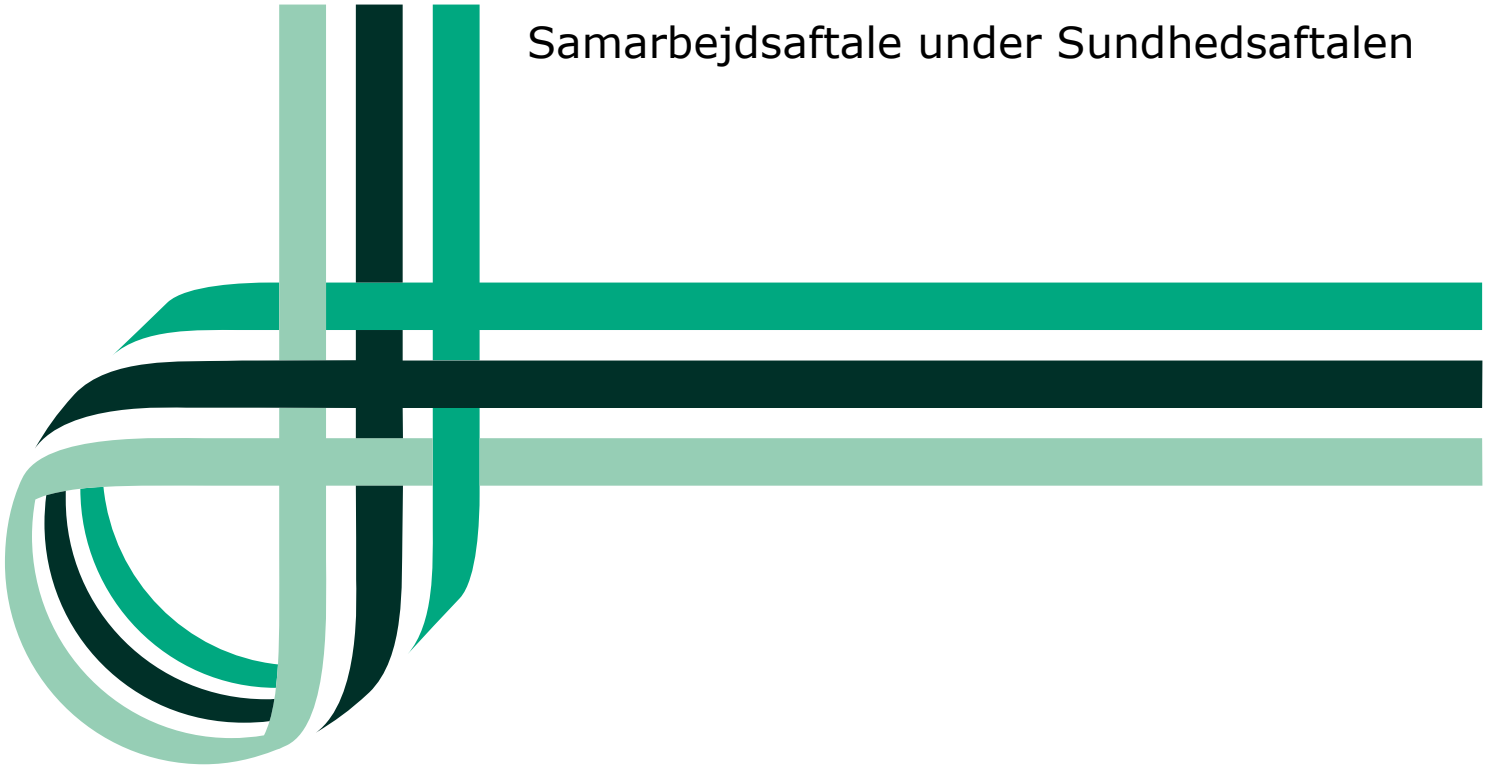


Voksne med erhvervet hjerneskade

Samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen



Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner

11. april 2022
Til godkendelse

Indholdsfortegnelse

1. Formål	4
2. Patienter/borgere og pårørende	6
3. Opgavefordeling	7
3.1. Aktørernes opgaver	7
3.1.1. Hospitalerne	7
3.1.2. Kommunerne	8
3.1.3. Praktiserende læger	9
3.1.4. De regionale, kommunale og private tilbud	10
3.2. Specialiseringsniveauer på hospitalerne	10
3.2.1. Visitation	11
3.3. Kommunikation mellem sektorerne	11
3.3.1. Kommunikation i forhold til patienter, der udskrives fra hovedfunktionsniveau	11
3.3.2. Kommunikation i forhold til patienter, der udskrives fra regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau	12
3.4. Genoptræningsplaner	13
3.4.1. Genoptræningsplaner til almen genoptræning	14
3.4.2. Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau	14
4. Brugerorganisationer	15
5. Kompetenceudvikling	16
6. Organisering af det tværsektorielle samarbejde	16
7. Evaluering og kvalitetsudvikling	17
7.1. Evaluering af samarbejdet	17
7.2. Kvalitetsudvikling	17
8. Økonomiske konsekvenser ved samarbejdsaftalen	18
9. Implementering	18
10. Bilag	20
Bilag 1: Diagnoser	20
Bilag 2: Oversigt over dokumenter og links	21
Bilag 3: Definitioner	23
3.1. Genoptræning	23
3.2. Rehabilitering	23
3.3. ICF og begrebet funktionsevne	23
3.4. Specialiseringsniveauer på hospitalerne	24
3.5. Niveauer for genoptræning/rehabilitering på sundhedsområdet	25
3.6. Stratificering af almen genoptræning	27
3.7. Specialiseringsniveauer på det sociale område	28

Bilag 4: Kompetencer i rehabiliteringsforløb for voksne med erhvervet
hjerneskade 30

1. Formål

Formålet med samarbejdsaftalen er at sikre en sammenhængende indsats på tværs af sektorerne for patienterne/borgerne og de pårørende og ikke mindst sikre, at patienterne/borgerne tilbydes genoptræning/rehabilitering, som tager udgangspunkt i de behov, patienterne/borgerne har. Det er centralt for samarbejdsaftalen, at patienterne/borgerne og de pårørende inddrages i tilrettelæggelsen af forløbene. Patienterne/borgerne skal opleve at få den rette behandling på det rette tidspunkt.

Samarbejdsaftalen omfatter voksne (fra 18 år), som har en erhvervet hjerneskade, og som har behov for genoptræning eller rehabilitering som følge af hjerneskaden. De inkluderede diagnoser fremgår af [bilag 1](#). Pårørende defineres i denne samarbejdsaftale som familie, venner og øvrig netværk.

Samarbejdsaftalen beskriver, hvordan hospitaler, kommuner og praktiserende læger samarbejder med og om patienter/borgere med erhvervet hjerneskade og deres pårørende. Aktørerne har et fælles ansvar for at sikre gode, sammenhængende forløb for patienterne/borgerne. Samarbejdsaftalen beskriver desuden hvilke opgaver, aktørerne har, og hvordan, pårørende og netværk inddrages i forløbene.

For at skabe det bedst mulige forløb for patienterne/borgerne er det vigtigt, at der er en god dialog mellem sektorerne. Dialogen er et gensidigt ansvar og er båret af en fælles vilje til at ville det gode samarbejde.

