

Dato 29. maj 2014

Sagsnr. 4-1212-107/4

Øget faglighed i genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus

- Stratificeringsmodel, specialiseringsniveauer og krav til genoptræningsplaner

Indhold

1	Indledning	3
1.1	Baggrund	3
1.2	Formål	3
1.3	Lovgrundlag	4
1.4	Begreber	5
1.4.1	Funktionsevne	5
1.4.2	Genoptræning	5
1.4.3	Rehabilitering	5
2	Model for stratificering	7
2.1	Afgrænsning af patientgruppen	8
2.2	Populationsanalyse	8
2.3	Identificering af subpopulationer	9
3	Specialiseringsniveauer	10
3.1	Genoptræning på basalt niveau	11
3.2	Genoptræning på avanceret niveau	12
3.3	Genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau	13
3.3.1	Genoptræning på specialiseret niveau	13
3.3.2	Rehabilitering på specialiseret niveau	14
4	Visitationsretningslinjer	15
5	Genoptræningsplaner	16
5.1	Nuværende genoptræningsplaner	16
5.2	Forenkling af genoptræningsplaner	17
5.3	Indhold i fremtidige genoptræningsplaner	18
5.3.1	Tidspunkt for start af genoptræningsforløb	19
5.4	Udvidede genoptræningsplaner	19
5.5	Systematisk og ensartet beskrivelse af funktionsevne og indberetning til LPR	20
	Bilag 1: ICF's komponenter af funktionsevne	21
	Bilag 2: Krav til indhold af genoptræningsplanen	22

1 Indledning

1.1 Baggrund

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

Som følge heraf skal Sundhedsstyrelsen, i samarbejde med blandt andre KL og Danske Regioner, udarbejde en generisk model for stratificering af patienter med behov for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning samt fastlægge krav til indhold i genoptræningsplaner. Stratificering af en patientgruppe skal understøtte en målrettet, faglig vurdering af patienternes behov for genoptræning og rehabilitering, relevant henvisning samt høj faglig kvalitet i indsatsen, herunder en målretning af patienternes genoptræningsplaner.

Intentionen er blandt andet, at genoptræningsplanen skal forenkles for de patienter, der har enkle genoptræningsbehov. For patienter med særligt komplekse og omfattende problemstillinger udvides genoptræningsplanen, så sygehuset - udover at beskrive relevante helbredsforhold og funktionsevne – får mulighed for at beskrive patientens samlede rehabiliteringsbehov.

Derudover skal sygehuset i genoptræningsplanen kunne fastsætte et tidspunkt for, hvornår genoptræning og rehabilitering skal begynde, hvis der foreligger et sundhedsfagligt begrundet behov for at iværksætte genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen på et fastlagt tidspunkt,.

Sundhedsstyrelsen skal endvidere komme med anbefalinger til justering af de nuværende kriterier for visitation til specialiseret ambulante genoptræning, ligesom der fastlægges specialiseringsniveauer for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus.

1.2 Formål

Formålet med nærværende notat er at levere et fagligt oplæg, som skal indgå i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses revision af Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og frit valg af genoptræningssted² samt revision af Vejledning om træning i kommuner og regioner³.

Derudover skal notatet danne grundlag for Sundhedsstyrelsens efterfølgende udarbejdelse af visitationsretningslinjer i forhold til mennesker med erhvervet hjerneskade, samt udarbejdelse af sundhedsfaglige kriterier i forhold til specialiseret rehabiliteringsindsats til personer med erhvervet hjerneskade.

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

² Bekendtgørelse nr 1266 af 05/12/2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivning fra sygehus, Ministeriet for sundhed og forebyggelse

³ Vejledning nr. 110 af 01/12/2009 om træning i kommuner og regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Indenrigs- og Socialministeriet

1.3 Lovgrundlag

Genoptræning efter udskrivning fra sygehus⁴ er et kommunalt myndigheds- og finansieringsansvar⁵. Genoptræningsydelser skal dog leveres af det regionale sygehusvæsen, hvis patienten har behov for specialiseret, ambulans genoptræning.

Ved udskrivning fra sygehus skal der jf. sundhedsloven udarbejdes en genoptræningsplan, hvis det vurderes, at patienten har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning⁶. De nærmere bestemmelser vedrørende dette fastlægges i bekendtgørelse og vejledning fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse jf. ovenfor.

Rehabilitering nævnes ikke som en særlig opgave eller et særligt ansvarsområde i lovgivningen på sundhedsområdet, socialområdet, beskæftigelsesområdet eller undervisningsområdet. Det fremgår imidlertid af Vejledning om kommunal rehabilitering⁷, at en række ydelser og tilbud efter gældende lovgivning inden for de fire ressortområder kan indgå som indsatser i kommunale rehabiliteringsforløb. Kommunerne har ansvaret for alle indsatser med et rehabiliterende sigte efter både den sociale lovgivning, lovgivningen på beskæftigelsesområdet og lovgivningen på undervisningsområdet. Også på sundhedsområdet er ansvaret primært placeret i kommunerne, men her har regionerne – sygehuse og praksissektor – tillige et ansvar for indsatser med et rehabiliterende sigte. Det giver kommunerne mulighed for at tilrettelægge sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af lovgivning.

Genoptræning og rehabilitering indgår som et obligatorisk indsatsområde i sundhedsaftalen for 2015 – 2018⁸. Det fremgår af vejledningen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler⁹, at det overordnede formål med indsatsområdet er, at borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk eller psykisk sygdom ved behov for genoptræning og/eller rehabilitering tilbydes et sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet. For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om blandt andet genoptræning eller anden rehabilitering ved udskrivning fra sygehus til borgere med nedsat funktionsevne og et sundhedsfagligt behov for genoptræning.

⁴ Udskrivning fra sygehus defineres i Vejledning om træning i kommuner og regioner (2009), som afslutning af sygehuskontakt, dvs. 1) når patienten er færdigbehandlet, 2) når patienten viderevisiteres til udredning eller behandling i et ambulatorium eller dagafsnit, 3) når patienten er færdigbehandlet, men går til ambulans kontrol på sygehuset, 4) når patienten forlader sygehuset men fortsat modtager udredning, behandling, pleje eller kontrol i eget hjem ved udgående teams fra sygehusvæsenet

⁵ Sundhedsloven, § 140

⁶ Sundhedsloven, § 84

⁷ Vejledning nr. 9439 af 13/07/2011 om kommunal rehabilitering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet

⁸ Bekendtgørelse nr. 1569 af 16/12/2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

⁹ Vejledning nr. 9005 af 20/12/2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

1.4 Begreber

1.4.1 Funktionsevne

Begrebet *funktionsevne* anvendes i henhold til WHO's *Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*¹⁰, herefter kaldet ICF-klassifikationen.

