Patientens rehabiliteringspotentiale kan inddrages i vurderingen. Det er dog ikke rehabiliteringspotentialet, der alene er bestemmende for specialiseringsniveauet. Det er primært vurderingen af, på hvilket specialiseringsniveau den nødvendige professionelle indsats bedst kan ydes.

I genoptræningsplanen angives, hvilket niveau genoptræningen eller rehabiliteringen skal foregå på.

Der udarbejdes genoptræningsplan til genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau, hvis patienten er omfattet af målgruppen for

disse. En beskrivelse af målgrupperne på specialiseret niveau findes i kapitel 6 og 7.

Genoptræningsplaner til øvrige patienter udarbejdes til almen genoptræning, hvorefter kommunen med udgangspunkt i genoptræningsplanen foretager en sundhedsfaglig vurdering af, om genoptræningsindsatsen skal varetages på basalt eller avanceret niveau. Beskrivelse af målgrupperne for patienter på basalt og avanceret niveau fremgår af kapitel 5.

4.4 Krav til genoptræningsplanens indhold

4.4.1 Genoptræningsplaner til almen genoptræning

Genoptræningsplaner til almen genoptræning skal altid indeholde en sammenfatning af patientens helbredsforhold i prosaform. Bl.a. skal genoptræningsplanen beskrive behandlingsforløb og give en sammenfatning af patientens helbredsrelaterede funktionsevne.

Genoptræningsplaner til almen genoptræning for patienter med erhvervet hjerneskade udvides på konkrete områder, hvis patienten har problemstillinger, som kommunen skal kende til i planlægningen af indsatsen. Dette kan fx omfatte relevante undersøgelsesresultater.

Særligt hvis patienten har et stort genoptræningspotentiale og et omfattende behov for indsatser, som kræver koordinering mellem forskellige sundhedspersoner og andre fagpersoner, bør genoptræningsplanen indeholde udvidede beskrivelser af udredning og behandling på sygehuset. Herudover en detaljeret beskrivelse af patientens samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse.

Derudover bør genoptræningsplanen indeholde resultatet af relevante undersøgelser og funktionsevnevurderinger for det videre genoptræningsforløb, fx ergoterapeuters, fysioterapeuters, neuropsykologers og audiologopæders undersøgelser og behandlinger.

Der skal være en beskrivelse af patientens genoptræningsbehov og -potentiale samt målet med genoptræningen.

For målgruppebeskrivelse for denne patientgruppe se kapitel 5.

4.4.2 Genoptræningsplaner til genoptræning på specialiseret niveau

Genoptræningsplaner til genoptræning på specialiseret niveau skal indeholde udvidede beskrivelser af udredning og behandling på sygehuset, samt en detaljeret beskrivelse af patientens samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse. Derudover skal den indeholde en beskrivelse af patientens genoptræningsbehov og -potentiale samt målet med genoptræningen.

Derudover skal genoptræningsplanen indeholde resultatet af relevante undersøgelser og funktionsevnevurderinger, fx neuropsykologers og audiologopæders samt andre relevante faggruppers undersøgelser og behandlinger.

For målgruppebeskrivelse for denne patientgruppe se kapitel 6.

4.4.3 Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau skal indeholde udvidede beskrivelser af udredning og behandling på sygehuset samt en detaljeret beskrivelse af patientens samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse.

Derudover skal genoptræningsplanen indeholde resultater af relevante undersøgelser og funktionsevnevurderinger, fx neuropsykologers og audiologopæders samt andre relevante faggruppers undersøgelser og behandlinger.

Genoptræningsplanen skal desuden indeholde en beskrivelse af patientens samlede rehabiliteringsbehov og -potentiale. Dette forudsætter, at patientens funktionsevne er udredt på alle områder af fagpersoner med særlig viden inden for hjerneskaderehabilitering og i et tæt tværfagligt samarbejde, således at informationerne i genoptræningsplanerne er fyldestgørende.

For målgruppebeskrivelse for denne patientgruppe se kapitel 7.

4.4.4 Andre krav til genoptræningsplanen

Patientsikkerhedsmæssige aspekter

Genoptræningsplanen skal indeholde alle nødvendige og relevante oplysninger, som har betydning for patientsikkerheden. For patienter med erhvervet hjerneskade kan dette dreje sig om behov for fx pleje, personlig assistance, overvågning og skærmning. Derudover særlige risikofaktorer, hygiejnekrav eller andre relevante forhold af betydning for patientsikkerheden i forbindelse med genoptrænings- og rehabiliteringsforløbet, fx ved dysfagi, som giver risiko for fejlsynkning, eller ved hjerteinsufficiens, hvor muligheden for akut livreddende behandling bør være til stede for optimal belastningstræning i genoptræningsforløbet.

Fastlæggelse af tidspunkt for start af genoptræning og rehabilitering

Genoptræningsplanen skal angive en tidsfrist for opstart af genoptræningen efter udskrivning fra sygehus, hvis der er sundhedsfagligt begrundet behov herfor.

For patienter med erhvervet hjerneskade gælder det generelt, at genoptræning og rehabilitering skal iværksættes i umiddelbar forlængelse af udskrivningen for at undgå, at et væsentligt potentiale går tabt i forhold til at opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne.

5 Visitation – genoptræningsplaner til almen genoptræning

5.1 Sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehov

Når den kommunen modtager en genoptræningsplan til *almen genoptræning*, foretages der indledningsvis en sundhedsfaglig vurdering af, om patienten skal henvises til *genoptræning på basalt niveau* eller til *genoptræning på avanceret niveau*.

Den sundhedsfaglige vurdering varetages af autoriserede sundhedspersoner og tager udgangspunkt i genoptræningsplanens beskrivelse af patientens funktionsevne samt genoptræningsbehov og -potentiale. Derudover kan eventuel supplerende udredning af patientens funktionsevne indgå. Det kan fx være udredning som kommunen foretager med henblik på, om patienten har behov for andre rehabiliteringsindsatser, som skal varetages samtidig med eller i forlængelse af genoptræningsindsatserne.

Patientens rehabiliteringspotentiale kan inddrages i vurderingen. Det er dog ikke rehabiliteringspotentialet, der alene er bestemmende for specialiseringsniveauet. Det er primært vurderingen af, på hvilket specialiseringsniveau den nødvendige professionelle indsats bedst kan ydes.

Det er væsentligt, at den sundhedsfaglige vurdering foretages af relevante sundhedspersoner med særlige kompetencer i forhold til genoptræning og rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade. Dette kan hensigtsmæssigt være de fagpersoner, som varetager og/eller visiterer til det avancerede niveau i kommunen.

Det forudsættes, at sygehuset i forbindelse med udarbejdelse af genoptræningsplanen har foretaget den nødvendige udredning af patientens funktionsevne, således at patienten kan henvises til de rette genoptræningsindsatser.

Hvis genoptræningsplanen ikke indeholder tilstrækkelige oplysninger til, at kommunens sundhedspersoner kan foretage den sundhedsfaglige vurdering, kontaktes sygehuset med henblik på en uddybning af denne.

5.1.1 Supplerende udredning af funktionsevne

Funktionsevne er hos patienter med erhvervet hjerneskade ofte påvirket på mange områder, og der er ofte behov for supplerende udredning af funktionsevnen på områder, som sygehuset ikke har kunnet udrede tilstrækkeligt under indlæggelsen. Det kan fx være i relation til arbejdsmarkedstilknytning, uddannelse, boligforhold samt behov for hjælp og støtte efter serviceloven.

I bilag 3 findes en tjekliste vedr. beskrivelse af funktionsevnen hos patienter med erhvervet hjerneskade. En nærmere uddybning af denne fremgår af forløbsprogrammet. Der bør anvendes validerede fagligt anerkendte undersøgelsesmetoder i det omfang, de er tilgængelige.