Samarbejdsaftalen bygger på følgende:

- At understøtte, at de patienter/borgere, der har behov for genoptræning/rehabilitering, får en indsats svarende til deres behov på det rette specialiseringsniveau, med den rette faglige indsats og til rette tid
- At der i samarbejdet er fokus på, at personalet yder den indsats, der har værdi for patienterne/borgerne
- At personalet arbejder ud fra en værdi om, at de sætter patienterne/borgerne først. Det betyder, at de inddrager patienterne/borgerne og de pårørende i behandlings- og rehabiliteringsforløbet og tilrettelæggelsen heraf, så patienterne/borgerne oplever mulighed for at være aktive og medbestemmende i eget forløb
- At skabe lighed i adgangen til genoptræning/rehabilitering for alle patienter/borgere i målgruppen, herunder også geografisk lighed
- At understøtte den fremadrettede kvalitet og udvikling

Samarbejdsaftalen retter sig primært mod ledere og medarbejdere i Region Midtjylland og kommunerne samt de praktiserende læger. For hospitalernes vedkommende er samarbejdsaftalen primært rettet mod de neurologiske afdelinger og Ældresygdomme, som varetager neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og

højt specialiseret niveau. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger er det ca. halvdelen af alle patienter med en erhvervet hjerneskade, der ikke udskrives fra neurologiske afdelinger eller neurorehabiliteringsenheder. Samarbejdsaftalen er derfor også gældende for andre afdelinger og afsnit, der udskriver patienter med en erhvervet hjerneskade, som er omfattet af Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det er eksempelvis:

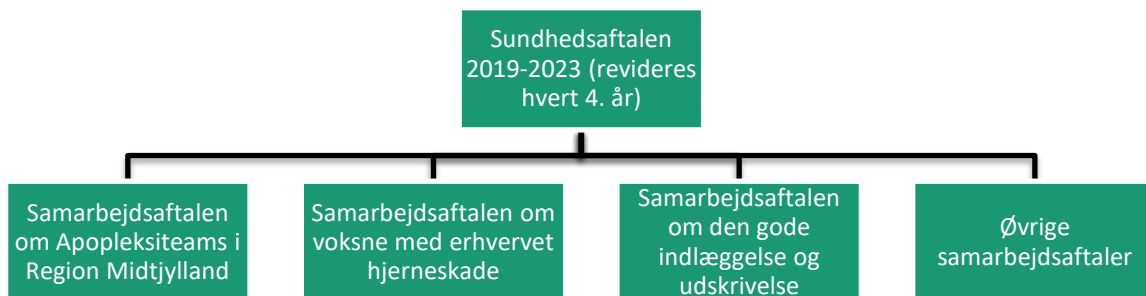
- Hjerne- og Rygkirurgi
- Infektionssygdomme
- Hjertesygdomme
- Kræftafdelingen
- Vestdansk Center for Rygmarvsskade

Her rekvireres neurofaglige kompetencer efter behov.

Samarbejdsaftalen om voksne med erhvervet hjerneskade er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)", [Sundhedsaftalens](#) visioner om at understøtte en tilgang til patienternes/borgernes, som styrker dennes integritet og selvbestemmelse samt [Samarbejdsaftalen om den gode indlæggelse og udskrivning](#). Samarbejdsaftalen er et tillæg til Sundhedsaftalen. Samarbejdsaftalen erstatter "Sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade", som blev indgået i 2011.

Hovedpunkterne fra "[Samarbejdsaftalen om Apopleksiteams i Region Midtjylland – udgående og rådgivende funktion for borgere med apopleksi på hovedfunktionsniveau](#)" er indarbejdet i denne samarbejdsaftale, og den er fortsat en selvstændig samarbejdsaftale.

Figur 1: Illustration af hierarkiet mellem Sundhedsaftalen om samarbejdsaftalerne.



Samarbejdsaftalen godkendes politisk af Sundhedskoordinationsudvalget, Regionsrådet og de 19 kommuner (politisk eller administrativt).

[Bilag 2](#) indeholder en oversigt og linksamling over de nationale, regionale og lokale dokumenter, der refereres til i samarbejdsaftalen.

[Bilag 3](#) indeholder en oversigt over centrale begreber på hjerneskadeområdet.

For at hjælpe læseren, er der indsat hyperlinks de steder, hvor der henvises til kildemateriale og bilag. Hyperlinks er markeret med blå.

2. Patienter/borgere og pårørende

Patienterne/borgerne er eksperterne i deres eget levede liv. De er ligeværdigt inddraget i processen om eksempelvis udredning af funktionsevne, udarbejdelse af genoptræningsplan, planlægning af forløb og målsætninger ift. deres ønsker om det gode liv fremadrettet.

Patienterne/borgerne og deres pårørende er tæt forbundne. Netværket yder ofte en helt afgørende støtte til den ramte undervejs i sygdomsforløbet. Sammen med patienterne/borgerne er det vigtigt at få afklaret hvem af de pårørende, der skal være en del af rehabiliteringen, hvornår og i hvilket omfang. Patienterne/borgerne skal give samtykke hertil.

De pårørende er således også en væsentlig samarbejdspartner og ressource for sundhedspersonalet. I samarbejdet med de pårørende er det vigtigt at have for øje, at der er forskel på de pårørendes behov for og overskud til medvirken.

Anerkendte metoder til samarbejde mellem systemer, patienter/borgere og pårørende anvendes. Der sker løbende videns- og metodeudvikling inden for system- og patient/borgerinddragelse, som kontinuerligt implementeres.

Pårørendes selvstændige behov

Patienternes/borgernes sygdomsforløb kan være en belastning for de pårørende. Der kan derfor være behov for særskilte indsatser målrettet de pårørende, f.eks. psykologsamtaler, viden om kognitive følger m.v.

Både hospitalet og kommunen skal være særlig opmærksom på de forløb, hvor børn har en forælder, der bliver ramt af en hjerneskade. Her er der skærpet underretningspligt.

3. Opgavefordeling

3.1. Aktørernes opgaver

3.1.1. Hospitalerne

Hospitalernes opgaver i forhold til genoptræning og/eller rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade er¹:

- Behandle, udrede, genoptræne og rehabiliterer under indlæggelse
- Følge op på indsatser, der ikke er afsluttet fra hospitalets side. Hvis det udgående og rådgivende apopleksiteam er tilknyttet patienten, følger teamet op på udredning, behandling, rehabilitering og information givet under indlæggelsen samt varetager hospitalsopgaver, som ikke er afsluttet, når patienten udskrives fra et akut apopleksiafsnit eller fra Neurologisk Afsnit uden videre kontakt i kommunalt regi
- Behandle følgetilstande og komorbiditet, eventuelt i samarbejde med almen praksis
- Sikre tidlig og gensidig dialog med kommunerne med henblik på løbende at skabe det gode og sammenhængende forløb via Medcom standarder
- Inddrage patienter og pårørende i forløbet, herunder indhente samtykke til videregivelse af relevante oplysninger på tværs af sektorer. Ved varig eller midlertidig nedsat mental habilitet overleveres information til kommunen med oplysning om pårørende. Hvis borgerne ikke er i stand til at give samtykke til videregivelse til andre formål end behandling ([Sundhedslovens § 43](#)). Der foretages habilitetsvurdering og laves notat om dette. Når borgerne ikke kan forstå eller give samtykke og ikke er i stand til at vurdere egne forhold, oplyses dette skriftligt til kommune, via lægenotatet
- Udarbejde plejeforløbsplan jf. [Samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivning](#) og [flowdiagram for udskrivning fra regionsfunktionsniveau/højt specialiseret niveau](#)
- Ved behov udarbejde genoptræningsplan i samarbejde med patienterne og pårørende, herunder beskrive patienternes funktionsevne og genoptrænings-/rehabiliteringsbehov på udskrivningstidspunktet og angive hvilke funktionsevnenedsættelser, genoptræningen skal rette sig imod samt hvilket genoptræningspotentiale, patienterne har, jf. [Den Gode Genoptræningsplan](#)
- Foretage en lægefaglig vurdering af den umiddelbare prognose
- Foretage en lægefaglig vurdering af den umiddelbare habilitet
- Vurdere patienternes umiddelbare køreevne
- Varetage genoptræning på specialiseret niveau efter udskrivning, hvis patienten har fået en genoptræningsplan til genoptræning på specialiseret niveau
- Foretage ambulant udredning og opfølgning efter udskrivning, hvis det er relevant
- Vurdere behov for behandlingsredskaber og hjælpemidler jf. [Afklaringskataloget](#)
- Udarbejde fyldestgørende epikrise til almen praksis, herunder aftaler om fortsat medicinering. Ved nedsat mental habilitet beskrives vurderingen på overdragelsestidspunktet

¹ Kilde: "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)" side 32, Sundhedsstyrelsen 2020.

