

Plangrundlag for specialiseret rehabilitering

4. juni 2026

Plangrundlag for specialiseret rehabilitering

1. Baggrund og formål

Plangrundlaget skal omsætte beslutningen om regional overtagelse af rehabilitering på specialiseret niveau til en samlet plan for opstart, drift og videre udvikling. Materialet skal derfor beskrive de overordnede rammer, kapacitet, geografi, opstartsprincipper og væsentlige risici. Det skal ikke fungere som en fuld driftsmanual for alle lokale arbejdsgange. Plangrundlaget er udarbejdet med afsæt i beslutningsgrundlaget vedrørende etablering af døgnrehabiliteringsenheder som aktuelt er til politisk behandling og behandles på Regionsrådsmøde 24. juni 2026. Plangrundlaget er et supplement til beslutningsgrundlaget. Der er forhold som er mere uddybende beskrevet i beslutningsgrundlaget, mens plangrundlaget beskriver elementer, som ikke er indeholdt i beslutningsgrundlaget.

Med sundhedsreformen overgår rehabilitering på specialiseret niveau samt den mest specialiserede del af avanceret genoptræning til regionen pr. 1. januar 2027. Region Midtjylland får dermed myndigheds- og finansieringsansvaret. Opgaven forankres på Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Hammel Neurocenter (RHN), og der etableres tre døgnrehabiliteringsenheder geografisk fordelt i Region Midtjylland.

Den samlede opgavevaretagelse etableres trinvist. Første fase skal sikre forsvarlig og stabil drift fra 1. januar 2027 med visitation, kapacitetsstyring, døgnpladser og matrikelløse tilbud med fremmøde på udvalgte lokationer. Sideløbende etableres et udviklingsspor, hvor mere borgernære matrikelløse løsninger undersøges og afprøves, når de kan etableres fagligt, organisatorisk og økonomisk bæredygtigt.

2. Målgruppe og forløbstyper

Målgruppe

Rehabilitering på specialiseret niveau retter sig mod borgere med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder. Målgruppen omfatter primært borgere med erhvervet hjerneskade, men kan i sjældne tilfælde også omfatte borgere uden erhvervet hjerneskade med tilsvarende komplekse rehabiliteringsbehov. For disse borgere skal visitationskriterierne beskrives i samarbejde med henvisende afdelinger, så målgruppen afgrænses til borgere, der kan profitere af et specialiseret døgn-, matrikelløst eller kombineret rehabiliteringsforløb.

Volumen og forløbstyper

Der forventes en samlet årlig volumen på ca. 190 forløb. Gruppen uden erhvervet hjerneskade vurderes at være sjælden og forventes at udgøre ca. 6-8 forløb årligt. På tværs af målgruppen forventes ca. 100 forløb at være helt eller overvejende døgnbaserede, mens ca. 90 forløb

forventes at være helt eller overvejende matrikelløse. Fordelingen er en planlægningsforudsætning og skal justeres efter faktisk visitation og erfaringer fra opstarten.

Definition af forløbstyper

Døgnforløb anvendes, når borgeren har behov for tæt, koordineret tværfaglig indsats over hele døgnet, omfattende støtte/observation, et samlet 24-timers rehabiliterende miljø eller hvor transport/høj intensitet nødvendiggør døgnramme. Matrikelløse forløb anvendes, når borgeren kan opholde sig hjemme mellem træningsdage, kan deltage i et struktureret dagforløb og hvor kommunal støtte dækker behov uden for træningstiden. Kombinationsforløb anvendes, når borgeren først har behov for døgnramme og efter progression kan overgå til matrikelløst forløb.

3. Borgerforløb og visitation

Visitation og opstart

Visitation til både døgnbaserede og matrikelløse rehabiliteringsforløb sker via Fælles Regional Visitation på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Det skal sikre ensartet og fagligt kvalificeret visitation. Visitation vil altid bero på en konkret faglig vurdering, herunder borgerens funktionsevne, behov for pleje og tilsyn, rehabiliteringsintensitet, transportmuligheder og mulighed for at deltage aktivt i træning og øvrige indsatser.

Fælles Regional Visitation håndterer kapacitet på tværs af enhederne. Overflytning vil som hovedregel ske direkte fra neurorehabiliteringshospital til rehabilitering på specialiseret niveau. For matrikelløse forløb skal planen som udgangspunkt ligge klar ca. 14 dage før udskrivelse.