5.1.2 Fastlæggelse af specialiseringsniveau

Som konklusion på den sundhedsfaglige vurdering besluttes, om patientens genoptrænings- og rehabiliteringsforløb skal varetages på basalt eller avanceret niveau.

Nedenfor beskrives typiske problemstillinger vedrørende funktionsevne samt genoptrænings-/og rehabiliteringsbehov for patienter på de to niveauer for *almene genoptræningsplaner*.

5.2 Målgruppen til genoptræning på basalt niveau

Følgende fremgår af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner:

Patienter, der henvises til genoptræning på basalt niveau, har typisk enkle og afgrænsede funktionsnedsættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde.

For patienter med erhvervet hjerneskade omfatter dette fx:

- Patienter med lette funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til bevægeapparatet, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden
- Patienter med ingen eller lettere mentale funktionsnedsættelser, der ikke har betydning for den aktuelle funktionsevne eller for patientens medvirken i genoptræningsindsatserne
- Patienter med dysfagi, hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG)
- Patienter med ingen eller lettere træthedspromatikker
- Patienter med ikke-behandlingskrævende dysartri
- Patienter med ikke-behandlingskrævende tonusforstyrrelse
- Patienter, som før den aktuelle begivenhed havde omfattende funktionsnedsættelse og/eller komorbiditet, og hvor det vurderes, at genoptræning på basalt niveau er tilstrækkeligt til, at patienten kan opnå forventet forbedring af funktionsevnen

Patienterne har typisk behov for en eller flere af følgende øvrige indsatser:

- Genoptræning af funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i relation til bevægelsesfunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden (mobilitet) i og uden for hjemmet

- Hjemmesygepleje: Det gælder fx borgere med *dysfagi*, hvis der er anlagt sonde¹⁸ og patienter med behov for indsatser ift. *blære- og tarmfunktioner*
- Patientrettet forebyggelse: Det gælder særligt borgere med apopleksi, der kan have behov for tilbud i relation til rygestop, alkoholvaner og ernæring
- Praktisk og personlig hjælp og pleje i hjemmet
- Almindeligt forekommende hjælpemidler¹⁹, især i relation til mobilitet og færden, samt almindeligt forekommende hjælpemidler til understøttelse af daglige aktiviteter og tilpasning af omgivelser, typisk tilpasning af boligforhold
- Beskæftigelsesrettede indsatser til borgere i den erhvervsaktive alder, med henblik på fortsat arbejdsmarkedstilknytning
- Nogle borgere vil have behov for et døgntilbud, enten grundet en risikovurdering for at bo i eget hjem, eller et behov for, at den samlede indsats kan foregå i alle borgerens vågne timer.

5.3 Visitation til indsatser på basalt niveau

Borgere, som henvises *til genoptræning på basalt niveau*, har som udgangspunkt et genoptræningsbehov, som kan varetages af sundhedspersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde. Dvs. behov for sædvanlige og hyppigt forekommende genoptræningsindsatser, som ikke er komplicerede eller kræver særlig tilrettelæggelse. Derudover kan de eventuelt have behov for almindelige rehabiliteringsindsatser i kommunalt regi.

Genoptræning på basalt niveau varetages som udgangspunkt inden for kommunens sædvanlige rammer. De involverede sundhedspersoner bør kunne søge rådgivning og vejledning hos sundhedspersoner, der varetager genoptræning og rehabilitering på avanceret niveau. Dette for at sikre den løbende revurdering på tilstrækkeligt fagligt niveau.

5.3.1 Genoptræning

Borgeren visiteres til indsatser/forløb på genoptræningstilbud, som har de nødvendige kompetencer til at varetage patientens behov for genoptræning af enkle og ukomplicerede problemstillinger. Typisk trænes bevægelsesfunktioner, bevægelsesmønstre og daglige færdigheder, og der foreligger typisk retningslinjer og forløbsbeskrivelser, som implementeres.

¹⁸ Genoptræning af synke- tyggefunktionen varetages som udgangspunkt på avanceret niveau

¹⁹ Hjælpemidler efter sundhedsloven, når disse følger af genoptræningen og der ikke er tale om en varig nedsat funktionsevne jævnfør CIR nr. 9651 af 19/12/2012 Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet.

Genoptræningsindsatserne varetages typisk af ergoterapeuter og fysioterapeuter, som har kompetencer svarende til grunduddannelse samt relevant erfaring og eventuelt efteruddannelse inden for neurorehabilitering.

5.3.2 Andre rehabiliteringsindsatser

Visitationen til andre rehabiliteringsindsatser tager udgangspunkt i en konkret individuel vurdering af funktionsevnen. Det anbefales at anvende validerede og fagligt anerkendte undersøgelsesmetoder i det omfang, disse er tilgængelige.

5.3.3 Krav til koordinering og samarbejde

På basalt niveau er der ofte behov for samarbejde mellem de involverede fagpersoner, som varetager dele af det samlede rehabiliteringsforløb. Da der er tale om hyppigt forekommende og almindelige indsatser, som ikke er komplicerede eller kræver særlig ekspertise, stilles der ikke krav om særlig koordinering af forløbet mellem de relevante fagpersoner.

Der er typisk behov for samarbejde med praktiserende læge og hjemmesygeplejen i relation til den behandling, som varetages i almen praksis. Der bør desuden være et formaliseret samarbejde til tilbud, der varetager genoptræning på avanceret niveau.

I enkelte tilfælde kan der være behov for fortsat samarbejde mellem sygehuset og kommunen, herunder det kommunale jobcenter eller konkret behov for opfølgning på sygehus i ambulant regi. Dette samarbejde følger de almindelige aftaler i sundhedsaftalen.

Borgerens ægtefælle og pårørende har ofte behov for relevant støtte af varierende karakter, dels i forhold til bearbejdning af sorg og krisereaktioner i forbindelse med borgerens hjerneskade, dels i forhold til løbende indsatser med henblik på at sikre familiens trivsel.

5.4 Målgruppen til genoptræning på avanceret niveau

Følgende fremgår af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner:

Patienter, der henvises til genoptræning på avanceret niveau, har typisk omfattende funktionsevnedssættelser ofte af betydning for flere livsområder, herunder eventuelt komplikationer i behandlingsforløbet på sygehus af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde.

Nogle patienter vil have behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser på avanceret eller eventuelt specialiseret niveau med henblik på at opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne

For patienter med erhvervet hjerneskade omfatter dette fx:

- Patienter med funktionsnedsættelser af en eller flere mentale funktioner som fx orienteringsevne, opmærksomhed, koncentration, hukommelse og mental træthed af betydning for patientens daglige livsførelse og mulighed for at fungere selvstændigt og/eller på samme vilkår som tidligere
- Patienter med afasi og andre funktionsnedsættelser i relation til sprog og kommunikation
- Patienter med udtrætningsproblematikker
- Patienter med behandlingskrævende tonusforstyrrelse, hvor indsatsen kan varetages i et samarbejde mellem sygehus og kommune
- Patienter med dysfagi, hvor der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration, eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG)
- Patienter med komplicerede problemstillinger i relation til familie, arbejdsmarkedet eller boligsituation

Patienterne har typisk behov for en eller flere af følgende genoptræningsindsatser:

- Betydelig og systematisk genoptræning af alle relevante funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger
- Særligt tilrettelagte indsatser i relation til eventuelle mentale funktionsnedsættelser
- Genoptræning af funktioner i relation til at spise og drikke, herunder synkefunktion
- Særlige tilbud om patientuddannelse og tilbud til pårørende

Derudover kan patienterne have behov for en eller flere øvrige rehabiliteringsindsatser:

- Praktisk og personlig hjælp og pleje i hjemmet
- Særligt tilrettelagte indsatser med henblik på fastholdelse i uddannelse eller arbejde
- Særlig træning og eventuel kompenserende undervisning i relation til sprogfunktioner og kommunikation samt eventuelt kompensatoriske indsatser i form af anvendelse af særlig teknologi til kommunikation
- Hjælpemidler²⁰ især i relation til mobilitet og færden, samt hjælpemidler i hjemmet til understøttelse af daglige aktiviteter

²⁰ Hjælpemidler efter sundhedsloven, når disse følger af genoptræningen og der ikke er tale om en varig nedsat funktionsevne jævnfør CIR nr. 9651 af 19/12/2012 Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet.

