

**Indenrigs- og Sundhedsministeriet,
Danske Regioner og KL**

Beskrivelse af rehabiliteringsindsatsen

- organisering af indsatsen i kommuner og regioner**

April 2010

Indholdsfortegnelse

FORORD	3
1. INDLEDNING	4
2. DE OVERORDNEDE RAMMER FOR OPGAVEN.....	5
2.1. INDSATSER OG ANSVAR.....	5
2.2. INITIATIVER FRA CENTRALT HOLD	6
SUNDHEDSAFTALER	6
FORLØBSPROGRAMMER FOR KRONISK SYGDOM OG PAKKEFORLØB FOR LIVSTRUENDE SYGDOMME	7
3. BESKRIVELSE AF KOMMUNERNES OG REGIONERNES ORGANISERING AF REHABILITERINGSINDSATSEN	10
3.1. VURDERING AF PATIENTENS BEHOV FOR REHABILITERING.....	10
BRUG AF STRATIFICERINGSPRINCIPPER	11
BRUG AF ICF	12
3.2. EN SAMMENHÆNGENDE REHABILITERINGSINDSATS PÅ TVÆRS AF SEKTORER	13
FORLØBSPROGRAMMER TIL AFKLARING AF ARBEJDSDELING	13
PRAKSISKONSULENTER	13
TILTAG TIL AT UNDERSTØTTE EFFEKTIV KOMMUNIKATION OG INFORMATION	14
3.3. TILTAG TIL KOORDINERING I UDSKRIVNINGSFORLØB.....	15
AFTALER OM VARSLING	15
UDSKRIVNINGSKONFERENCER OG KOORDINATORER FOR PATIENTER MED KOMPLEKS SYGDOM..	16
3.4. PATIENTRETTET FOREBYGGELSE I REGIONER OG KOMMUNER	17
3.5. EN SAMMENHÆNGENDE REHABILITERINGSINDSATS I KOMMUNEN	19
FORLØBSKOORDINERING OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE	19

Forord

Den 12. maj 2009 blev der mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner og KL aftalt en fælles strategi for udbredelse af initiativer, der kan bidrage til målrettede, veltilrettelagte og sammenhængende forløb for patienter med behov for rehabilitering.

Rehabilitering handler om at hjælpe mennesker med nedsat funktionsniveau, som følge af sygdom eller en ulykke mv., til bedst muligt at genetablere hverdagen med størst mulig selvhjulpethed.

Rehabilitering er et kompliceret område, da indsatsen ofte involverer mange lovområder, sektorer og faggrupper. Vi er enige om, at udfordringerne skal løses i fællesskab ved at tage udgangspunkt i patientens behov frem for i sektorgrænser og faggrupper, så patienten oplever et sammenhængende forløb og får den rehabiliteringsindsats, patienten har behov for.

Vi er derfor enige om, at en forbedret rehabiliteringsindsats først og fremmest skal ske gennem en effektiv identifikation af patienternes behov og en styrket koordinering af indsatsen, hvor den rækker på tværs af faggrupper, sektorer og lovgivning. Og patienten skal være en aktiv og central medspiller.

Ministeriet, Danske Regioner og KL har i fællesskab udarbejdet denne rapport, der beskriver de overordnede rammer for rehabiliteringsopgaven, der blev lagt med kommunalreformen.

Med kommunalreformen er der skabt de nødvendige lovgivningsmæssige rammer for at understøtte tilrettelæggelsen af den borgernære og sammenhængende rehabiliteringsindsats. Det er kommunernes og regionernes opgave at udfylde disse rammer i forhold til at sikre borgerne den bedst mulige rehabilitering.

I rapporten er der valgt at fokusere på organisering af den sundhedsfaglige indsats i rehabilitering. Rapporten viser, at der i regioner og kommuner generelt er taget flere tiltag for at sikre patienten en sammenhængende rehabiliteringsindsats på tværs af sektorer og forvaltninger. Det sker blandt andet ved udarbejdelse af forløbsprogrammer, aftaler om udskrivningsforløb, brug af praksiskonsulenter og forløbskoordinatorer. Vi er enige om, at den positive udvikling skal fortsætte.