- Skrive i Plejeforløbsplanen og epikrisen, hvis patienterne har brug for hjælp til at bestille tid til opfølgning hos praktiserende læge således, at hjemmeplejen eller praktiserende læge kan tage initiativ til at indkalde patienterne
- Have særlig opmærksomhed på børn og unge som pårørende til borgere med erhvervet hjerneskade
- Gøre patienter og pårørende opmærksom på, at de kan få hjælp og støtte fra brugerorganisationer

3.1.2. Kommunerne

Kommunernes opgaver og myndighedsansvar i forhold til genoptræning og/eller rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade er²:

- Sikre varetagelse af genoptræning og/eller rehabilitering på det niveau, som er angivet i genoptræningsplanen og ud fra borgernes aktuelle situation. Kommunerne kan kontakte hospitalerne ved behov for yderligere dialog om genoptræningsplanen eller yderligere opfølgning, eksempelvis via Medcom standarder
- Stratificere niveauet for genoptræning på alment niveau – basal - avanceret
- Løbende give en sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehovet med henblik på justering af indsatser. Eventuelt i samarbejde med hospitalet
- Sikre en sammenhængende og koordineret indsats i forhold til de forskellige lovområder (sundheds- og ældreområdet, socialområdet, specialundervisning, uddannelse og beskæftigelse)
- Inddrage borgere og pårørende i forløbet, herunder indhente samtykke til videregivelse af relevante oplysninger på tværs af sektorer. Ved hospitalslægens vurdering af nedsat mental habilitet lægges der en plan for, om der skal ansøges værgemål ved varigt nedsat mental habilitet
- Sikre at borgerne og de pårørende ved, hvem deres kommunale kontaktperson er
- Vurdere behov for hjælpemidler/træningsredskaber og udlån jf. [Afklaringskataloget](#)
- Samarbejde med aktører uden for kommunens regi
- Have særlig opmærksomhed på børn og unge som pårørende til borgere med erhvervet hjerneskade
- Sikre at kommunernes tilbud, henvisningsmuligheder og kontaktinformation er let tilgængelig for samarbejdspartnerne, herunder almen praksis. Kommunerne har en forpligtigelse til at opdatere informationerne på [sundhed.dk](#) og på deres egne hjemmesider
- Gøre patienter og pårørende opmærksom på, at de kan få hjælp og støtte fra brugerorganisationer

Efter udskrivelsen har kommunerne det samlede myndighedsansvar for den videre genoptræning og rehabilitering efter sundhedsloven. Kommunerne skal sikre sig en organisering af området for erhvervede hjerneskader, der tilgodeser, at indsatserne koordineres. Koordineringen finder sted på flere niveauer: Myndighed, faglig koordinering på udførelseniveau og opfølgende forløbskoordinering. Koordineringen er

² Kilde: "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)" side 33, Sundhedsstyrelsen 2020.

særlig vigtig på hjerneskadeområdet, fordi borgerne ofte har behov for indsatser fra forskellige forvaltnings- og fagområder (eksempelvis sundhed, social og jobcenter)³.

Koordineringsfunktionen inddrager borgerne og de pårørende og sikrer samtidig, at vurderingen af de indsatser, der skal understøtte de behov, hospitalet har beskrevet i genoptræningsplanen, sker ud fra et tværfagligt grundlag.

Kommunen skal senest fire dage efter udskrivningen fra hospital informere borgerne om, hvor og hvornår kommunen kan tilbyde borgerne opstart af genoptræning, samt hvilket genoptræningsniveau kommunen har vurderet, der er brug for. Borgerne tilbydes opstart af genoptræningen indenfor 7 kalenderdage.

Når borgerne udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning, skal kommunen ud fra borgernes aktuelle situation vurdere, om borgerne skal tilbydes genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Stratificeringen følger [Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner](#) og [Sundhedsstyrelsens anbefalinger](#) på henholdsvis basalt niveau og avanceret niveau i forhold til indhold af indsats, intensitet og faglige kompetencer.

3.1.3. Praktiserende læger

De praktiserende lægers opgaver i forhold til genoptræning og rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade er⁴:

- Fungere som gennemgående sundhedsfaglig kontaktperson
- Følge op på indlæggelsen
- Vurdere eller revurdere patienternes mentale habilitet eller henvise tilbage til specialistvurdering ved behov for dette
- Følge op på og behandle følgetilstande (eksempelvis depression, epilepsi) og komorbiditet efter udskrivning, eventuelt i samarbejde med hospitalet
- Sikre dialog med hospitalets speciallæger i forhold til medicinering, når der er behov herfor
- Henvise til hospitalsbehandling, herunder til ambulans udredning, revurdering eller opfølgning, efter behov både tidligt og sent i forløbet
- Følge op på patientrettet forebyggelse og henvise til kommunale forebyggelsestilbud
- Følge op på følgetilstand, der har indflydelse på arbejdsevne og øvrige sociale forhold

³ Den kommunale koordinering af rehabiliteringsforløb er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)" side 65-67 og i Socialstyrelsens forløbsbeskrivelse "[Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade](#)", side 45-46.

⁴ Kilde: "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)" side 33-34, Sundhedsstyrelsen 2020.

- Vurdere køreevne. Hvis der er et kørselsforbud på over 6 måneder og/eller det er et særligt komplekst forløb, er det en speciallæge i neurologi eller andre relevante specialer, der skal vurdere køreevnen⁵
- Udarbejde lægeerklæring til brug i jobcentre
- Henvise patienter og pårørende til psykologhjælp ved behov herfor
- Henvise til vederlagsfri fysioterapi, jf. sundhedslovens § 140 a for den del af målgruppen, der er omfattet, og hvor tilbuddet er relevant, herunder også vederlagsfri ridefysioterapi
- Have særlig opmærksomhed på børn og unge som pårørende til borgere med erhvervet hjerneskade
- Gøre patienter og pårørende opmærksom på, at de kan få hjælp og støtte fra brugerorganisationer

Den praktiserende læge kan inddrages i samarbejdet med og være i dialog med kommunen og hospitalet om forhold hos personer med erhvervet hjerneskade, der kan have indflydelse på iværksættelse af rehabiliterende indsatser, f.eks. multisygdom. Den praktiserende læge skal desuden vide, hvor han/hun kan søge viden om relevante tilbud i kommunerne og hos andre aktører, idet kendskab til andre aktørers indsatser er centralt for relevant viderehenvielse.

3.1.4. De regionale, kommunale og private tilbud

Region Midtjylland, kommunerne og private aktører har en række tilbud, som kommunerne kan købe genoptrænings- og/eller rehabiliteringsindsatser hos, herunder også internt mellem kommunerne. Det er et kommunalt myndighedsansvar, hvordan og hvornår kommunerne anvender de regionale, kommunale og private tilbud til borgerne. Tilbuddene kan være placeret både inden for og uden for Region Midtjylland. Tilbuddene ses på [tilbudsportalen](#).

3.2. Specialiseringsniveauer på hospitalerne

Hovedfunktionsniveauet varetages på følgende afdelinger:

- Neurologi (Hospitalsenhed Midt – Viborg, Regionshospitalet Gødstrup og Aarhus Universitetshospital)
- Ældresygdomme (Aarhus Universitetshospital)

Regionsfunktionsniveauet varetages på Regionshospitalet Hammel Neurocenter på følgende matrikler:

- Hammel
- Lemvig
- Skive

Det højt specialiserede niveau varetages på følgende hospitaler:

- Regionshospitalet Hammel Neurocenter – Hammel

⁵ Se [Vejledning om helbreds krav til kørekort](#)

- Regionshospitalet Silkeborg - NISA⁶

De tre specialiseringsniveauer er beskrevet i [bilag 3.4](#).

3.2.1. Visitation

Den Fælles Regionale Visitation til neurorehabilitering i Regions Midtjylland (FRV) visiterer patienter til hospitalsbaseret neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Patienter til hovedfunktionsniveau henvises, drøftes og overflyttes direkte mellem akutafdelingerne og hovedfunktionsniveauerne. En nærmere beskrivelse af FRV og visitationskriterierne fremgår på [hjemmesiden](#).

Neurorehab Midt er organisatorisk en del af FRV, og det er en matrikelløs organisering bestående af henholdsvis Fælles Regionale Visitation til Neurorehabilitering i Region Midtjylland og de neurologiske afdelinger på Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenhed Midt og Regionshospitalet Gødstrup, Afdeling for Hjerne og Ryg kirurgi på Aarhus Universitetshospital, hovedfunktions afdelingerne på Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenhed Midt og Regionshospitalet Gødstrup.

Neurorehab Midt har 2 hovedopgaver:

- Er ansvarlig for patientforløb inden for hospitalsbaseret neurorehabilitering
- Afholde fælles Neurorehabiliteringskonference

3.3. Kommunikation mellem sektorerne

3.3.1. Kommunikation i forhold til patienter, der udskrives fra hovedfunktionsniveau

Kommunikationen mellem hospitalerne og kommunerne i forbindelse med udskrivningen fra hovedfunktionsniveau (Neurologi, Ældresygdomme, Hjerne- og Rygkirurgi, Infektionssygdomme, Hjertesygdomme og Kræftafdelingen) følger det, der er aftalt i [Samarbejdsaftalen om den gode indlæggelse og udskrivning](#).