Samarbejde med kommune under forløbet

Kommunen modtager løbende information, så kommunen kan forberede de indsatser, der skal leveres under og efter det regionale rehabiliteringsforløb. Enhedernes personale vurderer forløbet løbende og dokumenterer relevante oplysninger, så kommunen kan følge progression, forventet afslutning og overgang til almen genoptræning eller øvrige kommunale indsatser.

Forløbskoordination

Døgneheden udpeger en ansvarlig sundhedsperson som forløbskoordinator. Forløbskoordinatoren har ansvar for at koordinere de interne indsatser i forhold til intensitet og timing og for at koordinere samarbejdet med bopælskommunen og herunder kommunens hjerneskadekoordinator. Kommunens hjerneskadekoordination spiller en central rolle, fordi kommunen har viden om borgerens nærmiljø og lokale forvaltninger.

Første ledige relevante tilbud

Visitation sker til første ledige relevante regionale tilbud. Der er derfor ikke garanti for nærmeste lokation. For matrikelløse forløb indgår transporttid og borgerens mulighed for at profitere af træning i den konkrete vurdering. Forløbskoordinator på det henvisende sengeafsnit kommunikerer tidligt og løbende med patient og pårørende, så forventningerne til tilbud, geografi og opstart er klare.

4. Døgnrehabilitering

Model med tre enheder

Det videre arbejde tager afsæt i etablering af tre døgnrehabiliteringsenheder. Modellen vurderes at give en hensigtsmæssig balance mellem faglig og økonomisk robusthed, geografisk dækning og realiserbarhed frem mod 1. januar 2027. Alle tre enheder skal indgå i en samlet regional opgaveløsning og kunne modtage borgere fra hele regionen.

Kapacitet og minimumsvolumen

Robust drift forudsætter et vist volumen pr. enhed. Det administrative udgangspunkt er minimum 8-10 pladser pr. enhed, så der kan etableres tilstrækkelig tværfaglig bredde, kontinuitet i kompetencer, mindre sårbarhed og mulighed for at opretholde specialiserede funktioner. Den samlede planlægningsforudsætning er 30 døgnpladser.

Placeringer

De forventede placeringer er Neurorehab Midt på Tagdækkervej i Hammel, Neurocenter Bytoften i Herning og en enhed i Horsens/Brædstrup. Neurorehab Midt og Bytoften er specialiserede rehabiliteringsmiljøer med relevante fysiske rammer og kompetencer. Beslutningsgrundlaget nævner desuden en placering af en enhed i enten Horsens eller Brædstrup.

Fagligt basisindhold

Alle døgnrehabiliteringsenheder skal kunne levere teambaserede, tværfaglige, intensive, sammenhængende og helhedsorienterede forløb. Der skal være specialiserede kompetencer inden for hjerneskaderehabilitering, adgang til relevant teknologisk udstyr og kompetencer til at anvende udstyret. Der skal desuden være volumen til holdtræning og til, at borgerne kan spejle sig i hinanden.

Bemanding og beredskab

Enhederne skal have sygeplejefaglig nattevagtsdækning. Ved akut lægefagligt behov anvendes relevante akutte kanaler, herunder vagtlæge/112 afhængigt af situationen. Medicinhåndtering og hjælpemiddelfordeling skal afklares i de relevante regionale administrative spor, herunder i forhold til omfanget af regionalt versus kommunalt ansvar.

5. Matrikelløse og ambulante tilbud

Definition og princip

Matrikelløse tilbud er rehabiliteringsforløb, hvor borgeren bor hjemme og modtager specialiserede indsatser ved fremmøde i dagtilbud på udvalgte lokationer. I relevante tilfælde kan enkelte indsatser leveres i borgerens hjem eller lokalområde efter konkret faglig vurdering.

Tilbuddet er ikke et kommunalt tilbud, men en regional specialiseret rehabiliteringsindsats, som forudsætter tæt sammenhæng til døgnenhederne og RHN's specialiserede kompetencer.

Opstartsmodel

Ved opstart pr. 1. januar 2027 tilrettelægges de matrikelløse forløb primært med fremmøde på de tre døgnenheder samt med mulighed for at anvende træningsfaciliteter på RHN's matrikler i Hammel, Skive og Lemvig. Personalet på døgnenhederne varetager indsatser for både borgere i døgnophold og borgere i matrikelløse forløb. Det matrikelløse tilbud for børn og unge varetages fagligt på Børn og Unge Sengeafsnit S6 på RHN jf. afsnit 6 om børn og unge.