ICF-klassifikationen er baseret på WHO's bio-psyko-sociale begrebsmodel og har til formål at give en samlet begrebsramme og en systematisk terminologi om helbredsrelateret funktionsevne.

Funktionsevnen omfatter tre komponenter: Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelserfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige forhold.

1.4.2 Genoptræning

Genoptræning efter sundhedsloven og serviceloven defineres som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt (Vejledning om træning i kommuner og regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Indenrigs- og Socialministeriet, december 2009)

Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter (se bilag 1), dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til fx bevægeapparatet, mentale funktioner, sanser m.fl. samt træning af aktivitetsbegrænsninger i relation til fx bevægelse og færden, omsorg for sig selv, kommunikation m.v.

I sundhedsloven omfatter *genoptræning* indsatser, som primært varetages af autoriserede sundhedspersoner.

I dette notat anvendes *genoptræning* jf. definitionen i Vejledningen om træning i kommuner og regioner (2009) ligesom formålet med genoptræning følger indholdet i samme vejledning. Genoptræning er en del af den samlede rehabilitering på linje med andre ydelser og indsatser, der sigter på at forbedre eller vedligeholde funktionsevnen.

1.4.3 Rehabilitering

Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund (WHO 2011, Sundhedsstyrelsens oversættelse)¹¹:

¹⁰ ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand, ©WHO, Sundhedsstyrelsen og Munksgaard, Danmark, 2003

¹¹ World Report on Disability, 2011, World Health Organization & The World Bank, ©WHO, 2011

Rehabilitering omfatter genoptræning og andre indsatser rettet mod patientens funktionsevne, herunder psykosociale indsatser, patientuddannelse, støttende og kompenserende indsatser m.fl., samt indsatser rettet mod uddannelse og beskæftigelse¹². Behandling kan indgå som en del af rehabiliteringen.

Internationalt anvendes *rehabilitering* som generisk term om alle indsatser, som har til formål at bedre og vedligeholde funktionsevnen. Indsatserne kan have et relativt snævert fokus og rettes mod afgrænsede områder, men kan også omfatte bredere, helhedsorienterede indsatser, som kræver særlige professioner eller særlig organisering.

I dette notat anvendes *rehabilitering* som det anvendes i Vejledning om kommunal rehabilitering, dvs. som målrettede og tidsbestemte forløb af koordinerede ydelser og tilbud på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, som har til formål, at borgeren erhverver samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne, så borgeren kan leve et så selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv som muligt.

¹² Vejledning 9439 af 13/07/2011 om kommunal rehabilitering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet

2 Model for stratificering

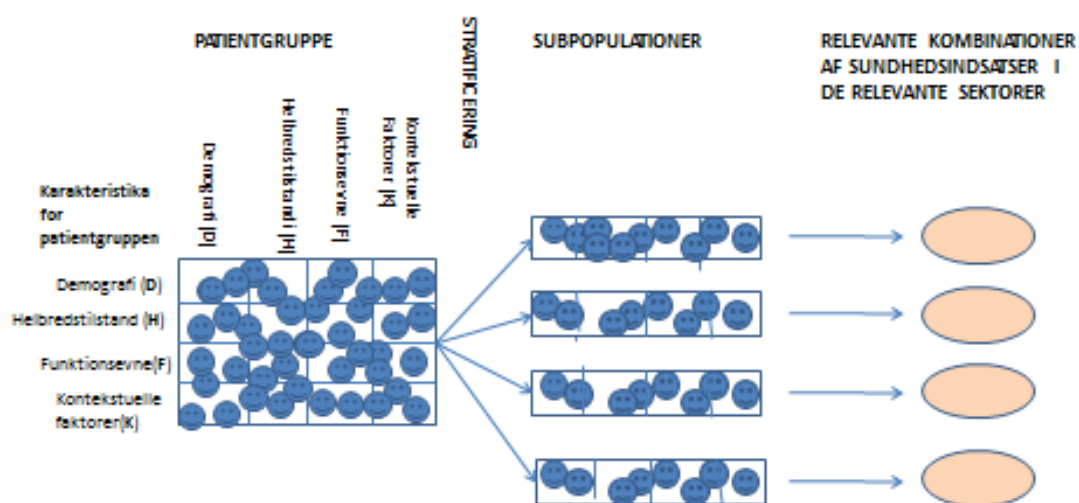
I forbindelse med udarbejdelsen af en stratificeringsmodel har Sundhedsstyrelsen valgt at lægge sig op af den forståelse af begrebet stratificering, som Sundhedsstyrelsen har benyttet i *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model*. Her fremgår det blandt andet, at der med stratificering¹³ foretages en nærmere beskrivelse og analyse af en afgrænset patientgruppe.

Formålet med stratificering er at skabe et grundlag for at analysere, vurdere, aftale og planlægge sundhedsvæsenets indsatser med henblik på at kunne tilbyde fagligt relevante sundhedsindsatser, som svarer til patientgruppens behov under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse ud fra et samfundsperspektiv. Endvidere er stratificeringsmodellen udgangspunkt for udarbejdelsen af visitationsretningslinjer for konkrete patientgrupper.

Stratificering er en overordnet betegnelse, der består af en populationsanalyse og en udkrystallisering af subgrupper og relaterer sig til relevante kombinationer af sundhedsindsatser. I dette notat vil dette være forskellige specialiseringsniveauer. Nedenstående figur 1 illustrerer stratificeringsprocessen.

Stratificering foretages på populationsniveau og tager udgangspunkt i en afgrænsning og en analyse af en patientgruppe. Stratificeringen vil dermed kunne belyse subpopulationers volumen og karakteristika til brug for den konkrete dimensionering af behovet for kapacitet på konkrete specialiseringsniveauer.

Figur 1.



¹³ I Gyldendals "Den Store Danske" er 'stratificere' defineret som (af fr. i latiniseret form, fra stratum lag + -ficere), anbringe i lag; opbygge lagvis, www.denstoredanske.dk

2.1 Afgrænsning af patientgruppen

Stratificering tager som ovenfor anført udgangspunkt i en afgrænset patientgruppe og foregår på populationsniveau. Afgrænsningen kan ske i form af fx diagnosegrupper eller specifikke problemstillinger. Indledningsvis skal det således fastlægges, hvilke diagnoser eller problemstillinger der indgår i den patientgruppe, man ønsker at stratificere.