Ved behov kan der afholdes udskrivningsmøde mellem patienten, de pårørende, hospitalet og kommunen.

Udgående og rådgivende apopleksiteams

Patienter med akut apopleksi kan efter aftale med kommunen udskrives direkte fra det akutte apopleksiafsnit til eget hjem eller til en midlertidig plads i kommunalt regi. Hvis patienterne har behov for opfølgning på den aktuelle hospitalsbehandling efter udskrivelsen, kan patienterne blive tilknyttet et af regionens apopleksiteams, jf.

⁶ NISA: Neuro Intensiv Step-Down Afsnit.

[Samarbejdsaftalen om Apopleksiteams i Region Midtjylland - udgående og rådgivende funktioner for borgere med apopleksi på hovedfunktionsniveau](#). Ved behov for genoptræning efter udskrivelsen udarbejdes en genoptræningsplan jf. [Sundhedslovens §140](#).

De udgående og rådgivende apopleksiteams er organisatorisk forankret i neurologien henholdsvis i Neurologi og Ældresygdomme på Aarhus Universitetshospital, i Neurologi på Regionshospitalet Gødstrup og i Neurologi på Regionshospitalet Viborg.

De udgående og rådgivende apopleksiteams har overordnet til opgave at følge op på den aktuelle hospitalsbehandling af alle patienter/borgere, som udskrives fra de akutte apopleksiafsnit på Aarhus Universitetshospital eller Regionshospitalet Gødstrup. De udgående og rådgivende apopleksiteams følger som minimum op med en telefonisk kontakt og ved behov foretages besøg hos patienterne/borgerne. Opfølgningen gælder både aftaler og patienternes oplevelser i forbindelse med forløbet og kan have fokus på både mentale og fysiske udfald, livsstil samt behov for yderligere tiltag i forhold til medicin, blodprøver, og undersøgelser.

Når apopleksiteamet afslutter patienterne, overgår behandleransvaret til egen læge.

3.3.2. Kommunikation i forhold til patienter, der udskrives fra regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau

Nedenstående gælder for alle forløb på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Kommunikationen på tværs af sektorerne følger det [flowdiagram for samarbejde](#), der er udviklet af kommunerne og Regionshospitalet Hammel Neurocenter.

Kommunikationen skal ske i så god tid, at kommunen har mulighed for at planlægge hjemtagningen af borgeren. Tidsfrister fremgår af [flowdiagrammet](#).

Den første kommunikation mellem hospital og kommune sker i udredningsfasen. Hvis patienterne inden indlæggelsen får en indsats fra hjemmeplejen, sender kommunen en indlæggelsesadvis til hospitalet, og hospitalet sender indlæggelsesadvis til kommunen. Plejeforløbsplanen sendes som udgangspunkt indenfor 1-2 uger efter indlæggelsen. Kommunen kan begynde at tilrettelægge og koordinere forløbet på dette tidspunkt.

I rehabiliteringsfasen under hospitalsindsatsen sender hospitalet en opdateret plejeforløbsplan til kommunen, hvorefter kommunen påbegynder planlægning af modtagelse af borgerne. Udskrivelsesmøde afholdes ved behov.

I udskrivelsesfasen sender hospitalet genoptræningsplan og udskrivelsesrapport til kommunen, og hospitalet sender genoptræningsplan og epikrise til den praktiserende læge.

Kommunen er ansvarlig for at tilrettelægge og koordinere den indsats, kommunen giver borgeren efter udskrivelsen. For at kommunen har de bedste rammer til planlægningen, er det centralt, at hospitalet overleverer de relevante informationer om patienterne så tidligt som muligt i forløbet. Dette er særlig vigtigt i de forløb, hvor kommunen skal købe et tilbud hos en anden leverandør.

Udskrivningsmøde

Ved komplekse forløb kan der supplerende til den skriftlige kommunikation være behov for et udskrivningsmøde mellem patient, pårørende, kommune og hospital. Det vurderes i hvert forløb, om der er behov for et udskrivningsmøde.

Udskrivningsmødet afholdes rettidigt inden udskrivelsen, og datoen kendes 5 dage før mødet. Udskrivningsmødet kan være virtuelt eller med fysisk fremmøde. Der udsendes fælles dagsorden forud for mødet. Mødet afsluttes med fælles opsamling, og konklusion på drøftelser og aftaler. Mødeformålet formidles til patient, pårørende og øvrige deltagere ved mødeinvitationen, og det skal være afstemt mellem deltagerne inden mødet. Regionshospitalet Hammel Neurocenter er ansvarlig for udarbejdelse af dagsorden og referat til udskrivningsmøderne.

Ved særlig komplekse forløb kan der være behov for en forudgående faglig dialog mellem kommune og hospital. Ved tvivl om niveauet for genoptræningsplanen kan der være gensidig drøftelse mellem hospital og kommune inden udskrivelsesmødet.

Overordnet formål med udskrivningsmøder er:

- At yderligere oplysninger kan udveksles mellem deltagerne for derved at kunne vurdere behov for rehabiliteringsindsats samt belyse muligheder og afklare patienternes/borgernes ønsker hertil
- At borger og pårørende oplyses om forløbets næste trin efter udskrivelse
- At borger og pårørende orienteres om de aktuelle kommunale kontaktpersoner og har mulighed for at få afklaret spørgsmål

3.4. Genoptræningsplaner

Det er hospitalernes ansvar at udarbejde genoptræningsplaner til de patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Kommunerne har myndighedsansvaret i forhold til at tilbyde borgerne genoptræning efter en genoptræningsplan.

Specialiseringsniveauerne er defineret i [Bilag 3.5](#).

3.4.1. Genoptræningsplaner til almen genoptræning

Patienterne kan udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning fra alle tre specialiseringsniveauer på hospitalerne.

Genoptræning på basalt niveau

Genoptræning på basalt niveau vurderes kun at være relevant for en mindre del af målgruppen og kan foregå i borgerens nærmiljø, som ambulantly eller døgnoophold.

Genoptræning på avanceret niveau

Det vurderes, at størstedelen af målgruppen, som er henvist med genoptræningsplan til almen genoptræning, har behov for genoptræning på avanceret niveau.

Genoptræning på avanceret niveau kan foregå i borgerens nærmiljø, som ambulantly genoptræning eller døgnerhabilitering.

Kommunerne kan, hvis det er nødvendigt, indgå aftaler om samarbejde, sparring og eventuelt køb af hinandens tilbud. På avanceret niveau vil der i et samlet rehabiliteringsforløb ofte være behov for indsatser på tværs af sundheds-, ældre-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen, som hensigtsmæssigt varetages af en hjerneskadekoordineringsfunktion. Kommunen har myndighedsansvaret, men indsatserne kan leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og eventuelle private tilbud.

3.4.2. Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

Patienterne kan udskrives med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau fra regionsfunktionsniveauet og det højt specialiserede niveau.

Plejeforløbsplanen skal senest 2 uger før udskrivelsen indeholde endelig information om niveauet for genoptræning, hvorefter kommunen modtager patienterne efter de 2 uger jf. det [flowdiagram for samarbejde](#), der er udviklet af kommunerne og Regionshospitalet Hammel Neurocenter.

I genoptræningsplanen beskrives patienternes samlede funktionsevne samt patienternes behov for rehabiliteringsindsatser. Herunder kan der eventuelt gives anbefalinger til metode, omfang og karakter af den videre indsats, udarbejdet med inddragelse af relevante, faglige kompetencer.

Genoptræningsplaner på dette niveau kan med fordel vurderes og ordineres af speciallæge i neurologi – alternativt en læge med lignende kompetencer, herunder erfaring med neurorehabilitering. Det er påkrævet, at der er adgang til tværfaglige og neurofaglige kompetencer i forbindelse med udredning af funktionsevne samt udarbejdelse af genoptræningsplan til rette niveau.

Patienterne har behov for både 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 organisering⁷.

Rehabilitering på specialiseret niveau vurderes at være relevant for en lille del af målgruppen og kan foregå i borgerens nærmiljø, ambulant eller som døgnrehabilitering enten internt i kommunen eller på et specialiseret tilbud.