Indsatser og faglighed

Indsatser kan leveres individuelt eller holdbaseret. Fremmøde anvendes især til intensiv tværfaglig træning, vurdering, behandling og koordinerede indsatser, som kræver specialiserede faciliteter eller flere faggrupper. Indsatser i hjemmet eller lokalområdet kan efter faglig vurdering omfatte fysioterapi, ergoterapi og/eller logopædi. På døgnforløb er der derudover adgang til neurosygepleje, neuropsykologisk bistand og lægefaglig understøttelse. Neuropsykologisk supervision kan indgå på tværs af forløbstyper.

Transport og befordring

Et matrikelløst forløb forudsætter, at borgeren kan mestre transporten og fortsat profitere af rehabiliteringen. Transporttid indgår derfor som faglig visitationsfaktor

Regler for befordring til specialiseret rehabilitering skal afklares.

Udviklingsspor

Der etableres et udviklingsspor for at undersøge, om tilbuddene over tid kan gøres mere borgernære uden at svække kvalitet, volumen, kompetencer eller økonomisk bæredygtighed. Udviklingssporet kan omfatte samarbejde med kommuner, brug af regionale og kommunale faciliteter, digitale løsninger, teknologi og erfaringer fra eksisterende matrikelløse tilbud. Mere decentrale modeller skal vurderes særskilt, fordi de kan indebære øget personaleforbrug, transporttid, koordinering og gentagelse af funktioner på flere matrikler.

6. Børn og unge

Særlig målgruppe

Forløb til børn og unge er forbundet med særlig kompleksitet og kræver højt specialiserede kompetencer. Rehabiliteringen skal ses i sammenhæng med barnets/den unges hverdag, familie, skolegang og langsigtet udvikling. Overgange og langsigtet opfølgning er kritiske, og der er behov for tæt tværsektorielt samarbejde med kommune, skole/PPR, socialområdet og familieindsatser. I 2024 blev 14 børn og unge udskrevet med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

Forløb

Forløb kan være matrikelløse, døgnbaserede eller kombinerede. Børne- og ungeforløb tilrettelægges med afsæt i de eksisterende højtspecialiserede neurorehabiliteringskompetencer på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Det matrikelløse tilbud varetages fagligt af Børn og Unge Sengeafsnit S6 på RHN. Der vil være tæt samarbejde mellem Børn og Unge Sengeafsnit S6 og Tagdækkervej om døgnkapacitet og faglig understøttelse. Tilbud til børn og unge forudsætter særskilte rammer, fordi både børn/unge og forældre/pårørende skal kunne indgå i forløbene.

Familie og pårørende

Barnet eller den unge inddrages i rehabiliteringen efter alder, indsigt og funktionsniveau. Forældre og relevante pårørende er centrale i indsatsen og skal inddrages systematisk med støtte, råd og vejledning, så rehabiliteringen kan hænge sammen med hverdagsliv, skolegang og familiens samlede situation.

Kapacitet ved udsving

Ved periodisk behov for flere børne-/ungepladser end forudsat skal kapaciteten kunne justeres inden for den samlede regionale kapacitet, hvis det er fagligt og driftsmæssigt muligt. Hvis kapaciteten er udtømt, kan eksterne leverandører anvendes efter konkret vurdering.

7. Kommunale snitflader og eksterne aktører

Grundlæggende ansvarsdeling

Regionen har ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau. Kommunerne har fortsat ansvar for de kommunale indsatser omkring borgeren. I alle forløb forudsættes et velkoordineret samarbejde mellem region og kommune om sociale forhold, arbejdsmarkedsforhold, skole, hjælpemidler, pleje og øvrige kommunale indsatser.

Kommunale indsatser i matrikelløse forløb

I matrikelløse forløb bor borgeren i eget hjem. Det forudsættes, at kommunerne fortsat varetager relevante indsatser i hjemmet og nærmiljøet, herunder helhedspleje, personlig og praktisk hjælp samt øvrige kommunale ydelser. Regionens specialiserede rehabilitering og kommunens indsatser skal koordineres i én samlet plan omkring borgeren.

Samarbejdsaftaler

De eksisterende samarbejdsaftaler mellem Region Midtjylland og de 19 kommuner på hjerneskadeområdet skal tilpasses de nye overgange og snitflader. Arbejdet forventes igangsat i regi af Hjerneskadesamrådet. Aftalerne skal fx beskrive snitflader for pleje, sygepleje, hjælpemidler, specialundervisning, skole, social- og beskæftigelsesindsatser samt anvendelse af eksterne leverandører.