Dette notat tager overordnet udgangspunkt i gruppen af patienter, der skal have en genoptræningsplan efter udskrivning fra sygehus. I forbindelse med udarbejdelse af fx en visitationsretningslinje kan det være relevant at afgrænse patientgruppen til specifikke diagnosegrupper.

Afgrænsningen baseres derudover på:

Inklusionskriterier:

Patienter - uanset alder - der ved udskrivning fra sygehus:

- har helbredsrelateret funktionsevnededsættelse relateret til den aktuelle sygehuskontakt med behov for professionelle genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser

Eksklusionskriterier:

Patienter - uanset alder - der ved udskrivning fra sygehus:

- ikke har funktionsevnededsættelse relateret til den aktuelle sygehuskontakt
- har funktionsevnededsættelse, som ikke kræver professionelle genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser
- ikke aktuelt vurderes at have potentiale for genoptræning og rehabilitering

2.2 Populationsanalyse

Populationsanalysen foretages dernæst med udgangspunkt i demografi, helbredstilstand¹⁴, funktionsevne og kontekstuelle faktorer med henblik på at estimere omfang og karakter af patientgruppens behov for genoptræning og rehabilitering. Disse parametre udgør grundlaget for en samlet vurdering af patientgruppens problemstillinger og behov for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser.

Data om patientgruppen til brug for vurdering af patientgruppens og subpopulationers størrelse og behov for indsatser kan tilvejebringes fra en række datakilder som fx Landspatientregisteret, kliniske kvalitetsdatabaser, indenlandske og udenlandske epidemiologiske opgørelser, forskning m.m. Generelt er datagrundlaget dog begrænset på dette område.

Demografiske forhold kan belyses med epidemiologiske data, herunder oplysninger om incidens og prævalens, køn, alder, geografisk spredning samt socioøkonomiske data, i det omfang disse data er relevante for estimering af patientgruppens genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

¹⁴ Helbredstilstand er sygdomme og defineret i Den Internationale Sygdomsklassifikation ICD-10 for sygehuse og speciallægepraksis

Patientgruppens **helbredstilstand** og eventuelle andre helbredsrelaterede problemstillinger kan belyses med registerdata fx fra Landspatientregisteret, kliniske databaser og videnskabelig litteratur. Generel viden om sygdommes karakter og forløb, komorbiditet, prognose samt sygdomsspecifikke funktionsevnenedsættelser kan desuden bidrage til belysning af patientgruppens størrelse og genoptrænings- og rehabiliteringsbehov. Derudover kan data om indlæggelsers antal og varighed samt om interventioner i sundhedsvæsenet tillige bidrage til estimatet.

Patientgruppens helbredsrelaterede **funktionsevne** i forhold til *kroppens funktioner og anatomi, aktivitet og deltagelse*, herunder typiske funktionsevnenedsættelser i patientgruppen, deres sværhedsgrad samt kombinationen af fx funktionsevnenedsættelser og aktivitetsbegrænsninger kan belyses i den videnskabelige litteratur, eksisterende forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer. Både omfang og særlige kombinationer af funktionsevnenedsættelser samt sværhedsgraden/alvorligheden af disse, har betydning for vurdering af behovet for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser og dermed for stratificeringen.

Kontekstuelle faktorer omfatter *omgivelsesmæssige og personlige* faktorer af betydning for funktionsevnen, som kan have betydning for patientgruppens behov for genoptræning og rehabilitering. Kontekstuelle faktorer relaterer sig til funktionsevnenedsættelser og kan vurderes som ressourcer eller begrænsninger fra fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser. I populationsanalysen kan alder og køn endvidere have betydning for, hvordan kontekstuelle faktorer får betydning for behovet for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser.

2.3 Identificering af subpopulationer

På baggrund af populationsanalysen opdeles patientgruppen i subpopulationer. I forhold til patienter, som har et genoptrænings- og rehabiliteringsbehov efter afslutning af sygehuskontakt, opdeles patientgruppen i tre subpopulationer, som relaterer sig til tre niveauer:

- Patienter med behov for genoptræning på basalt niveau.
- Patienter med behov for genoptræning på avanceret niveau.
- Patienter med behov for genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau.

3 Specialiseringsniveauer

Tilrettelæggelsen af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser sker i overensstemmelse med LEON-princippet (laveste effektive omsorgs- og behandlingsniveau), således at indsatser tilbydes under hensyntagen til både kvalitet og en god ressourceudnyttelse. I tilrettelæggelsen tages der hensyn til patientgruppens funktionsevnedesættelser, på hvilket niveau genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen skal foregå samt til de ressourcer (fx faglige kompetencer, teknologi og udstyr), som er nødvendige.

Fastsættelsen af de konkrete specialiseringsniveauer baseres på overvejelser omkring forekomst, ressourcer og kompleksitet i organiseringen:

- **Forekomst** af antallet af patienter med samme problemstillinger i forhold til funktionsevne samt genoptrænings- og rehabiliteringsbehov. Generelt gælder det, at jo højere forekomst på landsplan, desto bedre grundlag er der for større geografisk/institutionel spredning af den pågældende indsats.
- I vurderingen af **ressourceforbrug** indgår overvejelser om samfundsøkonomiske, driftsøkonomiske og personalemæssige forhold, herunder behov for særlige **kompetencer** hos de professionelle samt behov for særligt **udstyr**¹⁵. Generelt gælder det, at jo mindre ressourcebehov pr. leveret indsats, desto bedre grundlag for geografisk/institutionel spredning af den pågældende indsats.
- **Kompleksitet i organiseringen** vurderes ud fra, hvor vanskelig fx teknisk eller vurderingsmæssigt en indsats er, behovet for multidisciplinært samarbejde samt behovet for koordinering og timing på tværs af professioner, fagområder, forvaltninger og sektorer. Generelt gælder det, at jo lavere kompleksitet, der er i organiseringen af en indsats, desto bedre grundlag for geografisk/institutionel spredning af den pågældende indsats.

Sundhedsstyrelsen tager i dette notat udgangspunkt i tre niveauer – *basalt, avanceret og specialiseret niveau* - som blev introduceret i forløbsprogrammerne for hjerneskaderehabilitering^{16,17}.