Kommunerne kan selv tilrettelægge forløb til rehabilitering på specialiseret niveau i borgerens nærmiljø, det vil sige eget hjem eller kommunal døgnrehabilitering. Kommunen kan også købe forløb hos regionale eller private leverandører eller hos en anden kommune. De sundhedsfaglige ydelser skal hensigtsmæssigt leveres på samme fagligt høje niveau og intensitet, som beskrevet i lovbekendtgørelsen og Sundhedsstyrelsens anbefalinger. I de tilfælde, hvor det er nødvendigt at udlicitere dele eller alle indsatserne til en ekstern leverandør, har kommunen myndighedsansvaret i forhold til at sikre, at leverandøren lever op til gældende krav, mens den konkrete koordinering af de faglige indsatser varetages af rehabiliteringstilbuddet.

I forhold til tilrettelæggelse af det enkelte forløb, herunder indsatser, intensitet og længde, sker dette i dialog mellem ekstern leverandør, hjemkommune og borgeren samt evt. pårørende. Omdrejningspunktet for dialogen er borgerens funktionsevne, mål, potentiale og behov. I de tilfælde, hvor borgeren afsluttes fra et specialiseret rehabiliteringstilbud uden for kommunens regi, udarbejdes en status over borgerens rehabiliteringsforløb og aktuelle funktionsevne, som videregives til kommunen.

4. Brugerorganisationer

Hjerneskadeforeningen, Hjernesagen og Kræftens Bekæmpelse har tilbud i form af bl.a. rådgivning og aktiviteter for patienter og pårørende.

Flere kommuner og hospitaler har etableret et samarbejde med foreningerne.

Hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger bør informere patienterne/borgerne og de pårørende om, at de kan kontakte brugerorganisationerne.

⁷ Kilde: [Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus](#)

5. Kompetenceudvikling

I [Sundhedsstyrelsens anbefalinger](#) er der en overordnet beskrivelse af de kompetencer, der hensigtsmæssigt skal være til stede på hospitalerne og i kommunerne for at kunne rehabilitere patienter og borgere med erhvervet hjerneskade. [Socialstyrelsens forløbsbeskrivelse](#) præciserer beskrivelsen af de kompetencer, der anbefales at være til stede, når kommuner og andre tilbud leverer indsats på højt specialiseret niveau.

[Bilag 4](#) indeholder en oversigt over de kompetencer og fagpersoner, der hensigtsmæssigt skal være adgang til på de forskellige specialiseringsniveauer på hospitalerne, i kommunerne, og i regionale og private sociale tilbud. Ved "adgang til" forstås, at rehabiliteringsstederne selv har de pågældende medarbejdere, eller køber kompetencerne hos andre leverandører. Oversigten er udarbejdet på baggrund af [Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner](#), [Vejledningen om genoptræning](#) og [Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#).

6. Organisering af det tværsektorielle samarbejde

Det tværsektorielle samarbejde i Region Midtjylland er overordnet forankret i [Hjerneskadesamrådet på voksenområdet](#), mens den daglige implementering og udvikling sker i klyngerne. Formålet med hjerneskadesamrådet er at medvirke til at skabe sammenhængende forløb på tværs af sektorerne med høj faglig kvalitet til gavn for de mennesker, der rammes af en hjerneskade.

Hjerneskadesamrådet kommer med anbefalinger til og rådgiver Sundhedsstyregruppen og Den administrative styregruppe for social og specialundervisning (DASSOS), som kan træffe beslutninger på baggrund af Hjerneskadesamrådets anbefalinger. Hjerneskadesamrådet agerer som følge heraf indenfor både sundhedsaftalen og rammeaftalen. Eftersom ikke alle kommuner er repræsenteret i Hjerneskadesamrådet, er det vigtigt, at KOSU og DASSOS sikrer dialog mellem parterne.

For at styrke det daglige samarbejde, som er forankret i klyngerne, anbefales det, at klyngerne fortsat styrker det lokale samarbejde, der allerede er etableret i Midtklyngen og Vestklyngen samt er ved at blive udviklet mellem kommunerne i Horsens-, Randers- og Aarhusklyngen og Aarhus Universitetshospital.

Når Sundhedsreformen er kendt, kan den give anledning til, at klyngerne revurderer deres måde at samarbejde på.

Hvis en kommune eller et hospital vil indføre nye arbejdsgange eller behandlings- og rehabiliteringsmetoder, som har betydning for samarbejdspartnerne, forpligter de sig til at informere hinanden herom og evt. indgå aftaler om ændringerne. Ændringer, der kun har betydning for klyngen, behandles i klyngen, mens ændringer, der har betydning for alle kommuner/hospitaler drøftes i Hjerneskaedesamrådet og behandles i Sundhedsstyregruppen/DASSOS. Sundhedsstyregruppen og DASSOS kan også igangsætte udviklingsinitiativer, mens Hjerneskaedesamrådet kan anmode Sundhedsstyregruppen og DASSOS om, at Hjerneskaedesamrådet igangsætter et konkret udviklingsinitiativ.

Når der udvikles nye initiativer på tværs af sektorerne, som er gældende for hele den midtjyske region, følges denne beslutningsvej:

1. Forslaget behandles i Hjerneskaedesamrådet
2. Hjerneskaedesamrådet anmoder Sundhedsstyregruppen og/eller DASSOS om at arbejde med forslaget. Forslaget kan eksempelvis medføre, at der udarbejdes en aftale om nye samarbejds måder eller indsatser. Hvis forslaget har økonomiske konsekvenser, skal det beskrives i sagen
3. Hjerneskaedesamrådet nedsætter en gruppe, som arbejder med forslaget
4. Hjerneskaedesamrådet behandler gruppens oplæg
5. Gruppens oplæg sendes til høring i relevante fora
6. Gruppens oplæg behandles i Sundhedsstyregruppen og/eller DASSOS og evt. politisk
7. Forslaget implementeres i klyngerne

7. Evaluering og kvalitetsudvikling

7.1. Evaluering af samarbejdet

Samarbejdet mellem hospitalerne og kommunerne evalueres lokalt i klyngerne på et samarbejds møde mindst en gang årligt. Der evalueres på kommunikationsveje, overgangene i patientforløbet mellem hospital og kommune og eventuelt uforudsete problemstillinger med henblik på at drage læring af forløbene.

Parterne forpligter sig desuden til at henvende sig til hinanden ved uhensigtsmæssigheder eller tvivlsspørgsmål i det enkelte patientforløb, så de fælles og samlede indsatser til stadighed sikres og udvikles til gavn for patienterne/borgerne samtidig med, at opgaverne varetages på lavest effektive omkostningsniveau.

7.2. Kvalitetsudvikling

Hjerneskaedesamrådet gennemfører en tværsektoriel kvalitetsopfølgning på udvalgte målepunkter. Formålet med kvalitetsopfølgningen er at udvikle den overordnede kvalitet i patientforløbene på tværs af sektorerne til gavn for patienter og pårørende samt sikre, at hospitaler og kommuner har implementeret samarbejdsaftalen om

voksne med erhvervet hjerneskade. Hvis der konstateres udfordringer med kvaliteten af forløbene i forbindelse med kvalitetsopfølgningen, er de relevante ledelser ansvarlige for at agere i forhold til udfordringerne.

Kvalitetsopfølgningen kan vedrøre følgende:

- At patienterne/borgerne og eventuelle pårørende oplever, at indsatsen er sammenhængende og koordineret
- At patienterne/borgerne oplever, at de anerkendes som centrale og ligeværdige deltagere i processen
- At genoptræningsplanen er fyldestgørende – herunder rette niveau, beskrivelse af funktionsevne og rettidig afsendelse
- At rehabiliteringsindsatsen foregår uden unødige forsinkelser og med udgangspunkt i en individuel plan udarbejdet på baggrund af patienternes behov og forudsætninger
- At opgaverne varetages på det rette specialiseringsniveau
- At sektorerne sikrer kvalitet i det samlede patientforløb jf. regionale og nationale kvalitetsmål samt Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade
- At de rette kompetencer anvendes

Hjerneskadesamrådet beslutter, hvad kvalitetsopfølgningen skal omhandle og fastsætter kvalitative/kvantitative vurderingsmetoder. Hjerneskadesamrådet skal vurdere, om der er behov for konsulentbistand, og kan i givet fald ansøge Sundhedsstyregruppen om midler hertil. Resultaterne af kvalitetsopfølgningen præsenteres for Sundhedsstyregruppen og DASSOS.

Der kan ved behov aftales supplerende kvalitetsvurderinger lokalt.

8. Økonomiske konsekvenser ved samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalen beskriver først og fremmest, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal forløbe, hvilket ikke har økonomiske konsekvenser for kommunerne og hospitalerne.