- Patientrettet forebyggelse: Det gælder særligt borgere med apopleksi, der kan have behov for tilbud i relation til rygestop, alkoholvaner og ernæring
- Træningsudstyr af særlig karakter, der ofte ikke er til stede på basalt niveau
- Tilpasning af omgivelser: Det gælder fx borgere, som har nedsat mobilitet, og dermed behov for tilpasning af bolig
- Nogle patienter vil have behov for et døgntilbud grundet en risikovurdering for at bo i eget hjem, eller behov for at den samlede indsats kan foregå i alle patientens vågne timer
- Socialpædagogisk støtte

5.5 Visitation til indsatser på avanceret niveau

Patienterne har som udgangspunkt et genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, der skal varetages i et tværfagligt samarbejde mellem sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer i forhold til hjerneskaderehabilitering.

Mange kommuner vil have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde for at etablere genoptrænings- og rehabiliteringstilbud på avanceret niveau og/eller for at gøre brug af private eller regionale tilbud.

Hovedparten af patienter med funktionsevnededsættelse som følge af apopleksi og andre erhvervede hjerneskader skal varetages på avanceret niveau.

5.5.1 Genoptræning

Patienten visiteres til indsatser/forløb på genoptrænings-/rehabiliteringstilbud, som har de nødvendige kompetencer til at varetage patientens behov for genoptræning på avanceret niveau.

Indsatserne varetages af fysioterapeuter og ergoterapeuter i tværfagligt samarbejde og/eller sparring med andre faggrupper som fx audiologopæder, neuropsykologer, sygeplejersker og specialpædagoger samt med mulighed for samarbejde med og adgang til bandagister og kliniske diætister. De involverede sundhedspersoner har særlige kompetencer og relevant erfaring inden for deres fagområde, herunder i forhold til patienter med erhvervet hjerneskade, det vil sige grunduddannelse med efteruddannelse på højt niveau, fx systematiske uddannelsesforløb i neurorehabilitering og anvendelse af særlige metoder i indsatsen. Sundhedspersonerne arbejder primært med patienter med erhvervet hjerneskade og indgår i løbende kompetenceudvikling og opdatering af viden og nyere evidens på området.

Der er ofte behov for, at der i genoptræningsforløbet anvendes hjælpemidler og udstyr samt behandlingsmetoder, som enten er kostbare, eller som kræver særlige kompetencer at anvende. Det kan være særligt træningsudstyr eller avancerede hjælpemidler til at understøtte den daglige livsførelse, fx vægtaflastende træningsmaskiner.

Genoptræningsindsatserne organiseres som tværfaglige forløb. Der anvendes gældende retningslinjer og forløbsbeskrivelser i det omfang, at sådanne foreligger. Genoptræningen indgår oftest som en del af et samlet rehabiliteringsforløb.

I det omfang genoptrænings- /rehabiliteringstilbuddet vurderer det relevant for opgaveløsningen, skal der etableres samarbejde med specialiseret niveau omkring supervision og rådgivning i det konkrete genoptræningsforløb. Organiseringen af dette samarbejde kan med fordel aftales i sundhedsaftalerne.

Borgere med behov for både intensiv genoptræning og andre rehabiliteringsindsatser visiteres til døgnrehabilitering med fokus på tværfagligt samarbejde. Dette kan enten foregå som et ophold eller med afsæt i borgerens eget hjem.

5.5.2 Andre rehabiliteringsindsatser

De fleste patienter vil, for at patienten kan genvinde tidligere funktionsevne eller bedst mulig funktionsevne, have behov for, at genoptræningsindsatsen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser på avanceret niveau.

Visitationen til andre rehabiliteringsindsatser tager udgangspunkt i en konkret individuel vurdering af funktionsevnen.

Patienter med behov for indsatser på avanceret niveau kan ligeledes have behov for indsatser på det mest specialiserede socialområde samt specialundervisning.

For borgere i den erhvervsaktive alder koordineres genoptrænings- og rehabiliteringsforløbet med kommunens indsatser på beskæftigelsesområdet, således at disse indgår i den samlede rehabiliteringsindsats.

Afhængigt af patientens problemstilling kan der være behov for, at patienten som led i det samlede rehabiliteringsforløb visiteres til enkeltstående indsatser i specialiserede rehabiliteringstilbud. Det kan fx dreje sig om henvisning til særlige indsatser til patienter, som har behov for kommunikationsudstyr, eller til rehabiliteringstilbud med særlig neuropsykologisk ekspertise, hvor de mentale funktionsnedsættelser har betydelig indflydelse på patientens funktionsevne og for tilrettelæggelsen af indsatsen generelt og i forhold hertil.

5.5.3 Krav til koordinering og samarbejde

På avanceret niveau vil der i et samlet genoptrænings- og rehabiliteringsforløb ofte være behov for rehabiliteringsindsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og eventuelt private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen, som hensigtsmæssigt varetages af en hjerneskadekoordineringsfunktion (se nærmere afsnit 3.2.5).

Kommunen kan hensigtsmæssigt etablere et samarbejde med det specialiserede niveau, herunder både sygehusene og de specialiserede rehabiliteringstilbud. Samarbejdet kan være omkring generel kompetenceudvikling, herunder supervision. Derudover kan samarbejdet omfatte rådgivning i konkrete patientforløb i forhold til problemstillinger, der relaterer sig til fx mentale funktionsnedsættelser, sprogfunk-

tioner, kommunikation, beskæftigelse, uddannelse, adfærd, personlighedsmæssige ændringer samt medicinske problemstillinger m.v.

De involverede genoptrænings- og rehabiliteringstilbud kan derudover hensigtsmæssigt etablere faglige netværk på tværs af kommunerne samt med sygehus og eventuelle specialiserede rehabiliteringstilbud med henblik på at opnå og vedligeholde kompetencer.

Patienterne vil derudover ofte have følgetilstande til den erhvervede hjerneskade som fx epilepsi, tonusforstyrrelse, samt eventuel komorbiditet, hvorfor der er behov for et samarbejde med sygehusets læger og/eller patientens praktiserende læge.

6 Visitation – genoptræningsplaner til genoptræning på specialiseret niveau

Borgere, som er udskrevet med en *genoptræningsplan til genoptræning på specialiseret niveau*, har som udgangspunkt et genoptræningsbehov, som varetages af autoriserede sundhedspersoner på sygehus med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulantly sygehusbehandling.

6.1 Målgruppen til genoptræning på specialiseret niveau

Følgende fremgår af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner:

Patienter, der henvises til genoptræning på specialiseret niveau, som foregår på sygehus, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedssættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, herunder eventuelt alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulantly sygehusbehandling.