Eksterne aktører

Private eller andre eksterne leverandører kan anvendes, når det er nødvendigt af hensyn til kapacitet, rettidighed eller særlige faglige behov. Der skal stilles krav til kvalitet, dokumentation, kompetencer, økonomi og driftsrobusthed. Nationale eller regionale aftalegrundlag bør anvendes, hvor de findes.

8. Organisering, personale og kompetencer

Organisatorisk forankring

Opgaven forankres på Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Forankringen skal sikre samlet faglig ledelse, ensartet visitation, adgang til specialiserede kompetencer og kapacitetsstyring på tværs af døgnbaserede og matrikelløse forløb.

Ledelsesmodel

Enhederne organiseres med lokal ledelse med direkte reference til centerledelsen på RHN og med tydelig faglig kobling til RHN. Som planlægningsforudsætning arbejdes der med afsnitsledelse bestående af oversygeplejerske og ledende terapeut samt tilknytning af overlægefaglig funktion. Derudover etableres forløbskoordinatorfunktioner og specialefaglige nøglefunktioner.

Faggrupper og kompetencer

Fra 1. januar 2027 vil enhederne være underlagt sundhedsloven, og der skal ske harmonisering af faglige kompetencer. Følgende faggrupper forventes at indgå: Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopæder, neuropsykologer, læger og serviceassistenter. Yderligere faggrupper kan blive relevante på længere sigt.

Tværgående specialiserede funktioner

Lægefaglig understøttelse, neuropsykologi og logopædi kan i en opstartsfasen organiseres tværgående fra RHN eller via eksisterende samarbejdsaftaler, hvor det er fagligt og driftsmæssigt hensigtsmæssigt. Det lægefaglige ansvar, herunder patientansvarlig læge, speciallægefaglig sparring og samarbejde med almen praksis, skal beskrives i den administrative implementering.

Personalemæssige risici

Sikker opstart forudsætter tidlig ledelsesansættelse, rettidig rekruttering, virksomhedsoverdragelse og kompetenceudvikling. RHN ønsker at ansætte ledere til enhederne snarest efter politisk beslutning, så ansættelser og kompetenceudvikling kan ske i tide.

9. Bygninger, drift, service, forsyning og IT

Fysiske rammer

De valgte lokationer skal kunne understøtte specialiseret rehabilitering med adgang til træningsfaciliteter, relevant udstyr, træningskøkken, fællesarealer, inde- og udearealer, enestuer med bad, mulighed for pårørendeopredning og personalefaciliteter. Lokationerne skal samtidig kunne understøtte matrikelløse fremmødeforløb.

Bygningsdrift og teknisk beredskab

For hver lokation skal der etableres driftsaftaler, der sikrer ansvar for bygninger, tekniske installationer, vedligehold, akutte reparationer og responstid. Hvor faciliteter deles med kommune, socialområde eller andre aktører, skal ansvar, økonomi og adgang til fællesarealer beskrives i aftalerne. Der skal fastlægges lokale beredskabsplaner for tekniske nedbrud, hjælpemidler og forsyningssvigt.

Serviceopgaver

Der ønskes etableret et samlet servicekoncept for rengøring, linned, vaskeri, depot, køkken/mad, affald, adgang, sikkerhed og øvrige servicefunktioner. Hvis der er fælles drift af faciliteter med andre aktører, skal der være klare aftaler, så parallel drift ikke gør løsningen unødigt dyr eller driftsmæssigt sårbar.

Forsyning, medicin og hjælpemidler

Forsyning af varer, linned, hjælpemidler og medicin skal organiseres via relevante regionale funktioner eller særskilte aftaler. Der skal være opmærksomhed på kapacitet i hjælpemiddelområdet, behov for træningsudstyr og de konkrete snitflader mellem regionale og kommunale hjælpemidler.

IT og telefoni

Der skal etableres nødvendig regional IT-infrastruktur på alle nye eller ændrede adresser, herunder kablet og trådløst netværk, pc'er, printere/skærme efter behov, telefoni, adgangsstyring, journalsystemadgang, datasikkerhed og support. Løsningerne skal understøtte døgnforløb, matrikelløse forløb, mobil opgaveløsning og tværsektoriel kommunikation.

10. Økonomi, kapacitet og beredskab ved pres

Økonomisk ramme

Region Midtjyllands forventede tildelte økonomi til rehabilitering på specialiseret niveau, inklusive ny målgruppe fra avanceret genoptræning, er 98,9 mio. kr. Fratrullet overhead på 10 pct. svarer det til 88,9 mio. kr. Foreløbige beregninger viser en årlig estimeret omkostning på 2,1-2,7 mio. kr. pr. døgnplads, svarende til 63-80 mio. kr. for 30 døgnpladser. Dertil kommer udgifter til matrikelløse tilbud.