Arbejdsgruppen bag samarbejdsaftalen anbefaler, at der afsættes midler til at udvikle en video, som præsenterer aftalen, samt en APP for aftalen således, at medarbejderne let kan tilgå aftalen.

9. Implementering

Samarbejdsaftalen implementeres via ledelsesorganisationerne og de lokale klyngestyregrupper. Derudover offentliggøres samarbejdsaftalen i e-dok, på www.sundhedsaftalen.rm.dk og på www.praksis.dk.

Arbejdsgruppen bag samarbejdsaftalen sikrer, at der udarbejdes informationsmateriale om samarbejdsaftalen, som kan anvendes til implementering og undervisning af medarbejderne lokalt.

Aftalen implementeres umiddelbart efter, den er blevet politisk godkendt, og den er gældende fra 1. september 2022.

10. Bilag

Bilag 1: Diagnoser

Samarbejdsaftalen omfatter de samme diagnoser som dem, der er omfattet af "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)".

1. Spontan infarkt i hjernen – iskæmisk apopleksi/stroke
2. Spontan intracerebral blødning i hjernen – hæmorhagisk apopleksi/stroke
3. Uspecificeret apopleksi – spontan blødning eller infarkt i hjernen
4. Subarachnoidalblødning –spontan blødning i hjernebinder
5. Diverse (arteria cerebri dissecans non rupta, moyamoya sygdom, thrombosis venae intracranialis non pyogenica, arteritis cerebri ikke klassificeret andetsteds, cerebrovaskulær sygdom, cerebrovaskulær sygdom uden specifikation og karsygdom i hjerne ved sygdom klassificeret andetsteds)
6. Sequelae (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til sygdomsgrupperne 1-5)
7. TCI (Transitorisk Cerebral Iskæmi, samme symptomer som ved apopleksi, men hvor symptomerne forsvinder inden for 24 timer)
8. Traumatisk hjerneskade
9. Encephalopati (diffus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning)
10. Infektion (betændelse i hjernen og i hjernens bindehinder)
11. Tumor i hjernen
12. Andre tilstande (eksempelvis myelinolysis pontis centralis, hypertensiv encefalopati)
13. Sequelae (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til sygdomsgrupperne 8-12)

Kilde: "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)", side 18-19, Sundhedsstyrelsen, 2020.

Bilag 2: Oversigt over dokumenter og links

Nationale dokumenter og links:

- **Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus:**
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/918>
- **Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner:**
<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/9538>
- **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen (2020):**
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-voksne-med-erhvervet-hjerneskade>
- **Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, Socialstyrelsen (2021):**
<https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/national-koordination/forlobsbeskrivelse/voksne-med-kompleks-erhvervet-hjerneskade>
- **Hvidbog om rehabilitering, DEFACTUM, REHPA og Rehabiliteringsforum Danmark**
<https://www.rehabiliteringsforum.dk/litteratur/Publikationer/>
- **G-GOP – Den Gode Genoptræningsplan:**
<https://ggop.dk/>
- **Tilbudsportalen:**
<https://tilbudsportalen.dk/tilbudsoegning/landing/index>
- **Kontaktoplysninger til hjerneskadekoordinatore i RM:**
https://Hjerneskadekoordinatoreer_paa_voksenområdet_-_Socialstyrelsen_-_Viden_til_gavn
- **Vejledning om epikriser:**
<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/10036>
- **Vejledning om helbreds krav til kørekort:**
<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/9693>

Regionale dokumenter og links:

- **Sundhedsaftalen 2019-2023. Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance (2019):**
<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/aftale-2019-2023/sundhedsaftalen-2019-2023-sept-2019.pdf>
- **Samarbejdsaftale for den gode indlæggelse og udskrivning:**
<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om->

[sundhedsaftalen/delaftale/indlæggelse-og-udskrivelse/samarbejdsaftale-om-den-gode-indlæggelse-og-udskrivelse-040621.pdf](http://www.sundhedsaftalen/delaftale/indlæggelse-og-udskrivelse/samarbejdsaftale-om-den-gode-indlæggelse-og-udskrivelse-040621.pdf)

- **Flowdiagram til Samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivning:**
<http://www.sektorovergang.rm.dk/>
- **Flowchart for udskrivelse fra specialiseret neurorehabilitering:**
<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktjojskasse/genoptraning-og-rehabilitering1/samarbejde/>
- **Samarbejdsaftale om Apopleksiteams i Region Midtjylland - udgående og rådgivende funktioner for borgere med apopleksi på hovedfunktionsniveau:**
<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om-sundhedsaftalen/delaftale/apo/falles-samarbejdsaftale.pdf>
- **Visitation til neurorehabilitering i Region Midtjylland:**
<https://www.hospitalsenhedmidt.dk/regionshospitalet-hammel/henvisning-og-overflytning/>
- **Hjerneskadesamrådet på voksenområdet:**
<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/modefora/administrative-udvalg/hjerneskadesamrad-for-voksne/>
- **Afklaringskatalog for udlevering af hjælpemidler og behandlingsredskaber:**
<http://afklaringskatalog.rm.dk/>
- **Stratificeringsmodel for almen genoptræning i kommunerne i Region Midtjylland:**
<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/vaerktojskasse/genoptraning/revideret-notat-statificering-5-0-regionmidt-sep.-2017.pdf>
- **E-dok retningslinje: RHN - Samtykkeerklæringer, udfyldelse og arkivering:**
[RHN - Samtykkeerklæringer, udfyldelse og arkivering.](#)
- **E-dok quickguide: Epikriser:**
[Epikriser, regional quickguide](#)

Bilag 3: Definitioner

3.1. Genoptræning

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at personen med erhvervet hjerneskade opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og anatomi, og træning af aktiviteter og deltagelse. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne.

Kilde: "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)", side 11, Sundhedsstyrelsen, 2020.

3.2. Rehabilitering

Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation.

Kilde: "[Hvidbog om rehabilitering](#)", 2022.

3.3. ICF og begrebet funktionsevne

Begrebet "funktionsevne" anvendes i overensstemmelse med WHO's model for 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF). ICF klassifikationen er baseret på WHO's bio-psyko-sociale begrebsmodel og har til formål at give en samlet begrebsramme og systematisk terminologi om helbredsrelateret funktionsevne.

ICF gør det muligt i et standardiseret sprog at beskrive helbred, funktionsevne og kontekst, og den kan benyttes bl.a. interdisciplinært og tværsektorielt.

Funktionsevne omfatter tre komponenter:

- Kroppens funktioner og anatomi (funktioner i kroppen omfatter fysiologiske og psykologiske, herunder kognitive funktioner. Anatomi omfatter kroppens forskellige organer, lemmer og enkeltdele af disse)
- Aktiviteter (en persons udførelse af en opgave eller handling)

- Deltagelse (en persons involvering i dagliglivet).

Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer, og helbredstilstand.

Ved at anvende ICF er det muligt at beskrive funktionsevnen med fokus på krop, aktivitet og deltagelse – samt de helbredsmæssige og kontekstuelle (personlige og omgivelsesmæssige) faktorer, der påvirker funktionsevnen, og hermed kortlægge, beskrive og vurdere personens ressourcer/begrænsninger.

Kilde: "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)", side 12-13, Sundhedsstyrelsen, 2020.

3.4. Specialiseringsniveauer på hospitalerne

Hovedfunktionsniveau

Hovedfunktionsniveauet omfatter rehabilitering og kontrol af hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, hvor indsatserne i forhold til hjerneskaden er af begrænset kompleksitet. Patienterne kan dog have andre sygdomme, der kan betyde, at forløbet bliver komplekst. Genoptrænings- og/ eller rehabiliteringsforløb på sygehus med hovedfunktionsniveau vil være individuelt planlagte forløb og varetages i et interdisciplinært team med neurofaglige kompetencer og med tilknyttet speciallæge i neurologi/speciallæge med neurorehabiliteringskompetence, plejepersonale, fysioterapeut og ergoterapeut. Logopæd, neuropsykolog og diætist samt andre relevante faggrupper rekvireres efter behov⁸.

Regionsfunktionsniveau

Rehabiliteringsforløb på regionsfunktionsniveau vil ofte være individualiserede forløb med høj intensitet alle ugens dage, som varetages i et interdisciplinært team. Foruden anbefalinger og krav til hovedfunktionsniveau forudsætter hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau deltagelse af neuropsykolog, logopæd og socialrådgiver, når der er behov herfor. Desuden skal det inden for kort tid være muligt at få assistance fra en speciallæge i neurologi/speciallæge med neurorehabiliteringskompetence.