Genoptræningsindsatserne varetages ligeledes på sygehus, hvis genoptræningen af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi

For patienter med erhvervet hjerneskade omfatter dette fx:

- Patienter, hvor behovet for tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulantly sygehusbehandling fordrer, at forløbet foregår på sygehuset
- Patienter, hvor genoptræningen forudsætter mulighed for bistand fra sundhedsfagligt personale, der kun findes i sygehusregi
- Patienter med behandlingskrævende døgnrytmeforstyrrelser, og som eventuelt er urolige
- Patienter med svære funktionsnedsættelser af bevægelsesfunktioner som fx refleksdystrofi og alvorlige skulderproblematikker
- Patienter med behandlingskrævende tonusforstyrrelse, hvor behandlingen varetages som regionsfunktion eller højt specialiseret funktion på sygehus
- Patienter med svær dysfagi, som afventer udredning og eventuel anlæggelse af sonde

- Patienter med respirationsinsufficiens, men hvor der endnu ikke er endelig afklaring af patientens respirationsfunktion fremover, fx patienter med cuf-fede trachealtuber (højt specialiseret funktion)
- Patienter, hvor der er planlagt et videre udredningsforløb, som skal ses i sammenhæng med genoptræningsindsatsen
- Patienter med komplicerede behandlingsforløb, fx patienter med multitraumer, infektionssygdomme og sjældne tilstande, samt patienter med komplicerede følger af hjerneskaden, som kræver yderligere udredning og behandling samt sygehusets specialfunktioner samtidig med deres genoptræningsforløb

Patienterne har typisk et eller flere af følgende behov:

- Udredning og behandling på sygehus samtidig med genoptræningsindsatser på specialiseret niveau i forhold til fx tonusforstyrrelse, dysfagi, respirationsinsufficiens, smitsomme tilstande og sjældne tilstande evt. kompliceret med metaboliske tilstande, alvorlige funktionsnedsættelser i det autonome nervesystem samt komplikationer af organers funktioner.
- Patientrettet forebyggelse, hjemme(syge)pleje, opfølgning og indsatser i relation til sygemelding og arbejdsfastholdelse og øvrige rehabiliteringsindsatser, hvor disse indsatser kan varetages på basalt eller avanceret niveau.

6.2 Visitation til indsatser på specialiseret niveau

6.2.1 Genoptræning

Patienter med behov for genoptræning på specialiseret niveau skal ikke visiteres til genoptræningsindsatser af kommunen, men sygehuset skal selv iværksætte indsatsen.

Genoptræning på specialiseret niveau af patienter med erhvervet hjerneskade varetages som udgangspunkt på neurorehabiliteringsafdelinger med regionsfunktion eller højt specialiseret funktion.

Sygehuset varetager patientens samlede genoptræningsbehov, så længe der er behov for genoptræning på specialiseret niveau. Herefter kan genoptræningen fortsætte på avanceret eller basalt niveau, hvis der er behov for fortsat genoptræning.

6.2.2 Andre rehabiliteringsindsatser

Mange patienter vil have behov for andre rehabiliteringsindsatser end genoptræning for at opnå bedst mulig funktionsevne. Kommunen skal i disse tilfælde visitere til andre rehabiliteringsindsatser.

Borgerens behov for andre rehabiliteringsindsatser vil oftest omfatte de samme indsatser som ved genoptræning på basalt og eventuelt avanceret niveau (se afsnit 5.3.2 og afsnit 5.5.2).

6.2.3 Krav til koordinering og samarbejde

Forløb på sygehuset vil ofte foregå i en afgrænset periode, hvorefter kommunen overtager forløbet. Derudover vil mange patienter, som modtager specialiseret genoptræning på sygehuset, samtidig have behov for andre rehabiliteringsindsatser i kommunen.

Koordinering af sygehusets genoptræningsindsats med kommunens rehabiliteringsindsats kan hensigtsmæssigt ske via den kommunale hjerneskadekoordineringsfunktion. Der kan tillige være behov for et tæt koordineret samarbejde mellem involverede fagpersoner.

Er der efterfølgende behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau etablerer sygehuset kontakt til kommunen med henblik på overlevering, formidling af viden og status for det specialiserede forløb. Det kan hensigtsmæssigt aftales i sundhedsaftalerne, hvordan disse samarbejder organiseres, herunder hvordan overgange mellem almen genoptræning og specialiseret genoptræning kan ske uden u hensigtsmæssig ventetid for patienten.

7 Visitation – genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

Patienter, som er udskrevet med en *genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau* har som udgangspunkt behov for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering.

7.1 Målgruppen til rehabilitering på specialiseret niveau

Følgende fremgår af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner:

Patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevne-nedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser og andre rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering.

For patienter med erhvervet hjerneskade omfatter dette fx:

- Patienter med svære og omfattende mentale funktionsnedsættelser af væsentlig betydning for funktionsevnen
- Patienter med adfærdsproblemer og/eller betydelige problemer med orienteringsevnen, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for dem selv eller andre
- Patienter med svære funktionsnedsættelser af sproglige funktioner og tale og/eller ingen mulighed for kommunikation, fx patienter med Locked-in syndrom
- Patienter med svære udtrætningsproblematikker
- Patienter med svære funktionsnedsættelser af bevægefunktioner og andre kropsfunktioner
- Patienter, som på baggrund af hjerneskaden har svære problemstillinger i forhold til familiesituation, arbejdsmarkedet og/eller boligsituation

Patienterne har behov for en betydelig, intensiv og helhedsorienteret indsats, som retter sig mod alle relevante områder af funktionsevnen, og hvor tilstedeværelsen af samtidig interdisciplinær ekspertise er nødvendig. Patienterne har behov for både genoptrænings- og andre rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau, samt inden for sundheds- og social-, undervisnings- eller beskæftigelsesområdet.

Patienterne har således typisk behov for en eller flere af følgende indsatser:

- Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af mentale funktionsnedsættelser, kommunikation og mobilitet
- Særlige hjælpemidler²¹, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse, samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos fagpersonerne
- Betydelige og specialiserede indsatser til afklaring og eventuelt træning i forhold til uddannelse, arbejde, boligsituation og andre livsområder
- Særlige familieorienterede indsatser i relation til børn og andre pårørende
- Nogle patienter vil have behov for et døgntilbud, så indsatsen kan foregå i alle patientens vågne timer

7.2 Visitation til samlede rehabiliteringsforløb

Sygehuset har i genoptræningsplanen beskrevet det samlede rehabiliteringsbehov. Genoptræningsplanen danner således grundlag for visitation til et samlet forløb. Genoptræningsplanens indhold drøftes ved en udskrivningssamtale med deltagelse af patient, pårørende, sygehus og kommune, således at kommunen kan planlægge rehabiliteringsforløbet, inden patienten udskrives.

Patienter med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau vil have behov for både genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner samt andre rehabiliteringsindsatser varetaget af en række andre faggrupper som fx neuropsykologer, audiologopæder, socialrådgivere og pædagogisk personale.

Rehabiliteringsindsatserne varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre faggrupper, som udover grunduddannelse har opnået specialiseret viden, erfaring og kompetencer på højt niveau inden for deres fagområde og i forhold til tværfagligt samarbejde og koordinering af forløb, samt gennemgået relevant efteruddannelse/videreuddannelse. De involverede sundhedspersoner og andre fagpersoner arbejder i alt overvejende grad med indsatser i forhold til patienter med erhvervet hjerneskade og modtager fast og hyppig supervision, ligesom de indgår i løbende kompetenceudvikling for at sikre, at indsatser er baseret på den nyeste evidens og viden på området.

²¹ Hjælpemidler efter sundhedsloven, når disse følger af genoptræningen og der ikke er tale om en varig nedsat funktionsevne jævnfør CIR nr. 9651 af 19/12/2012 Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet.

Rehabiliteringsindsatserne organiseres som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordination af den samlede specialiserede rehabiliteringsindsats er afgørende.

Patienten visiteres af kommunen til sammenhængende, interdisciplinære og helhedsorienterede forløb på et (eller eventuelt flere) specialiserede rehabiliteringstilbud, som har de nødvendige kompetencer til at varetage borgerens samlede rehabiliteringsbehov på specialiseret niveau. Se nærmere om valg af rehabiliteringstilbud i afsnit 7.3 nedenfor.

Selvom forløbet varetages på specialiseret rehabiliteringstilbud, kan patienten fortsat have behov for indsatser som fx boligændringer, opfølgning på sygedagpenge samt personlig og praktisk hjælp, der varetages inden for kommunens sædvanlige rammer. Kommunens visitation skal derfor ved modtagelse af genoptræningsplanen og ved udskrivningssamtalen vurdere, om der er behov for, at patienten også visiteres til andre indsatser i kommunen. Kommunen kan i den forbindelse eventuelt foretage en supplerende udredning af borgerens funktionsevne på relevante områder, som ikke indgår i genoptræningsplanen.