Disse niveauer bygger på det generelle princip om, at 'øvelse gør mester'. Det betyder, at der forudsættes et vist befolkningsgrundlag for at opretholde tilstrækkelige kompetencer i og erfaring med genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser til specifikke patientgrupper og/eller problemstillinger. Derfor vil mange kommuner have behov for at etablere samarbejde med en eller flere kommuner med henblik på at etablere indsatser på avanceret niveau, samt samarbejde med det specialiserede niveau, for at kunne tilbyde genoptræning og rehabilitering på alle niveauer.

Patientgrundlaget (forekomsten) vil som regel være faldende i takt med stigende specialiseringsgrad. Der kan dog også være patientgrupper, hvor størstedelen af indsatserne for patientgruppen skal varetagges på avanceret niveau.

¹⁵ Udstyr kan fx være udstyr til undersøgelser eller til gennemførelse af genoptræningen og rehabilitering, samt hjælpemidler

¹⁶ Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen 2011

¹⁷ Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen 2011

På alle niveauer kan der være behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser, for at patienten kan opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne. Behovet for andre rehabiliteringsindsatser kan medføre øget kompleksitet i organiseringen og dermed nødvendiggøre, at indsatsen leveres på højere specialiseringsniveau.

På alle niveauer kan der være behov for, at indsatserne tilbydes i både ambulante og døgnregi, ligesom der kan være behov for intensive/langvarige indsatser. Behovet for intensitet i indsatserne eller behov for døgntilbud medfører ikke nødvendigvis øget specialisering.

Nogle patienter kan af patientsikkerhedsmæssige årsager have behov for, at indsatsen leveres på sygehus, så der er adgang til akut lægelig behandling. Andre kan have behov for, at indsatsen leveres i særlige skærmede miljøer.

3.1 Genoptræning på basalt niveau

Genoptræning på basalt niveau varetages indenfor rammerne af kommunens sædvanlige tilbud og samarbejde.

Mange patienter på basalt niveau vil alene have behov for genoptræningsindsatser. En del patienter vil dog have behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser med henblik på at opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne.

Forekomsten af patienter med samme problemstillinger er stor, således at alle kommuner kan opnå og vedligeholde en høj faglig kvalitet i indsatserne. Hvis forekomsten er lav, men der ikke stilles særlige krav til organisering og kompetencer, kan indsatsen også varetages på basalt niveau.

Indsatserne varetages af få faggrupper, primært ergoterapeuter og fysioterapeuter samt sygeplejersker og andet plejepersonale med *kompetencer* svarende til grunduddannelse samt relevant efteruddannelse. Fagpersonerne kan udføre relevante faglige indsatser til flere patientgrupper på baggrund af generelle kompetencer inden for fagområdet.

Det *udstyr*, der eventuelt anvendes, er almindeligt forekommende hjælpemidler og andet udstyr, som ikke kræver særlige kompetencer at anvende.

Opgaverne kan løses i sædvanlige strukturer fx som monofaglige eller eventuelt flerfaglige indsatser og uden særlige krav til organisering, koordinering og samarbejde.

Patienter med behov for genoptræning på basalt niveau har fx:

- enkle og afgrænsede problemstillinger i forhold til helbredsrelateret funktionsevne, specifikt ingen betydende kognitive funktionsnedsættelser
- medicinske problemstillinger, som kan håndteres i almen praksis i samarbejde med hjemme-sygeplejen og/eller i ambulante regi på sygehus
- et behandlingsforløb på sygehuset uden komplikationer, der har betydning for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne
- behov for faglige indsatser, som kan være fastlagte i faste procedurer/regimer eller være beskrevet i faglige forløbsbeskrivelser for genoptrænings- og rehabiliteringsforløbet

3.2 Genoptræning på avanceret niveau

Genoptræning på avanceret niveau varetages i kommunale enheder, som kan være murstensløse eller matrikelfaste, eventuelt med udgående funktioner. De kommunale enheder samarbejder med sygehuse eller særlige rehabiliteringsenheder på specialiseret niveau.

Nogle patienter på avanceret niveau har alene behov for genoptræningsindsatser, men mange patienter vil have behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser med henblik på at opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne.

Der er en moderat *forekomst* af patienter med samme problemstillinger, således at de fleste kommuner på grund af deres størrelse vil have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde for at opnå og vedligeholde høj faglig kvalitet i indsatserne.

Indsatserne varetages i et tværfagligt regi af fagpersoner med særlige kompetencer inden for fagområdet, dvs. grunduddannelse med efteruddannelse på højt niveau. Fagpersonerne arbejder primært med opgaver i forhold til den konkrete patientgruppe. Der indgår faggrupper, som ikke er tilgængelige på basalt niveau, fx audiologopæder, neuropsykologer og bandagister, og der kan herudover inddrages eksterne fagpersoner med særlige kompetencer til løsning af specifikke opgaver.

Der kan være behov for særligt *udstyr*, som kræver særlige kompetencer at anvende, eksempelvis udstyr, der kræver særlig tilpasning eller er specialfremstillet. Herudover kan der være tale om udstyr som anvendes i genoptræningsøjemed, som er kostbart, og som ikke er tilgængeligt på basalt niveau.

Opgavernes karakter og behovet for faglige kompetencer samt tilrettelæggelsen af indsatserne stiller krav til *organiseringen* i form af koordinering af tværfaglige, tværforvaltningsmæssige og eventuelt tværsektorielle indsatser.

Der er i relevant omfang samarbejde med specialiseret niveau - både sygehus og særlige rehabiliteringsenheder - med henblik på supervision og rådgivning i forhold til konkrete patientforløb og i forhold til udvikling og fastholdelse af den faglige kvalitet. Der kan være deltagelse i forskningsaktiviteter.