Usikkerheder

Økonomien er forbundet med betydelig usikkerhed, fordi den afhænger af konkrete lokationer, bemanning, samdrift, forløbslængder, matrikelløs model, børn/unge, lægefaglig understøttelse, service, IT, forsyning, hjælpemidler, bygningsdrift og eventuelle eksterne køb. De foreløbige beregninger skal derfor læses som et planlægningsgrundlag og ikke som endelige driftsbudgetter.

Matrikelløse tilbud og decentralisering

Mere decentrale matrikelløse løsninger vil som udgangspunkt være dyrere end en mere samlet model, fordi stordriftsfordele reduceres, og der kan opstå behov for større samlet personaleforbrug, mere transporttid, mere koordinering og gentagelse af faste funktioner på flere matrikler. Det understøtter, at opstarten tager afsæt i eksisterende specialiserede lokationer, mens mere borgernære modeller vurderes særskilt i udviklingssporet.

Kapacitetsstyring

Kapaciteten styres samlet på tværs af de tre enheder og de matrikelløse tilbud. Den estimerede kapacitet medfører høj belægning, og udsving i efterspørgslen kan give pres på døgnpladserne. Ved manglende kapacitet, fristoverskridelser eller uforudsete peaks kan private eller udenregionale tilbud anvendes efter konkret vurdering og inden for den samlede økonomiske ramme.

11. Kvalitet, dokumentation og opfølgning

Kvalitetsprincip

Opgaveflyttet skal sikre et ensartet regionsdækkende tilbud af høj kvalitet samt sikre, at medarbejdere med rette kompetencer varetager opgaverne. Kvalitet skal forstås som faglig kvalitet i form af tværfaglige og evidensbaserede rehabiliteringsindsatser, som leveres i et helhedsorienteret og målrettet forløb. Gennem det samlede rehabiliteringsforløb sker der en systematisk inddragelse af patient og pårørende. Der er systematisk anvendelse af måleredskaber i forløbs faser med henblik på evaluering af faglig og patientoplevelse effekt, samt med henblik på læring og løbende kvalitetsudvikling. Rehabiliteringsforløb dokumenteres standardiseret på tværs af forløbs faser. Organisatorisk kvalitet skal forstås som ensartet visitation, rettidig opstart, og sammenhæng i borgerforløb.

Indikatorer og opfølgning

Efter opstart ønskes der etableret en struktur for opfølgning på kvalitet og samarbejde. Relevante indikatorer udvælges med henblik på både kapacitetsstyring og kvalitetsmonitorering og forbedring.

12. Implementeringsplan og risici

Implementeringsprincip

Implementeringen skal sikre, at den regionale opgave kan varetages forsvarligt fra 1. januar 2027. Det forudsætter en realistisk milepælsplan, hvor lokationer, personale, visitation, IT, service, forsyning, samarbejdsaftaler og økonomi beskrives parallelt.

Kritiske milepæle

Efter politisk beslutning skal der hurtigt ske afklaring af lokationsaftaler, ledelsesansættelser, HR-processer, rekruttering, kompetenceudvikling, visitations-setup, IT og telefoni, service- og forsyningsaftaler, hjælpemidler, medicinhåndtering og kommunale samarbejdsflader. Der ønskes arbejdet med test af centrale arbejdsgange inden opstart. Der er desuden behov for aftaler med alle kommuner om, hvordan der sikres hensigtsmæssige forløb for borgere med et igangværende rehabiliteringsforløb pr. 1.1.2027.

Væsentlige risici

De væsentligste risici er utilstrækkelig bemanding eller nøglekompetencer, forsinkede fysiske rammer, uafklarede driftsaftaler, utilstrækkelig IT/service/forsyning, uklarhed om kommunale snitflader, håndtering af eksisterende rehabiliteringsforløb pr. 1.1.2027, økonomisk pres og kapacitetspres. Risiciene skal håndteres aktivt i implementeringen.

Politisk og administrativ opfølgning

Der er behov for politisk behandling af de overordnede rammer og et mandat til administrativt at arbejde videre med implementering baseret på plangrundlaget. Efter opstart gives en samlet status på kapacitet, økonomi, kvalitet, matrikelløse forløb, børn/unge og anvendelse af eksterne leverandører.