For at understøtte sammenhæng og kvalitet i rehabiliteringsindsatsen og sprede god praksis på området har Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL taget initiativ til at udarbejde et idékatalog. Idékataloget vil give gode eksempler på, hvordan man regionalt og kommunalt kan tilrettelægge indsatsen på en hensigtsmæssig og individorienteret måde. Kataloget får således et anvendelsesorienteret sigte med det formål at give regioner og kommuner inspiration til arbejdet med rehabilitering.

Bertel Haarder
Indenrigs- og Sundhedsminister

Bent Hansen
Danske Regioner
formand

Tove Larsen
KL
formand social og sundhedsudvalg

1. Indledning

Rehabilitering handler om at hjælpe mennesker med nedsat funktionsniveau som følge af sygdom eller en ulykke mv. til bedst muligt at genvinde funktionsevnen.

For nogle handler det om at vende tilbage til arbejde, for andre om en aktiv pensionisttilværelse. For alle handler det om at blive så selvhjulpne som muligt, og få så meget kvalitet i livet som muligt.

I forbindelse med et sygdomsforløb kan der opstå behov for indsatser rettet mod fysiske, psykiske, sociale og arbejdsrelaterede problemstillinger, hvor en målrettet rehabiliteringsindsats kan hjælpe borgeren til en hverdag med et så godt liv som muligt trods de følger, der kan være efter og med sygdom.

Rehabilitering drejer sig ikke om én enkelt indsats eller ét tiltag, men om sammenhæng på tværs af flere indsatser, fx genoptræning, personlig og praktisk hjælp, hjemmehjælp, sygedagpengeopfølgning, specialundervisning mv., i et forløb tilpasset borgerens behov, ressourcer og målsætninger. Indsatserne ydes således efter forskellig lovgivning på sundhedsområdet, på beskæftigelsesområdet, på det sociale og på undervisningsområdet.

Samarbejde er derfor centralt indenfor rehabilitering, hvor flere faggrupper og sektorer kan have et ansvar for at identificere, visitere og følge op på hver sin del af patientens behov. Derfor er det afgørende, at der er et velfungerende og systematisk samarbejde mellem de relevante aktører og instanser om patienten, og at patienten inddrages aktivt.

Behovet for rehabilitering vil som udgangspunkt være meget forskelligt og vil fx kunne afhænge af patientens sygdom og behandlingsforløb, af patientens sociale, psykiske, beskæftigelsesmæssige situation osv. Patientens evne til aktivt at tage hånd om sit liv har også betydning for patientens behov for rehabilitering.

Nogle patienter vil derfor have behov for en omfattende rehabiliteringsindsats, hvor andre patienter slet ikke vil have behov for en rehabiliteringsindsats.

Derfor er det centralt, at rehabiliteringsindsatsen planlægges og gennemføres ud fra borgerens individuelle behov, og med borgeren som en aktiv medspiller.

2. De overordnede rammer for opgaven

Med kommunalreformen er ansvaret for de indsatser, der kan være relevante i forbindelse med rehabilitering i vidt omfang samlet i kommunerne.

Kommunerne fik med kommunalreformen bl.a. en større rolle på sundhedsområdet, med et samlet ansvar for al genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse. Kommunerne fik endvidere ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, som ikke sker i forbindelse med behandling på sygehus og i praksissektoren.

Ambitionen med reformen var bl.a. at sikre rammerne for en mere sammenhængende og koordineret rehabilitering tæt på den enkeltes hverdag. Ved at samle størstedelen af de borgernære opgaver i kommunerne, er der givet bedre mulighed for at løse opgaverne på en integreret og borgerorienteret måde med udgangspunkt i lokale forhold og behov.

Regionerne har forsat ansvar for dele af rehabiliteringsindsatsen, herunder bl.a. levering af specialiseret, ambulans genoptræning i sygehusregi og ansvar for den patientrettede forebyggelsesindsats, som sker i tilknytning til behandling på sygehus og i praksissektoren.