Patienter med behov for genoptræning på avanceret niveau har fx:

- funktionsevnenedsættelser som enkeltvis kan være ukomplicerede, men som i kombination og sværhedsgrad stiller særlige krav til tilrettelæggelsen af de faglige indsatser, fx betydende mentale funktionsevnenedsættelser, som påvirker forløbet og eventuelt det resultat, der kan forventes
- funktionsevnenedsættelser, som har betydning for flere livsområder, fx i forhold til familie, arbejde og relationer, og som kræver samtidig indsats fra flere faggrupper
- omfattende funktionsevnenedsættelser af moderat sværhedsgrad, hvor der er behov for samtidig træning og kompenserende indsatser
- funktionsevnenedsættelser med varige konsekvenser for fremtidige muligheder i forhold til aktivitet og deltagelse, og som eventuelt kræver langvarige indsatser af flere faggrupper og andre med særlige kompetencer i forhold til den specifikke problemstilling
- omfattende funktionsevnenedsættelser som følge af kompliceret og langvarigt behandlingsforløb på sygehus

- medicinske problemstillinger, som kan håndteres i almen praksis i samarbejde med hjemme-sygeplejen og/eller i ambulante regi på sygehus

3.3 Genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau

Genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau varetages på sygehus eller på særlige rehabiliteringsenheder på eller uden for sygehus

Der er en lille *forekomst* af patienter med samme problemstillinger, hvorfor indsatsen må samles på få enheder for at opnå og vedligeholde høj kvalitet i indsatserne. For nogle patientgrupper kan der, når det gælder meget sjældne og vanskelige problemstillinger, være tale om enheder ét eller to steder i landet.

Indsatserne varetages af fagpersoner, som udover grunduddannelse har opnået specialiseret viden og *kompetencer* på højt niveau indenfor deres fagområde samt gennemgået relevant efteruddannelse/videreuddannelse. Fagpersonerne beskæftiger sig kun med det specifikke relevante fagområde/den specifikke patientgruppe og modtager fast og hyppig supervision samt løbende kompetenceudvikling. Der kan være involveret fagpersoner med særlige kompetencer inden for specifikke områder, eller som ikke er tilgængelige andre steder¹⁸.

Der kan være behov for særligt kostbart *udstyr* til undersøgelser og interventioner til særlige problemstillinger, som kan kræve særlige kompetencer at anvende.

Indsatserne *organiseres* som samlede, multidisciplinære, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordination af den specialiserede indsats er afgørende.

Det specialiserede niveau udfører forskningsaktiviteter og bidrager til fortsat udvikling af faglig kvalitet på alle niveauer. Derudover bistår det specialiserede niveau med supervision og rådgivning i konkrete patientforløb til øvrige niveauer efter behov.

Indsatser på sygehus varetages som hovedfunktion, regionsfunktion eller højt specialiseret funktion jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledninger.

3.3.1 Genoptræning på specialiseret niveau

Genoptræning på specialiseret niveau varetages på sygehus.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser på specialiseret niveau. Eventuelle andre rehabiliteringsindsatser kan varetages inden for kommunens sædvanlige tilbud.

Indsatserne varetages af autoriserede sundhedspersoner i et tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau.

¹⁸ Fx specialoptikere, synskonsulenter, specialpædagogisk ekspertise, teknisk ekspertise i forhold til avanceret kommunikationsudstyr og specialfremstillede/-tilpassede avancerede og sjældne hjælpemidler

Patienter med behov for genoptræning på specialiseret niveau har fx:

- komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnededsættelser, som eventuelt sammen med helbredsforhold kræver særlige faglige kompetencer hos bestemte faggrupper og med særlige krav til timing og organisering
- medicinske problemstillinger, som varetages af sygehuset, og hvor der er behov for tæt koordinering mellem genoptræningsindsatser og lægelig behandling på speciallægeniveau
- medicinske problemstillinger som af hensyn til patientens sikkerhed kræver, at genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen leveres på sygehus, så der er adgang til akut lægelig behandling, eller at den foregår i særlige skærmede miljøer

3.3.2 Rehabilitering på specialiseret niveau

Rehabilitering på specialiseret niveau varetages i *særlige rehabiliteringsenheder på sygehus eller uden for sygehus*. De særlige rehabiliteringsenheder er oftest målrettet specifikke patientgrupper.

Patienterne har behov for både genoptræningsindsatser og andre rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau.

Indsatserne varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre faggrupper i et tæt tværfagligt samarbejde på specialiseret niveau.

Patienter med behov for genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau har fx:

- komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnededsættelser, som eventuelt sammen med sygdomsforhold kræver særlige faglige kompetencer hos bestemte faggrupper og med særlige krav til timing og organisering
- betydelige og omfattende mentale funktionsnedsættelser, som har væsentlig betydning for alle livsområder
- omfattende, alvorlige og varige funktionsevnededsættelser fx multitraumer, rygmarvsskader, svære hjerneskader, samt svære og sjældne deformiteter
- meget sjældne funktionsevnededsættelser, hvor indsatsen samles i ét eller to centre¹⁹

¹⁹ fx Center for Døvblindhed og Høretab, Øjenklinikken på Kennedyinstituttet

4 Visitationsretningslinjer

Med afsæt i stratificeringen kan der udarbejdes visitationsretningslinjer til afgrænsede patientgrupper²⁰, som anvendes i den konkrete visitation af patienter til genoptræning og rehabilitering på et bestemt niveau. Visitationsretningslinjerne understøtter, at fagpersoner i den kliniske praksis kan vurdere og visitere patienter til det relevante specialiseringsniveau. Retningslinjerne fastsættes altid specifikt i henhold til en konkret patientgruppe.

Fastlæggelse af visitationsretningslinjer forudsætter identifikation af relevante subpopulationer, der har behov for faglige indsatser på de enkelte niveauer jf. afsnit 2.3.

Visitationsretningslinjer beskriver blandt andet:

- bestemte funktionsevnededsættelser, der kræver visitation til et bestemt specialiseringsniveau
- grad, omfang og karakter af funktionsevnededsættelse, (fx graden af mentale funktionsevnededsættelser), der kræver særlige kompetencer og specialisering
- forhold vedrørende helbredstilstand, der har betydning for specialiseringsniveauet (fx om helbredsforhold kan håndteres i almen praksis)
- kontekstuelle og individuelle faktorer, der har betydning for relevant specialisering (tilknytning til forældre/hjemmet, sociale relationer, mestringssevne, motivation mv.)
- krav til den tværfaglige, tværførelsmæssige og tværsektorielle organisering
- behov for opfølgning og/eller fornyet udredning

Visitationsretningslinjer for bestemte patientgrupper kan i relevant omfang udarbejdes i regi af sundhedsaftalerne. 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”. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis visitationsretningslinjerne på tværs af regionerne i høj grad er ens, men der kan være behov for regional variation afhængig af lokale ønsker og behov.