7.3 Valg af rehabiliteringstilbud

Valg af rehabiliteringstilbud afhænger af patientens funktionsevnenedsættelse og behov for rehabilitering.

Det tilstræbes, at der findes ét rehabiliteringstilbud, som kan varetage patientens samlede rehabiliteringsbehov på specialiseret niveau. I nogle tilfælde vil der dog være behov for, at flere rehabiliteringstilbud på specialiseret niveau arbejder sammen, så patienten kan opnå bedst mulig funktionsevne på alle områder.

Ved valg af rehabiliteringstilbud/indsatser bør følgende påses:

- Har patienten behov for indsatser i forhold til mentale funktioner, herunder hukommelse og opmærksomhed, overordnede kognitive funktioner, følelsesfunktioner, adfærd, perception m.fl., skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat neuropsykologer og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer ift. disse områder
- Har patienten behov for indsatser i forhold til sprogfunktioner, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat audiologopæder med specialiserede kompetencer ift. dette område, ligesom der skal være adgang til at anvende udstyr i form af særlige kommunikationshjælpemidler samt ansat fagpersoner med særlige kompetencer²² i forhold til at anvende kommunikationshjælpemidlerne
- Har patienten behov for indsatser i forhold til *bevægelsesfunktioner og andre kropsfunktioner*, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat

²² Det kan fx dreje sig om ergoterapeuter, datamatikere, it-ingeniører, speciallærere og audiologopæder

fysioterapeuter, ergoterapeuter og eventuelt sygeplejersker med specialiserede kompetencer

- Har patienten behov for indsatser ift. *omsorg for sig selv, daglig livsførelse, mobilitet, beskæftigelse, uddannelse*, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat ergoterapeuter, pædagogisk personale, eventuelt neuropsykologer og socialrådgivere samt andre relevante faggrupper med specialiserede kompetencer
- Har patienten *svære somatiske eller psykiatiske følger* af hjerneskaden eller betydelig komorbiditet, kan der være behov for, at der på det specialiserede rehabiliteringstilbud er adgang til lægelig behandling og sygepleje på specialiseret niveau. I andre tilfælde vil dette kunne varetages i et samarbejde med sygehuset og/eller patientens praktiserende læge

Sygehuset og kommunen drøfter inden udskrivningen, herunder ved udskrivningssamtalen, patientens rehabiliteringsbehov. I den forbindelse drøftes, hvilke rehabiliteringstilbud der kan varetage patientens rehabiliteringsbehov.

Rehabiliteringstilbud inden for det mest specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet er ofte omfattet af rammeaftalerne på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet og af den centrale udmelding for voksne med erhvervet hjerneskade 2014.

Disse rehabiliteringstilbud varetager ofte opgaver på tværs af sundheds- og socialområdet og således også patientens genoptræning efter sundhedsloven og andre sundhedsfaglige indsatser. I kapitel 8 er kravene til kvalitet i de specialiserede rehabiliteringstilbud beskrevet.

7.4 Krav til koordinering og samarbejde

Grundet kompleksiteten i specialiserede rehabiliteringsforløb bør koordineringen om muligt iværksættes tidligt i indlæggelsesforløbet.

Kommunen har det overordnede ansvar for forløb i specialiserede rehabiliteringstilbud, men den konkrete koordinering af de faglige indsatser varetages af rehabiliteringstilbuddet. Hvis rehabiliteringsforløbet varetages af flere rehabiliteringstilbud, bør ansvaret for koordinering af det samlede forløb være placeret hos ét af rehabiliteringstilbuddene, hvilket hensigtsmæssigt kan være det tilbud, som varetager patientens primære genoptræning.

Der vil ofte kun være behov for rehabilitering på specialiseret niveau i en afgrænset periode, hvorefter rehabiliteringsforløbet kan varetages på avanceret eller eventuelt basalt niveau. Overgangen kan ofte ske gradvis.

En del patienter vil under forløbet i rehabiliteringstilbuddet fortsat have behov for indsatser fra kommunen, fx i forhold til sygedagpenge.

Der er derfor behov for koordinering og samarbejde mellem rehabiliteringstilbud og kommunen. Dette kan hensigtsmæssigt ske gennem hjerneskadekoordineringsfunktionen.

Når patienten afsluttes fra det specialiserede rehabiliteringstilbud, udarbejdes en status over patientens sundhedsfaglige rehabiliteringsforløb og aktuelle funktions-
evne, som videregives til kommunen.

8 Kvalitet i specialiserede rehabiliteringstilbud

I dette afsnit beskrives kvaliteten i de rehabiliteringstilbud, der varetager rehabilitering på specialiseret niveau.

En stor del af de specialiserede rehabiliteringstilbud er forankret i socialområdet, men varetager indsatser på tværs af sundheds- og socialområdet. På socialområdet er elementer, der karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud inden for social og specialundervisningsområdet beskrevet i den centrale udmelding. Det er således den centrale udmelding, der er gældende, når det drejer sig om rehabiliteringsindsatser, der ikke er sundhedsfaglige.

Højt specialiserede indsatser og tilbud på det sociale område bidrager til det samlede rehabiliteringsforløb, som også kan bestå af indsatser fra undervisnings-, beskæftigelses- og sundhedsområdet. Således vil en borger med erhvervet hjerneskade oftest få indsatser og/eller tilbud via forskellige lovgivninger.

Ud over de elementer, der karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud på det mest specialiserede socialområde, gør de sundhedsfaglige kvalitetskrav sig gældende, når sundhedsfaglige indsatser leveres af autoriserede sundhedspersoner.

8.1 Elementer der karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud inden for social- og specialundervisningsområdet

I Socialstyrelsens centrale udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade er de højt specialiserede indsatser og tilbud kendetegnet ved, at de varetages af eller i samarbejde med andre højt specialiserede vidensmiljøer. Et vidensmiljø er et fagligt miljø i tilknytning til praksis, som arbejder med tværfaglig vidensudvikling og vidensdeling i forhold til en eller flere konkrete målgrupper på det sociale område. Med et fagligt miljø forstås mindst tre personer, der har samme eller beslægtet faglighed.

Med tilknytning til praksis forstås, at vidensudviklingen, der finder sted i det faglige miljø, tager udgangspunkt i gentagne praksiserfaringer med en konkret målgruppe og indsatser i relation hertil.

Højt specialiserede indsatser og tilbud er karakteriseret ved nedenstående elementer:

8.1.1 Kompetencer

- Fagpersoner (ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, talepædagoger, pædagoger, speciallærere, neurologer, socialrådgivere og neuropsykologer), der leverer de højt specialiserede indsatser, beskæftiger sig primært med fagområdet og målgruppen af borgere med en kompleks erhvervet hjerneskade på højt specialiseret niveau

- Fagpersoner i højt specialiserede tilbud og indsatser ser og behandler tilstrækkeligt mange borgere med komplekse problemstillinger og opnår derigennem viden om, hvordan de skal håndteres
- Fagpersonerne har foruden deres grunduddannelse opnået specialiseret neurofaglig ekspertise og har gennemgået relevant efteruddannelse/videreuddannelse
- Fagpersonerne arbejder ud fra fælles forståelsesramme og terminologi
- Fagpersonerne modtager fast og hyppig supervision
- Fagpersonerne rådgiver og superviserer fagpersoner og tilbud på lavere specialiseringsniveauer og på tværs af sektorer
- Fagpersonerne har erhvervet sig de specialiserede kompetencer, der løbende er tilgængelige inden for deres fagområde samt kompetencer og erfaring med at arbejde i tværfaglige team
- Fagpersonerne kan på baggrund af deres specialiserede kompetencer foretage udredninger samt en konkret individuel vurdering af borgerens behov
- Højt specialiserede indsatser og tilbud følger forskningsbaseret viden og nationale retningslinjer i det omfang, de findes, hvad angår både udredningen af borgeren og selve indsatsen. Desuden anvendes validerede undersøgelsesmetoder i det omfang, det er muligt

8.1.2 Udstyr

- Der kan være behov for særligt kostbart udstyr til undersøgelser og interventioner.