Varetagelse af hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau forudsætter desuden adgang til rehabiliteringsteknologier og udstyr, som kræver et tilstrækkeligt volumen for at opnå kompetencer og erfaring i anvendelse⁹.

⁸ Kilde: "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)" side 44, Sundhedsstyrelsen 2020.

⁹ Kilde: "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)" side 45, Sundhedsstyrelsen 2020.

Højt specialiseret funktionsniveau

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

Hjerneskaderehabilitering på dette niveau kræver adgang til behandlingsredskaber og specialiserede rehabiliteringsteknologier, som er relevante for målgruppen, og som det kræver et tilstrækkeligt volumen og specialiserede kompetencer at anvende¹⁰.

3.5. Niveauer for genoptræning/rehabilitering på sundhedsområdet

Almen genoptræning

1: Genoptræning på basalt niveau

Patienter, der henvises til genoptræning på basalt niveau, har typisk enkle og afgrænsede funktionsevnedssættelser 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.

På basalt niveau er der ofte behov for samarbejde mellem de involverede fagpersoner, der varetager dele af det samlede rehabiliteringsforløb. Der er typisk behov for samarbejde med praktiserende læge og hjemmesygeplejen i relation til den behandling, som varetages i almen praksis. I enkelte tilfælde kan der være behov for fortsat samarbejde mellem hospitalet og kommunen, herunder det kommunale jobcenter, eller konkret behov for opfølgning på hospital i ambulante regi.

2: Genoptræning på avanceret niveau

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.

¹⁰ Kilde: "[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#)" side 45-46, Sundhedsstyrelsen 2020.

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.

Genoptræning på specialiseret niveau

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

Rehabilitering på specialiseret niveau

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

I genoptræningsplanen beskrives patienternes samlede funktionsevne samt patienternes behov for rehabiliteringsindsatser. Herunder kan der eventuelt gives anbefalinger til metode, omfang og karakter af den videres indsats, udarbejdet med inddragelse af relevante, faglige kompetencer.

Patienterne har behov for både 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.

Kilde: "[Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus](#)", 2018.

Sammenhæng mellem regionalt og kommunalt ansvar ift. genoptræningsplaner for neurorehabiliteringsområdet:

	Udarbejder genoptræningsplaner på niveauer:		
	Almen genoptræning	Genoptræning på specialiseret niveau	Rehabilitering på specialiseret niveau
Hovedfunktionsniveau	X	X	
Regionsfunktionsniveau	X	X	X
Højt specialiseret niveau	X	X	X
	Ansvarlig for genoptræning/rehabilitering på niveauer:		
Hovedfunktionsniveau			
Regionsfunktionsniveau		X	
Højt specialiseret niveau		X	
Kommuner (inkl. eksterne leverandører)	X Stratificerer til basalt og avanceret niveau		X

3.6. Stratificering af almen genoptræning

Stratificering af almen genoptræning betyder, at kommunen på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering skal angive, om borgeren skal tilbydes genoptræning på basalt niveau eller på avanceret niveau, når en borger udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning. Den sundhedsfaglige vurdering foretages på baggrund af indholdet i genoptræningsplanen.

Visitationen skal forestås af en sundhedsfaglig person, som har særlig viden om og erfaring med målgruppen og hjerneskaderehabilitering samt kendskab til sektorsamarbejde og eksisterende rammeaftaler.

Størstedelen af målgruppen, der modtager en genoptræningsplan til alment niveau, har behov, der kræver genoptræning på avanceret niveau, og kun en mindre andel har behov svarende til genoptræning på basalt niveau, jf. [Stratificeringsmodel for almen genoptræning i kommunerne i Region Midtjylland](#).

Forskellen på basalt niveau og avanceret niveau er beskrevet i [Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner](#), afsnit 4.

Kilde: "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade", side 53-55, Sundhedsstyrelsen, 2020.

3.7. Specialiseringsniveauer på det sociale område

Ved rehabilitering på social- og specialundervisningsområdet skelnes mellem indsatser på:

- det specialiserede område
- det højt specialiserede område.

Det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet

Indsatserne på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet er rettet mod borgere, der har nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og/eller sociale problemer. Borgernes støttebehov kan variere fra det afgrænsede og relativt enkle til et støttebehov, som det kan være mere komplekst at afdække og yde den rette indsats i forhold til.

Målgrupper med behov for indsatser på dette niveau har en volumen og et støttebehov, hvor der i mange kommuner vil være et tilstrækkeligt underlag af borgere for at opbygge og vedligeholde den fornødne faglige viden. Der vil dog også til en del målgrupper være behov for samarbejde på tværs af kommuner og med regioner og private leverandører for at opnå tilstrækkelig volumen i indsatserne. Et sådant samarbejde finder f.eks. sted i forbindelse med de årligt indgåede rammeaftaler mellem kommuner og regioner i hver region.

Det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde

Det højt specialiserede niveau svarer til det, der i loven vedrørende den nationale koordinationsstruktur omtales som det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde¹¹. Det består af indsatser til målgrupper, der er meget små, og som dermed giver begrænset underlag af borgere for at opbygge specialiseret viden, og/eller til målgrupper med komplekse behov, som har behov for en faglig specialviden.

Indsatserne vil typisk være tværfaglige og specialtilrettelagte, og i nogle tilfælde også særligt intensive. De består af en kombination af flere specialiserede ydelser, hvor der forudsættes en høj grad af koordinering, samt at personalet har højt specialiseret viden og indgående kendskab til og erfaring med den konkrete målgruppe. Indsatserne kræver ofte et særligt samarbejde på tværs af kommuner, regioner og private leverandører for at opnå en volumen i indsatsen, der gør det muligt at opretholde og udvikle specialiseringen. Et sådant samarbejde finder f.eks. sted i forbindelse med de årligt indgåede rammeaftaler mellem kommuner og regioner i hver region. Heri indgår

¹¹ Se [Lov om Social Service, § 13b og 13c](#)

også et forstærket samarbejde mellem kommunerne vedrørende de tilbud, som i KKR-regi (KommuneKontaktRåd) er vurderet som værende højt specialiserede. Den højt specialiserede indsats er derfor typisk ikke udbredt til mange lokale tilbud, men er kun tilgængelig relativt få steder i landet.

Kilde: "[Specialiseringsniveauer på social- og specialundervisningsområdet](#)", side 6-7, Socialstyrelsen, 2016.

Bilag 4: Kompetencer i rehabiliteringsforløb for voksne med erhvervet hjerneskade

Formålet med denne beskrivelse af kompetencer er at understøtte god kvalitet og fortsat faglig udvikling inden for den fælles neurorehabiliteringsopgave i Region Midtjylland.

Målet er:

- at rehabiliteringsenhederne kan målrette kompetenceudviklingen ift. de forskellige niveauer
- at de rette kompetencer er tilgængelige i de enkelte rehabiliteringsenheder

Det er til enhver tid ledelsens ansvar at sikre tilstedeværelse og udvikling af kompetencerne.

I nedenstående skemaer fremhæves væsentlige kompetencer, organisering og kompetenceudvikling med udgangspunkt i:

Primære kilder:

- [Bekendtgørelse om genoptræningsplaner, 2018](#)
- [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen 2020](#)

Sekundære kilder:

- [Specialeplan neurologi](#)
- [Fagområdeaftaler Neurologi, FritValgService](#)

FÆLLES KOMPETENCER

For alle aktører i neurorehabiliteringsforløb gælder, at de har:

- Grundlæggende forståelse for rehabiliteringsbegrebet og begrebet funktionsevne jf. ICF og, at aktørerne agerer ud fra dette i såvel myndigheds- som rehabiliteringsopgaver (Begreberne er defineret i [bilag 3](#))
- Relationelle og kommunikative kompetencer til at samarbejde med patient/borger og pårørende
- Kompetencer til at indgå i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Viden om den tværsektorielle organisering og muligheder for neurorehabilitering ift. det samlede rehabiliteringsforløb
- Viden om den tværsektorielle organisering og samarbejdsfora inden for neurorehabiliteringsområdet (primært ledere)

De kompetencer, der er beskrevet på mindre specialiseret niveau, er også indeholdt i kompetencer for de højere niveauer.