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

Der vil i forhold til de fleste patientgrupper være behov for tilbud om indsatser på både basalt, avanceret og specialiseret niveau. Der skal derudover være fokus på patienter, der ikke får identificeret deres funktionsevnededsættelse i forbindelse med udskrivning fra sygehus, men som senere får et genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov. Dette udgør i særlig grad et problem i forhold til patienter med mentale funktionsnedsættelser som følge af sygdom.

Derudover skal der være fokus på, at børn og unge med behov for genoptræning og rehabilitering samtidig skal have understøttet deres almindelige udvikling bedst muligt.

²⁰ Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2014 med udgangspunkt i denne stratificeringsmodel en visitationsretningslinje for personer med erhvervet hjerneskade

5 Genoptræningsplaner

En genoptræningsplan er formelt en lægelig henvisning fra sygehuset til kommunen eller til en anden sygehusafdeling efter udskrivning fra sygehus.

I det følgende beskrives de nuværende krav til genoptræningsplaner og Sundhedsstyrelsens anbefalinger til fremtidige krav til indhold af genoptræningsplaner. Udgangspunktet er som nævnt indledningsvist at forenkle genoptræningsplanerne i de tilfælde, hvor det er muligt. Derudover at muliggøre, at genoptræningsplanerne kan rumme detaljeret og relevant information om patienten i det omfang, det er nødvendigt - specielt i forhold til patienter med omfattende og komplekse rehabiliteringsbehov.

5.1 Nuværende genoptræningsplaner

Sundhedslovens § 84 fastlægger, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et *lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus*. Bestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Pligten til at tage stilling til patienters behov for genoptræning og at udarbejde genoptræningsplaner omfatter offentlige sygehuse samt private sygehuse, der udfører offentligt finansieret sygehusbehandling, herunder visse af de foreningsejede specialsygehuse i henhold til sundhedslovens § 79.2²¹.

Herudover gælder overordnet autorisationslovens bestemmelser om sundhedspersoners pligter, herunder pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed samt Sundhedsstyrelsens journalføringsbekendtgørelse²².

Formålet med genoptræningsplanen er at sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb for patienterne. Genoptræningsplanen sikrer relevant information til de sundhedspersoner i kommunen, på sygehus eller på særlige rehabiliteringsenheder, der skal udføre genoptræningsindsatsen samt sikre information til patienten og patientens praktiserende læge. Genoptræningsplanen fungerer således som en *lægelig henvisning* af den enkelte patient til genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

De nuværende krav omfatter blandt andet:

- at patienten giver sit informerede samtykke jf. sundhedslovens kapitel 5
- at patienten kan afslå tilbuddet om at få udarbejdet en genoptræningsplan, og det påhviler den ansvarlige sundhedsperson at oplyse patienten om eventuelle konsekvenser af dette samt at dette journalføres
- at genoptræningsplanen er en individuel skriftlig plan jf. bekendtgørelsen om genoptræningsplaner

²¹ Disse specialsygehuse er: Sclerosehospitalerne i Ry og Haslev, PTU's Rehabiliteringscenter, Center for Sundhed og Træning i Aarhus, Middelfart og Skælskør, Rehabiliteringscenter for Muskelsvind, Vejle fjord samt Center for Hjerneskeade

²² Bekendtgørelse nr. 3 af 02/03/2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse)

- at genoptræningsplanen udleveres til patienten og sendes til hjemkommunen/sygehuset samt til den praktiserende læge
- at genoptræningsplanen som minimum indeholder følgende beskrivelser af patientens funktionsevne og genoptræningsbehov:
- beskrivelse af patientens vanlige funktionsevne umiddelbart forud for den aktuelle sygehusbehandling, herunder beskrivelse af patientens vanlige funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse
- beskrivelse af patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet, herunder af patientens aktuelle funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse, der inddrager såvel patientens ressourcer som begrænsninger
- beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet med en præcisering af, hvilke(n) funktionsnedsættelse(r) samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsning indsatsen skal rette sig imod
- at genoptræningsplanen angiver det seneste tidspunkt for kommunens første kontakt til patienten
- at genoptræningsplanen angiver, om patienten har behov for specialiseret genoptræning, som skal foregå på sygehus
- at genoptræningsplanen indeholder oplysninger om, hvordan bopælsregionen og hjemkommunen kontaktes og om patientens valg af genoptræningstilbud

5.2 Forenkling af genoptræningsplaner

Genoptræningsplanerne skal forenkles i det omfang, det er muligt. Der er i den forbindelse behov for at se på forenkling dels af kravene til genoptræningsplanens indhold, dels af den teknologiske understøttelse i forbindelse med udarbejdelse og oversendelse af planerne.

Uanset behovet for at forenkle procedurerne i forbindelse med udarbejdelse af genoptræningsplanerne, skal genoptræningsplanen opfylde de lovgivningsmæssige krav og indeholde den nødvendige og tilstrækkelige information til, at de sundhedspersoner, som modtager genoptræningsplanen, kan sikre en genoptræningsindsats af høj kvalitet. I den forbindelse er det vigtigt at bemærke, at kommunens medarbejdere ikke har adgang til patientens lægejournal eller andre oplysninger om patientens behandling.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at proceduren med at udarbejde genoptræningsplanen kan forenkles ved:

- at ”beskrivelse af patientens vanlige funktionsevne indenfor områderne kropsfunktion, aktivitet og deltagelse forud for den aktuelle sygehusbehandling” udgår
- at kravet om at angive tidspunktet for, hvornår patientens hjemkommune skal kontakte patienten, udgår
- at rådgivning om patientens frie valg af genoptræningssted overdrages til kommunen, medmindre der er tale om specialiseret genoptræning i sygehusvæsenet, hvor rådgivningen fortsat varetages af regionen
- at patienter med enkle og afgrænsede behov for genoptræning ikke skal have foretaget en systematisk udredning af funktionsevnen på sygehuset, men at dette varetages af den/de

ansvarlige terapeuter, som varetager genoptræningsindsatsen i kommunen. ”Enkle og afgrænsede behov for genoptræning” afgrænses til forløb på basalt niveau, hvor der ikke er komplicerende faktorer i selve behandlingsforløbet på sygehuset, eller hvor der ikke vurderes at være særlige komplicerende faktorer ift. genoptræningsindsatsen

- at den nuværende kategori ”egen træning” udgår. Denne type genoptræningsplaner anvendes kun i meget begrænset omfang i dag, og derudover er de nuværende kriterier for ”egen træning” ikke fagligt relevante. Patienter, som vurderes at kunne varetage træningsindsatsen på egen hånd, skal fortsat instrueres heri
- at der ikke stilles krav om, at genoptræningsplanen skal indeholde procedurekoder for den behandling, som er foregået på sygehuset
- at genoptræningsplanen suppleres med links til kliniske retningslinjer, forløbsbeskrivelser og andre relevante vejledninger, som der kan henvises til

Herudover vurderes der at være et væsentligt potentiale for forenkling med hensigtsmæssig teknisk understøttelse i it-systemernes funktionalitet. Især er der peget på uhensigtsmæssige begrænsninger i feltstørrelser, muligheden for at vedhæfte relevante dokumenter som fx operationsbeskrivelser og funktionsevnevurderinger samt automatisk indhentning af stamoplysninger. Bidrag vedrørende de tekniske forhold, som Sundhedsstyrelsen har modtaget i forbindelse med udarbejdelsen af dette notat, leveres til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med henblik på varetagelse i den videre proces.