8.1.3 Organisering

- Højt specialiserede indsatser og tilbud er organiseret som et koordineret sammenhængende, tværfagligt, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig
- Højt specialiserede tilbud samarbejder med lokale, regionale og nationale vidensmiljøer samt VISO
- Højt specialiserede indsatser og tilbud har et tæt samarbejde med sygesektoren

8.1.4 Dokumentation

- Højt specialiserede tilbud har en systematisk dokumentation af indsatsernes effekt
- Højt specialiserede indsatser og tilbud deltager i udviklingsarbejde med henblik på udvikling af praksis og metode. Til trods for, at der ikke er en

forskningsforpligtelse på det sociale område, så er der adgang til at forske og/eller indgå formelle aftaler med institutioner, der bedriver forskning.

Et højt specialiseret tilbud kan enten bestå af indsatser på et ”matrikelbundet” tilbud eller bestå af ”matrikelløse” indsatser sammensat fra forskellige højt specialiserede tilbud, som supplerer kommunens øvrige indsatser. Et ”matrikelløst” tilbud sammensættes af et fagligt kompetent team, der etableres uafhængigt af, om borgeren opholder sig i eget hjem eller på et tilbud, som ikke er specialiseret.

8.2 Kvalitetskrav til specialiserede indsatser inden for sundhedsområdet

Formålet med at fastsætte *sundhedsfaglige* kvalitetskrav for specialiserede rehabiliteringstilbud er at sikre, at borgerne med et sundhedsfagligt behov for rehabilitering på specialiseret niveau får et relevant rehabiliteringstilbud af en høj kvalitet.²³

De sundhedsfaglige kvalitetskrav skal fungere som støtte til kommunerne i forhold til valg af specialiseret rehabiliteringstilbud, når kommunen skal visitere patienter med genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

De sundhedsfaglige kvalitetskrav vedrører de sundhedsfaglige indsatser, der leveres i de specialiserede rehabiliteringstilbud. Disse indsatser skal ses i samspil med andre rehabiliteringsindsatser fra især det sociale område og specialundervisningsområdet.

Sundhedsfaglige indsatser er de indsatser, der leveres af autoriserede sundhedspersoner. Det omfatter blandt andet læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter. Øvrige faggrupper, som leverer indsatser i et specialiseret rehabiliteringstilbud, men som ikke er autoriserede sundhedspersoner, er fx neuropsykologer, audiologopæder, socialrådgivere, pædagoger og speciallærere.

Sundhedsfaglige indsatser i specialiserede rehabiliteringstilbud kan omfatte:

- sygepleje
- genoptræning
- medicinsk behandling
- patientrettet forebyggelse
- patientuddannelse
- pårørendeuddannelse

De sundhedsfaglige indsatser kan indgå i forskellig grad i det enkelte rehabiliteringsforløb, herunder i samspil med kommunens almindelige sundhedsfaglige ind-

²³ I forhold til regler vedrørende klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet henvises til vejledningen om genoptræning og vedligeholdelsestræning.

satser og det avancerede niveau som et led i et integreret rehabiliteringsforløb, også når borgeren ikke er i døgntilbud.

Nogle sundhedsfaglige indsatser er forbeholdt læger at udføre, jf. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse og vejledning om forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed²⁴. Det gælder fx medicin håndtering, behandling med ernæringssonde, invasiv respirationsbehandling og blodprøver. Disse opgaver vil efter delegation fra lægen kunne varetages af andre faggrupper, herunder også faggrupper som ikke er autoriserede sundhedspersoner.

8.2.1 Sundhedsfaglige kvalitetskrav

Kvalitetskravene er opdelt på følgende områder²⁵:

- kapacitet og robusthed
- aktivitet, erfaring og ekspertise
- kompetencer
- samarbejde
- kvalitet og dokumentation

8.2.2 Kapacitet og robusthed

Specialiserede rehabiliteringstilbud, der varetager sundhedsfaglige indsatser, skal have tilstrækkelig kapacitet og robusthed til at varetage opgaverne alle dage, året rundt. Det vil sige, at indsatserne skal kunne varetages, selvom der er sygdom og ferie i personalegruppen. Derudover skal tilbuddene kunne opbygge erfaring samt skabe og vedligeholde et stærkt fagligt miljø.

Det vil normalt kræve, at der er ansat minimum to til tre inden for hver faggruppe, så det sikres, at de relevante kompetencer er til stede også under sygdom og ferie i personalegruppen. De to til tre skal alle have specifikke kompetencer til at varetage den sundhedsfaglige rehabiliteringsindsats for patienter med erhvervet hjerneskade. Den enkelte sundhedsprofessionelle kan have specifikke kompetencer til at varetage flere indsatser.

Kravet om antal ansatte inden for hver faggruppe kan være vanskeligt at imødekomme, fx i forhold til den lægelige behandling. Her kan der være tale om samarbejde med sygehus, således at lægen fungerer som konsulent. Det er i disse tilfælde centralt, at samarbejdet er robust og ikke bundet op på enkeltpersoner, og at rammerne for dette er fastlagt i en samarbejdsaftale.

²⁴ Bekendtgørelse nr. 1219 og vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

²⁵ Jævnfør 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav', Sundhedsstyrelsen 2014

Baggrunden for kravet om kapacitet og robusthed er at sikre, at de relevante kompetencer er til stede alle dage, året rundt.

Kravet om antal ansatte retter sig mod de faggrupper, der er relevante og nødvendig for at varetage sundhedsfaglige opgaver i det konkrete rehabiliteringstilbud.

8.2.3 Aktivitet, erfaring og ekspertise

Der er generelt en sammenhæng mellem kvalitet, sundhedsfaglig rutine, erfaring og forekomst. Tilstrækkelig forekomst er derfor en vigtig faktor ved varetagelse af den sundhedsfaglige rehabilitering på specialiseret niveau. Tilbud, der varetager sundhedsfaglige indsatser i specialiserede rehabiliteringstilbud, skal således have et patientgrundlag, der sikrer tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring for alle relevante faggrupper.

8.2.4 Kompetencer

Specialiserede rehabiliteringstilbud skal sikre, at det sundhedsfaglige personale har de relevante kompetencer til at varetage de sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser i forhold til patientgruppen, og at der sker en fortløbende kompetenceudvikling, således at indsatsen er opdateret jf. nyeste viden på området. Det kan fx være i forhold til behandling, træning, information, observation, pleje mv. Det vil konkret sige, jf. kravet om robusthed, at mindst to til tre i hver relevant sundhedsfaggruppe skal have de relevante specialiserede kompetencer i forhold til neurorehabilitering.

8.2.5 Samarbejde

Det er en forudsætning for varetagelsen af de sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau, at der samarbejdes med andre faggrupper og med patientens kommune. Det vil sige, at der generelt bør etableres et samarbejde om patientforløb.

Hertil kommer en forventning om, at der kan ydes rådgivning til genoptræningstilbud, der varetager genoptræning og rehabilitering på avanceret niveau.

8.2.6 Kvalitet og dokumentation

Det er en forudsætning, at der sker en løbende dokumentation af de sundhedsfaglige indsatser efter gældende regler om journalføring, at der indberettes til relevante kliniske kvalitetsdatabaser, samt at der reageres på lokal og national kvalitetsmonitorering.

Det forudsættes også, at udredning og behandling mv. følger landsdækkende kliniske retningslinjer, hvor sådanne foreligger, og så vidt muligt er evidensbaseret.