REGIONALE OMRÅDE

	Tilgængelige kompetencer i rehabiliteringsenhederne	Organisering	Kompetenceudvikling og -fastholdelse
HOVEDFUNKTIONSNIVEAU	<p>Autoriserede sundhedspersoner¹² og andre fagpersoner¹³ med viden og kompetencer inden for neurologi og neurorehabilitering. Dvs.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Færdigheder med afsæt i viden, som rummer rutine og grundlæggende erfaring med neurorehabilitering med lav til moderat kompleksitet. 	<ul style="list-style-type: none"> Indgår aktivt i interdisciplinært teamsamarbejde Sundhedspersoner arbejder primært med neurorehabilitering i et fagligt miljø. 	<ul style="list-style-type: none"> Mulighed for indgå i et tværfagligt miljø mhp. at udvikle kompetencer. Mulighed for faglig sparring fra regions- og højt specialiseret niveau.
REGIONSFUNCTIONSNIVEAU	<p>Autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specifik viden og kompetencer inden for neurologi og neurorehabilitering. Dvs.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Indgående, omfattende og opdateret viden og færdigheder, samt stor rutine og erfaring med neurorehabilitering. Kompetencer til at anvende rehabiliteringsteknologi, udstyr 	<ul style="list-style-type: none"> Indgår aktivt i interdisciplinært teamsamarbejde Sundhedspersoner arbejder udelukkende med målgruppen i et fagligt miljø. 	<ul style="list-style-type: none"> Løbende opdatering og anvendelse af viden og evidens, bl.a. via videreuddannelse, certificeret efteruddannelse og ved udveksling/studiebesøg m.v. Modtager fast og hyppig supervision Mulighed for at deltage i relevante kurser og uddannelse, når opgaveløsningen giver behov for yderligere kompetencer. Indgår i tværfagligt miljø for at udvikle kompetencer.

¹² Autoriserede sundhedspersoner kan være: læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter, fysioterapeuter og kliniske diætister.

¹³ Andre fagpersoner: typisk inden for social-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet, f.eks. neuropsykologer, logopæder, socialrådgivere, pædagoger.

	<p>og metoder, som kræver et tilstrækkeligt volumen for at opnå og opretholde kompetencer til anvendelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetencer til at rådgive, vejlede og understøtte kompetenceudvikling for kolleger samt for neurofagligt personale i kommunerne. • Være opdateret på nyeste viden og forskning og kunne arbejde med implementering og anvendelse af denne. • Kompetence til at indgå i/ varetage forsknings-, uddannelses- og udviklingsopgaver inden for området. 		<ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for specialistviden og faglig sparring fra højt specialiseret niveau.
<p>HØJT SPECIALISERET NIVEAU</p>	<p>Autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiseret viden og kompetencer inden for neurologi og neurorehabilitering. Dvs.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indgående og omfattende viden om og kompetencer til neurorehabilitering med høj kompleksitet • Kompetencer til at formidle nyeste viden og forskning • Kompetencer til at undervise og vejlede kolleger og samarbejdspartnere, inkl. rådgivning vedr. særlige behandlingstilbud og 	<ul style="list-style-type: none"> • Indgår aktivt i interdisciplinært teamsamarbejde i højt fagligt miljø • Rehabilitering foregår i specialindrettede omgivelser • Deltager i/varetager forsknings- og udviklingsopgaver i relation til specialfunktionen, nationalt og internationalt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Løbende opdatering og anvendelse af viden og evidens, bl.a. via videreuddannelse, certificeret efteruddannelse og ved udveksling/studiebesøg m.v. • Adgang til specialistviden inden for andre specialer ved særlige komplekse opgaver. • Indgår i relevante netværk og forskningssamarbejde både nationalt og internationalt.

	hjælpemidler, regionalt og kommunalt.		
GENOPTRÆNING PÅ SPECIALISERET NIVEAU (GOP)	<p>Autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer på højt niveau inden for neurorehabilitering. Dvs.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indgående, specifik og opdateret viden om neurologi, neurorehabilitering og tilgængelig evidens • Rutine og erfaring med neurorehabilitering af høj kompleksitet • Kompetence til at vejlede og supervisere i forbindelse med tværsektoriel overgang. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedspersonerne arbejder som udgangspunkt på neurorehabiliteringsafdelinger med regionsfunktion eller højt specialiseret funktion • Tæt interdisciplinært samarbejde, hvor koordination af genoptræningsindsatsen og den lægelige behandling er afgørende 	<ul style="list-style-type: none"> • Løbende opdatering af viden og færdigheder om neurologi og neurorehabilitering, fx ved udveksling/studiebesøg m.v. • Deltager i relevante kurser og uddannelse • Modtager fast og hyppig supervision.

KOMMUNALE OMRÅDE:

Det kommunale område omfatter alle niveauer af genoptræningsplaner, som varetages i den enkelte kommunes egne tilbud samt i eksterne tilbud fra private, regionale og tværkommunale leverandører.

	Tilgængelige kompetencer i rehabiliteringsenhederne	Organisering	Kompetenceudvikling og -fastholdelse
ALMEN GENOPTRÆNING, BASALT NIVEAU (GOP)	<p>Autoriserede sundhedspersoner med generelle kompetencer inden for neurologi og neurorehabilitering svarende til grunduddannelse. Dvs.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Færdigheder med afsæt i viden, som rummer rutine og grundlæggende erfaring med eget fag og neurorehabilitering med lav kompleksitet. 	<ul style="list-style-type: none"> Indgår i tværfagligt samarbejde uden særlige krav til organisering og koordinering. Mulighed for ugentligt at arbejde med målgruppen. 	<ul style="list-style-type: none"> Adgang til faglig vejledning fra sundhedspersoner, der varetager neurorehabilitering på avanceret niveau eller højere niveau. Mulighed for at deltage i relevante kurser og uddannelse, når opgaveløsningen giver behov for yderligere kompetencer.
ALMEN GENOPTRÆNING, AVANCERET NIVEAU (GOP)	<p>Autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med særlige kompetencer inden for neurologi og neurorehabilitering. Dvs.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Indgående, specifik og opdateret viden og færdigheder, samt stor rutine og erfaring med neurorehabilitering på avanceret niveau Kompetencer til at koordinere rehabiliteringsforløb med indsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet 	<ul style="list-style-type: none"> Indgår i interdisciplinært samarbejde med krav til organisering og koordinering Sundhedspersonerne arbejder primært med neurorehabilitering. 	<ul style="list-style-type: none"> Indgår i et fagligt miljø med mulighed for at udvikle kompetencer Løbende opdatering og anvendelse af viden og evidens, bl.a. via videreuddannelse, certificeret efteruddannelse og ved udveksling/studiebesøg m.v. Mulighed for faglig vejledning og supervision fra rehabilitering på specialiseret niveau Mulighed for adgang til specialistviden fra hospitaler ved særligt komplekse neurorehabiliteringsopgaver

	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetencer til at formidle viden samt at rådgive/vejlede kolleger og samarbejdspartnere • Kompetencer til at arbejde med udviklingsarbejde i egen praksis 		<ul style="list-style-type: none"> • Opsøger relevant og nødvendig rådgivning hos sygehus og/eller ved praktiserende læge vedr. komorbiditet m.v. i konkrete forløb.
REHABILITERING PÅ SPECIALISERET NIVEAU (GOP)	<p>Autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for neurologi og neurorehabilitering. Dvs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indgående, specifik og opdateret viden om neurologi, neurorehabilitering og tilgængelig evidens • Rutine og erfaring med neurorehabilitering af høj kompleksitet • Kompetencer til at undervise, vejlede og supervisere kolleger og samarbejdspartnere • Kompetencer til at medvirke i forskningsarbejde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indgår aktivt i interdisciplinært samarbejde ift. særlige krav til helhedsorienterede forløb, timing og organisering, og på tværs af forvaltninger • Sundhedspersonerne arbejder primært eller udelukkende med neurorehabilitering på avanceret/specialiseret niveau • Øvrige fagpersoner i den specialiserede neurorehabilitering har deres primære arbejdsopgaver indenfor hjerneskadeområdet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indgår i et stærkt fagligt miljø for at udvikle kompetencer • Løbende opdatering og anvendelse af viden og evidens, bl.a. via videreuddannelse, certificeret efteruddannelse og ved udveksling/studiebesøg m.v. • Adgang til hyppig supervision • Mulighed for adgang til specialistviden ved særligt komplekse opgaver • Medvirker til forskning via aftaler og samarbejde med forskningsinstitutioner.