Det skal bemærkes, at der i forhold til potentialet for henholdsvis forenkling og udvidelse af genoptræningsplanerne forudsættes implementering af nye datastandarder og kravsspecifikationer i regionernes og kommunernes it-systemer.

5.3 Indhold i fremtidige genoptræningsplaner

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at genoptræningsplanen overordnet bør være et fleksibelt og dynamisk dokument, som baseres på en national, generisk standard, der kan foldes ud afhængigt af den konkrete patients problemstillinger. Hensigten er, at de områder, som der er behov for at beskrive, kan beskrives ensartet og systematisk og med den nødvendige detaljeringsgrad for den enkelte patient. Der er således ikke tale om forskellige typer af genoptræningsplaner, men derimod om én generisk skabelon for genoptræningsplaner, som kan rumme de nødvendige og relevante oplysninger til beskrivelse af patienters funktionsevne, samt genoptrænings- og rehabiliteringsbehov og -potentiale.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger til krav om indholdet i kommende genoptræningsplaner tager udgangspunkt i dels de lovgivningsmæssige krav til indholdet i henvisninger og epikriser²³, dels specifikke krav til det faglige indhold, som er relateret til formålet med genoptræningsplanerne.

I alle tilfælde er de ansvarlige sundhedspersoner forpligtet til at sikre, at genoptræningsplanen indeholder den fagligt relevante og nødvendige information af betydning for patientens fortsatte genoptrænings- og rehabiliteringsforløb.

²³ Vejledning nr. 9154 af 22/02/2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.

I genoptræningsplanen skal det anføres, hvilken type genoptræning eller rehabilitering genoptræningsplanen vedrører. Det vil fremover dreje sig om:

- Genoptræning på basalt niveau
- Genoptræning på avanceret niveau
- Genoptræning på specialiseret niveau
- Rehabilitering på specialiseret niveau

For alle genoptræningsplaner er der følgende krav om indhold:

- Stamoplysninger
- Helbredsforhold inkl. beskrivelse af behandlingsforløb
- Helbredsrelateret funktionsevne
- Patientens konkrete behov for genoptræningsindsatser
- Vurdering af patientens potentiale for genoptræning
- Patientsikkerhedsmæssige forhold
- Tidspunkt for start af genoptræningsforløb

Ovenstående punkter er yderligere beskrevet i Bilag 2.

5.3.1 Tidspunkt for start af genoptræningsforløb

Genoptræning og rehabilitering starter ved første sygehuskontakt og er et kontinuerligt forløb, hvor udskrivningstidspunktet oftest hænger sammen med, hvornår patienten er lægeligt færdigbehandlet.

I genoptræningsplanen kan der fastlægges et tidspunkt for opstart af genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus, hvis der er et sundhedsfagligt begrundet behov herfor.

Sundhedsfagligt begrundet behov er

- at opstart af genoptræning og rehabilitering skal udskydes af hensyn til behandlingen. Dette er fx tilfældet, hvis opstart af genoptræning skal afvente at patienten afbandageres
- at opstart af genoptræning og rehabilitering skal igangsættes uden uhensigtsmæssig ventetid eller pauser. Dette er tilfældet, hvis der ellers vil gå et væsentligt potentiale tabt i forhold til at opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne

5.4 Udvidede genoptræningsplaner

Det anbefales, at der udarbejdes udvidede genoptræningsplaner til alle patienter, som henvises til genoptræning på avanceret og specialiseret niveau. I disse tilfælde skal genoptræningsplanen således 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 resultatet af relevante undersøgelser og funktionsevnevurderinger.

For patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, skal genoptræningsplanen indeholde en beskrivelse af det samlede rehabiliteringsbehov, der er en forudsætning for at patienten kan opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne.

Det er en forudsætning, at patienter med omfattende problemstillinger er hensigtsmæssigt og tilstrækkeligt udredt af sygehuset i forhold til alle relevante områder, således at informationerne i genoptræningsplanen er opdaterede og tilstrækkelige til, at der kan iværksættes en faglig relevant og tilstrækkelig genoptrænings- og rehabiliteringsindsats.

Der kan være behov for, at genoptræningsplaner til genoptræning på basalt niveau udvides på enkelte områder, hvis patienten har problemstillinger, som kommunen skal kende til i planlægningen af indsatsen.

5.5 Systematisk og ensartet beskrivelse af funktionsevne og indberetning til LPR

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der arbejdes hen imod en systematisk og ensartet beskrivelse af funktionsevne med henblik på harmonisering af oplysninger, der udveksles mellem fagprofessionelle, enheder og sektorer om patienters genoptræning og rehabilitering. Videre anbefales det, at udvalgte strukturerede informationer indberettes til Landspatientregistret med henblik på at øge viden - som et ensartet grundlag på landsplan for kvalitetsudvikling, planlægning og forskning.

Der er aktuelt ikke et krav om obligatorisk dokumentation og indberetning til Landspatientregisteret, men muligheden for indberetning foreligger allerede, da ICF-klassifikationen er indeholdt i SKS – Sundhedsvæsenets klassifikationssystem.

En systematisk anvendelse og indberetning af ICF-koder kan være et hensigtsmæssigt udgangspunkt for beskrivelse af funktionsevne hos patienter, der har behov for rehabiliteringsindsatser efter afsluttet sygehuskontakt. Det kan omfatte 'kropsfunktioner' og 'aktivitet' på klassifikationens andet niveau (en alfanumerisk kode med angivelse af b eller d for hhv. krop og aktivitet og med angivelse af 3 cifre)²⁴, se bilag 1.