Dette kan ses som en forudsætning for at gennemføre en som udgangspunkt ensartet behandling, der kan gennemføres kvalitetsopfølgning på.

For de sundhedsfaglige indsatser i specialiserede rehabiliteringstilbud gælder det, selvom der kan være tale om et tilbud, der er forankret i socialområdet, at der er forskningsforpligtelse. Det vil konkret sige, at de sundhedsfaglige medarbejdere skal holde sig opdateret på evidensen på hjerneskadeområdet, samle evidens og sprede den, medvirke til at levere data og generelt medvirke til, at der kommer forskningsbaseret viden på området samt eventuelt iværksætte forskning på hjerneskadeområdet. Der er formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver udvikling og forskning.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Arbejdsgruppe

Bilag 2: Disposition til beskrivelse af funktionsevne

Bilag 3: Genoptræningsindsatser og andre rehabiliteringsindsatser – eksempler

Bilag 4: Vurdering af kapacitetsbehov

Bilag 1: Arbejdsgruppen

- **Anders Degn Pedersen**, cand.psych. autoriseret, specialist i neuropsykologi, voksenområdet og supervisor. Sundhedschef ved Vejle fjord Rehabiliteringscenter,
Udpeget af Selskabet Danske Neuropsykologer
- **Bente Andersen**,
Udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- **Camilla Højgaard Nielsen**, faglig konsulent, Socialstyrelsen, Kontoret for kognitive handicap og hjerneskade
Udpeget af Socialstyrelsen
- **Flemming Hansen**, chefkonsulent, Roskilde Kommune
Udpeget af KL
- **Gitte Hjørdt**, koordinator/socialrådgiver, Center for Hjerneskade,
Udpeget af Dansk Socialrådgiverforening
- **Hanne Munk**, ledende terapeut, Glostrup Hospital, Afdeling for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade
Udpeget af Dansk Selskab for NeuroRehabilitering
- **Helle K. Iversen**, apopleksiansvarlig overlæge, dr. med., Glostrup Hospital, Apopleksienheden, Neurologisk afdeling,
Udpeget af Dansk Selskab for Apopleksi
- **Helle Mousing**, leder i Kolding Kommune, Kolding Kommune,
Udpeget af Ergoterapifaglige Selskaber
- **Helle Nybo Mørn**, faglig konsulent, Aarhus Kommune
Udpeget af KL
- **Helle Kyhnau Steffensen**, teamleder, Hjerneskadecentret BOMI,
Udpeget af Dansk Selskab for NeuroRehabilitering
- **Henrik Stig Jørgensen**, overlæge, dr.med., Hvidovre Hospital, Afdeling for højt specialiseret neurorehabilitering/traumatisk hjerneskade
Udpeget af Sundhedsstyrelsen
- **Karen Sloth**, specialeansvarlig sygeplejerske, Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Hospitalsenheden Viborg, Silkeborg, Skive, Hammel, Klinik for Tidlig Neurorehabilitering,
Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- **Lene Gram Herborg**, Sønderborg Kommune,
Udpeget af KL - Frem til den 13. august 2014
- **Lisbeth Schrøder**, Region Sjælland
Udpeget af Danske Regioner

- **Lone Fjeldborg**, psykolog, Børneungecenter for Rehabilitering
Udpeget af Sundhedsstyrelsen
- **Margit Vibeke Hansen Davies**, hjerneskadekoordinator, Ballerup Kommune
Udpeget af KL
- **Merete Stubkjær Christensen**, ledende overlæge, Regionshospitalet Hammel Neurocenter
Udpeget af Sundhedsstyrelsen
- **Mette Lund Møller**, Socialstyrelsen, Kontoret for kognitive handicap og hjerneskade
Udpeget af Socialstyrelsen
- **Pernille Westh**, fuldmægtig, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Primær Sundhed
Udpeget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- **Sara Holm Kristensen**, AC-fuldmægtig, sociolog, Region Midtjylland
Udpeget af Danske Regioner
- **Svend Prytz**, overlæge i Foniatri, formand for Dansk Selskab for Logopædi og Foniatri, Bispebjerg Hospital, Neurologisk afd. N, Foniatrisk Klinik,
Udpeget af Dansk Selskab for Logopædi og Foniatri
- **Tanja Thor Møller**, afdelingsleder, Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Center for Kvalitet og Sammenhæng, Afd. for rehabilitering
Udpeget af KL - Fra den 13. august 2014

Formandskab og sekretariatsfunktion er varetaget af Sundhedsstyrelsen.

Bilag 2: Disposition til beskrivelse af funktionsevne

Denne oversigt tager udgangspunkt i forløbsprogrammets disposition for beskrivelse af faglige indsatser til patienter med erhvervet hjerneskade. De enkelte punkter refererer til domæner og kategorier i ICF.

Den kan i nogle tilfælde også beskrive andre kategorier i forbindelse med udredning af funktionsevne.

Bevægelsesfunktioner

- Gangmønstre
- Arm og hånd
- Tonusforstyrrelser

Mentale funktioner

- Sproglige funktioner
- Hukommelse og opmærksomhed
- Overordnede kognitive funktioner
- Følelsesfunktioner
- Adfærd
- Perception

Andre kropsfunktioner

- Dysfagi
- Blære- og tarmfunktioner
- Smerter
- Syn
- Hørelse og vestibulære funktioner
- Udholdenhed og cirkulation

Aktivitet og deltagelse

- Omsorg for sig selv
- Daglig livsførelse
- Mobilitet inkl. anvendelse af transportmidler og køreevne til bil

- Kommunikation inkl. læse, skrive, bruge telefon mv.
- Læring og anvendelse af viden
- Uddannelse
- Beskæftigelse
- Sociale relationer og fritidsliv

Omgivelsesmæssige faktorer

- Medicin
- Hjælpemidler og udstyr som er nødvendigt i forhold til genoptræningen og i hverdagen
- Netværk og relationer
- Boligforhold
- Behov for assistance i hverdagen

Bilag 3: Genoptræning og andre rehabiliteringsindsatser - eksempler

Denne oversigt tager udgangspunkt i gældende lovgivning samt vejledningen om kommunal rehabilitering og de indsatser, som beskrives der. Der kan i et rehabiliteringsforløb være behov for andre indsatser end de her nævnte.

Sundhedsområdet:

- Genoptræning
- Lægelig behandling
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Omsorgstandpleje
- Hjemmesygepleje
- Vederlagsfri fysioterapi
- Kommunal alkoholbehandling og lægelig behandling for stofmisbrug
- Specialtandpleje
- Hjælpemidler og behandlingsredskaber

Socialområdet:

- Rådgivning
- Personlig hjælp og pleje
- Hjælpe eller støtte til praktiske opgaver
- Afløsning eller aflastning
- Socialpædagogisk bistand
- Genoptræning og vedligeholdelsestræning
- Beskyttet beskæftigelse
- Aktivitet og samværstilbud
- Midlertidig botilbud
- Støtte til pårørende, herunder til eventuelle mindreårige børn

Beskæftigelsesområdet:

- Arbejdsfastholdelse af sygemeldte borgere

- Indsats for at sikre borgere med nedsat funktionsevne en tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder en tværfaglig indsats (beskæftigelses- samt social og sundhedsområdet) efter indstilling fra kommunens rehabiliteringsteam.
- Revalidering
- Sygedagpenge, ressourceforløbsydelse, flekslønstilskud, kontanthjælp og førtidspension

Uddannelses/Undervisningsområdet:

- Udredning af behov for kompenserende undervisning, og specialpædagogisk bistand
- Kompenserende undervisning
- Vejledning om uddannelse og erhverv

Andet:

- Fritidstilbud og dagtilbud
- Transportmulighed
- Tilbud om tabt arbejdsfortjeneste og tilbud om dækning af merudgifter, jf. § 100 Serviceloven.