Det anbefales derfor, at der igangsættes en nærmere analyse og pilotafprøvning af dette i tilslutning til videreudviklingen af den elektroniske genoptræningsplan.

²⁴ ICF - International klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand, WHO 2001. Munksgaard Danmark og Sundhedsstyrelsen, 2003

Bilag 1: ICF's komponenter af funktionsevne

Nedenfor angives ICF's områder på første niveau for komponenterne *kroppens funktioner og aktivitet og deltagelse*.

Koder på andet niveau er mere detaljerede end på første niveau. Herudover findes der koder på tredje og fjerde niveau for nogle områder.

Kroppens funktioner (b)

1. Mentale funktioner
2. Sanser og smerte
3. Stemme og tale
4. Kardiovaskulære, hæmatologiske, immunologiske og respiratoriske funktioner
5. Fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner
6. Kønsorganger, urinveje og forplantning
7. Bevægeapparat
8. Huden og de tilhørende strukturers funktioner

Aktivitet og deltagelse (d)

1. Læring og anvendelse af viden
2. Almindelige opgaver og krav
3. Kommunikation
4. Bevægelse og færden
5. Omsorg for sig selv
6. Husførelse
7. Interpersonelt samspil og kontakt
8. Vigtige livsområder
9. Samfundsliv og medborgerskab

Bilag 2: Krav til indhold af genoptræningsplanen

Stamoplysninger

Genoptræningsplanen skal *altid* indeholde:

- Oplysninger om sygehus og afdeling
- Kontaktoplysninger og sundhedsfaglig kontaktperson på sygehuset
- Patientens cpr-nummer
- Patientens navn, adresse og telefonnummer
- Oplysninger om, hvem der er nærmeste pårørende inkl. kontaktoplysninger
- Kontaktoplysninger i patientens hjemkommune
- Dato for første kontakt og dato for afslutning af sygehuskontakt inkl. angivelse af tidspunkt
- Dato og tidspunkt for udarbejdelse af genoptræningsplanen
- Hvem der har udarbejdet planen og angivelse af individuelt ID (fulde navn, titel og tilknytning til sygehusafdeling)
- Angivelse af at patienten er informeret om det fortsatte genoptræningsforløb
- Angivelse af patientens informerede samtykke til, at der udarbejdes genoptræningsplan
- Hvilke oplysninger, der er givet til patienten og eventuelle pårørende eller en værge ved stedfortrædende samtykke, samt hvad patienten/pårørende/værge på denne baggrund har tilkendegivet

De fleste oplysninger vil kunne overføres automatisk til genoptræningsplanen ved hjælp af implementering af hensigtsmæssige tekniske tilpasninger af sygehusenes patientsystemer.

Helbredsforhold inkl. beskrivelse af behandlingsforløb

Genoptræningsplanen skal *altid* indeholde:

- En sammenfatning i prosaform omfattende årsag til kontakt, beskrivelse af patientens sygehistorie, nuværende tilstand samt oplysning om aktuel behandling og status ved udskrivning
- Aftaler om kontrol og opfølgning. Ved kirurgiske indgreb angives fagligt begrundet regime for postoperativt forløb, herunder eventuelt tidspunkt for afbandagering
- ICD-10 aktionsdiagnose og relevante bidiagnoser samt angivelse af eventuelle komplikationer og bivirkninger i behandlingsforløbet samt eventuelle restriktioner i forbindelse med genoptræningen
- Operationsbeskrivelse og andre relevante oplysninger, hvis der er foretaget kirurgiske indgreb under indlæggelsen

Afhængigt af patientens problemstilling skal genoptræningsplanen derudover indeholde:

- Udvidet beskrivelse af udredning og behandling på sygehuset
- Resultatet af relevante undersøgelser, som er foretaget på sygehuset

Helbredsrelateret funktionsevne

Genoptræningsplanen skal *altid* indeholde:

- En sammenfatning i prosaform af patientens aktuelle, samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse ved udskrivning
- Eventuelle relevante funktionsevnevurderinger/tests vedlægges

Afhængigt af patientens problemstilling skal genoptræningsplanen derudover indeholde:

- En detaljeret beskrivelse og sammenfatning af patientens samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse. Beskrivelsen skal være systematiseret ud fra ICF's kategorier
- Patientens vanlige funktionsevne beskrives i det omfang, det er nødvendigt og relevant for patientens aktuelle problemstilling
- Relevante funktionsevnevurderinger og særlige undersøgelser, fx neuropsykologiske undersøgelser og behandling, audiologopæders undersøgelser og behandlinger samt andre relevante faggruppers undersøgelser og behandling vedlægges.

Derudover anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der arbejdes mod at genoptræningsplanen ved en revision forberedes til at kunne registrere relevante ICF-koder (se afsnit 5.5).

Genoptræningsbehov og -potentiale

Genoptræningsplanen skal *altid* indeholde:

- Kort beskrivelse af patientens behov for rehabilitering samt målet med genoptræningsindsatsen.
- Information om hvilket specialiseringsniveau, genoptræningen skal varetages på.

Afhængigt af patientens problemstilling skal genoptræningsplanen derudover indeholde:

- Beskrivelse af patientens samlede rehabiliteringsbehov (gælder for patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau)
- Vurdering af patientens potentiale herunder motivation og andre relevante forhold i forhold til genoptræning og rehabilitering, herunder en sundhedsfaglig vurdering af patientens mulighed for bedring/generhvervelse af funktionsevne.
- Beskrivelse af særlige kompetencer og/eller særligt udstyr, som den fortsatte genoptræning kræver

Patientsikkerhedsmæssige aspekter

Af hensyn til patientsikkerheden skal der videregives alle nødvendige og relevante oplysninger. Det skal således fremgå af genoptræningsplanen, hvis der er behov for overvågning under træning, herunder adgang til akut lægelig behandling fx i forhold til belastningstræning af patienter efter behandling af hjertesygdomme.

Ligeledes skal det fremgå, hvis der er behov for pleje, personlig assistance, overvågning og skærmning, samt hvis der er særlige risikofaktorer eller hygiejnekrav og andre relevante forhold af betydning for patientsikkerheden.

Tidspunkt for start af genoptræningsforløb

Hvis der er et sundhedsfaglig begrundet behov for at fastlægge et tidspunkt for opstart af genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus, skal det fremgå af genoptræningsplanen.

Vejledning om klagemuligheder

Det anbefales, at der indsættes en standardtekst til patienten med vejledning om klagemuligheder.