Bilag 4: Vurdering af kapacitetsbehov

I dette bilag kommer Sundhedsstyrelsen med deres vurdering af behovet for fremtidig kapacitet i forhold til genoptræning og rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade. Data mm. omfatter både børn og voksne, men børn udgør en meget lille del af det samlede antal.

Det forventes, at indførelsen af de nye specialiseringsniveauer generelt vil fortsætte den udvikling, som allerede ses i dag, hvor mange kommuner udvikler genoptræningsindsatser på højt niveau, som varetages af fagpersoner med særlige kompetencer. Udviklingen af genoptræningsindsatser på avanceret niveau til patienter, hvor der ikke i dag er indsatser i kommunen på avanceret niveau, vil afhænge af kommunernes behov og prioritering og vil kunne aftales i sundhedsaftalen.

Kriterierne for specialiseret genoptræning på sygehus ændres ikke, og derfor vil de patienter, som i dag får en specialiseret genoptræningsplan, som udgangspunkt også fremover have behov for genoptræningsplan til genoptræning på specialiseret niveau. Efterhånden som kommunerne udvikler genoptræningsindsatser på avanceret niveau, forventes det dog, at andelen af genoptræningsplaner til specialiseret niveau falder.

De patienter, som i dag får en almen genoptræningsplan, vil fremover blive fordelt på genoptræning på basalt niveau, genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.

Nedenfor beskrives et estimat for fordelingen af antallet af genoptræningsplaner i forhold til patienter med erhvervet hjerneskade. Estimatet tager udgangspunkt i den afgrænsning af populationen, som er fastlagt i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af voksne hhv. børn og unge med erhvervet hjerneskade. Forløbsprogrammernes målgruppe omfatter alle patienter med diagnoser, hvor der er en mulighed for, at patienten har fået en erhvervet hjerneskade. Dette vil dog ikke altid være tilfældet, da nogle patienter bliver raske uden en hjerneskade.

Antal og fordeling af nuværende genoptræningsplaner til personer med erhvervet hjerneskade

Tabel 1 viser antallet af genoptræningsplaner udarbejdet til patienter med en aktionsdiagnose inden for forløbsprogrammernes patientpopulation.²⁶

²⁶ Diagnoser, der indgår i forløbsprogramspopulationen, fremgår af forløbsprogrammerne for rehabilitering af voksne hhv. børn og unge med erhvervet af hjerneskade samt af Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Tabel 1: Antallet af genoptræningsplaner med aktionsdiagnose på listen over diagnoser i forløbsprogramspopulationen, 2013

Sygdomsgrupper afgrænset som i forløbsprogrammet for erhvervet hjerneskade	Almen GOP		Specialiseret GOP		Ialt
	Antal	Andel (pct.)	Antal	Andel (pct.)	Antal
Apopleksi	3.123	98	54	2	3.177
Sequelae - apopleksi	485	98	11	2	496
TCI	329	99	3	1	332
Traumatisk hjerneskade	268	99	2	1	270
Subarachnoidalblødning	76	100	0	0	76
Primære tumores i centralnervesystemet - maligne	177	93	14	7	191
Primære tumores i centralnervesystemet - benigne	99	95	5	5	104
Infektion i centralnervesystemet	65	92	6	8	71
Encephalopati	93	82	20	18	113
Andre tilstande	6	100	0	0	6
Sequelae - andre hjerneskader	6	100	0	0	6
Ialt	4.727	98	115	2	4.842

Kilde: Landspatientregisteret

Der er i 2013 udarbejdet i alt 4.842 genoptræningsplaner inden for forløbsprogrammernes målgrupper. Der foreligger ikke data for, hvor stor en andel af genoptræningsplanerne der er udarbejdet med baggrund i en hjerneskade, eller hvor betydende hjerneskaden er, men det formodes, at de fleste har en hjerneskade i en eller anden grad.

En række patienter med apopleksi og muligvis også patienter med andre erhvervede hjerneskader registreres formentlig med en aktionsdiagnose inden for diagnosegruppen *DZ50 – Behandling med anvendelse af genoptræningsforanstaltninger*, ofte med apopleksi som bidiagnose. Patienter kan udskrives med flere bidiagnoser, og det er ikke muligt at fastlægge, hvilke bidiagnoser der er betydende i forhold til den funktionsevne, som patientens genoptræningsplan retter sig mod.

Tabel 2 viser antallet af genoptræningsplaner udarbejdet til patienter med en aktionsdiagnose inden for Z-gruppen, som samtidig har registreret mindst en bidiagnose inden for forløbsprogrammets diagnoser.

Tabel 2: Antallet af genoptræningsplaner med aktionsdiagnose inden for Z-gruppen og mindst én bidiagnose på listen over diagnoser i forløbsprogramspopulationen, 2013

Diagnosegrupper (ICD-10)		Almen GOP		Specialiseret GOP		Ialt
		Antal	pct.	Antal	pct.	Antal
DZ50	Behandling med anvendelse af genoptræningsforanstaltninger	4.537	98	67	2	4.604
DZ01-99, undtagen DZ50	Andre faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	120	98	6	2	126
DZ01-99	I alt	4.657	98	73	2	4.730

Kilde: Landspatientregisteret

Det fremgår, at der er udarbejdet i alt 4.730 genoptræningsplaner til denne gruppe. Det er dog ikke muligt umiddelbart at fastslå, hvor mange af disse patienter, som reelt har en erhvervet hjerneskade. Men formodentlig er tallet mindre end det angivne.

Det betyder, at der i 2013 maksimalt er udarbejdet 9.572 genoptræningsplaner til patienter med erhvervet hjerneskade. Heraf er 188 (svarende til 2 pct.) udarbejdet som specialiserede genoptræningsplaner.

Apopleksi udgør den største gruppe med 3.177 registrerede genoptræningsplaner. Derudover udgør apopleksi formentlig en stor del af de patienter, som får udarbejdet en genoptræningsplan med baggrund i en aktionsdiagnose inden for Z-området. Så skønsmæssigt udarbejdes der 6-7.000 genoptræningsplaner til patienter med apopleksi.

Data skal ses i lyset af, at Sundhedsstyrelsen i forløbsprogrammerne med baggrund i ovenstående population og indlæggelsesvarighed skønnede, at 18.000 personer ville have behov for genoptræning og rehabilitering pga. en erhvervet hjerneskade. Dette blev vurderet ud fra, at patienter, der havde været indlagt mere end 3 dage (apopleksi) hhv. 4 dage (anden erhvervet hjerneskade), havde behov for efterfølgende rehabilitering.

Det må dog antages, at de patienter, som har behov for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus, alle får en genoptræningsplan, hvorfor tallene for genoptræningsplaner må antages at give et mere reelt billede af behovet for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus.

Estimat af antal og fordeling af fremtidige genoptræningsplaner – erhvervet hjerneskade

Erfaringen fra de kommuner, som har registreret fordelingen af genoptrænings- og rehabiliteringsforløb til personer med erhvervet hjerneskade, er, at størstedelen af patienterne har behov for genoptræning og rehabilitering på avanceret niveau. I disse opgørelser varetages ca. 20-30 pct. af patienterne med på basalt niveau, 60-70 pct. på avanceret niveau og omkring 10 pct. på specialiseret niveau.

Det vurderes, at en fortsat udvikling af genoptrænings- og rehabiliteringstilbud på avanceret niveau til patienter med erhvervet hjerneskade i samarbejde med de specialiserede rehabiliteringsenheder på hjerneskadeområdet, vil reducere behovet for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Et forsigtigt skøn er, at omkring 5 pct. af den samlede målgruppe (ca. 350-450 patienter) vil have behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Dette tal skal ses i lyset af, at Sundhedsstyrelsen i forløbsprogrammerne estimerede, at knap 400 personer havde behov for hjerneskaderehabilitering under indlæggelse på højt specialiseret sygehusfunktion.

Behovet for genoptræningsplaner til genoptræning på specialiseret niveau vil formentlig være uændret, dvs. omkring 2 pct.