2.1. Indsatser og ansvar

Rehabiliteringsindsatser er reguleret i forskellig lovgivning, herunder sundhedslovgivning, sociallovgivning, beskæftigelseslovgivning og lovgivning på undervisningsområdet.

For så vidt angår de relevante indsatser, der er reguleret i sundhedsloven, har både regioner og kommuner ansvarsområder.

Regionen har eksempelvis pligt til efter behov at yde genoptræning under indlæggelse på regionens sygehuse eller specialiseret genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Hertil kommer at kommuner og regioner har et delt ansvar for den patientrettede forebyggelse, der har til formål at modvirke, at en sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer.

Derudover har kommunerne fx pligt at tilbyde almindelig genoptræning efter udskrivning fra sygehus og til efter lægehenvielse at tilbyde henholdsvis vederlagsfri hjemmesygepleje og vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeut.

For så vidt angår de relevante indsatser, der tilbydes efter sociallovgivningen og arbejdsmarkedslovgivningen og på undervisningsområdet, er ansvaret samlet i kommunerne, der er forpligtet til at tilbyde og træffe afgørelse om hjælp efter de enkelte bestemmelser i lovgivningerne.

Serviceoven giver bl.a. mulighed for at iværksætte forskellige hjælpeforanstaltninger med henblik på at kompensere for eller opnå og vedligeholde samme grad af funktionsevne. Blandt andet kan reglerne vedrørende personlig og praktisk hjælp, hjælpemidler, genoptræning, vedligeholdelsestræning mv. være relevante som led i en rehabilitering¹.

¹ Lovbekendtgørelse nr. 941 af 1. oktober 2009 om lov om social service

Rehabilitering kan også indbefatte patientens tilbagevenden til arbejdsmarkedet, hvorfor også reglerne om tilbud til ledige eller sygemeldte, herunder personer med nedsat arbejdsevne, kan være relevante. Kommunerne har således også ansvaret for at iværksætte beskæftigelsesrettede indsatser².

På undervisningsområdet vil bl.a. indsatser efter lov om specialundervisning for voksne kunne være relevant i en samlet rehabilitering.

Rehabiliteringsopgaven går som tidligere nævnt ud på at koordinere de relevante indsatser i et sammenhængende og målrettet forløb med udgangspunkt i den enkeltes behov.

2.2. Initiativer fra centralt hold

Det er kommunernes og regionernes opgave at udfylde de lovgivningsmæssige rammer med henblik på at sikre borgerne den relevante rehabiliteringsindsats.

I forbindelse med kommunalreformen er der fra centralt hold iværksat en række tiltag og etableret formelle samspilsrelationer til koordinering af den tværgående patientindsats med henblik på at sikre, at patienten modtager et sammenhængende patientforløb.

Sundhedsaftaler

For at styrke samarbejdet og koordineringen på tværs af sektorer blev det som en del af kommunalreformen obligatorisk for regioner og kommuner at indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet³.

Sundhedsaftalerne forpligter på den ene side region og kommunerne i regionen til at indgå særskilte aftaler på sundhedsområdet, hvor patientforløbet går på tværs af region og kommune og indebærer på den anden side betydelige frihedsgrader og mulighed for varierende løsninger tilpasset lokale forhold og behov.

Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i patientforløb, der går på tværs af region og kommune. Målet er, at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af indsats, der er behov for.

For at opfylde formålet skal aftalen således medvirke til at sikre en effektiv kommunikation og en entydig arbejdsdeling mellem region, praksissektor og kommune, samt koordinering af indsatsen i forhold til den enkelte patient.

Sundhedsaftalen mellem regionen og den enkelte kommune udarbejdes på baggrund af et generelt udkast for hele regionen og omfatter 6 obligatoriske indsatsområder.

- Indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Træningsområdet
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Forebyggelse og sundhedsfremme herunder patientrettet forebyggelse

² Der henvises bl.a. til Regeringens handlingsplan vedrørende sygefravær, juni 2008 og lovn. 563 af 9. juni 2006 om sygedagpenge

³ Bekendtgørelse nr. 778 af 13. august 2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt til den tilhørende vejledning nr. 9698 af 21. august 2009.

- Indsatsen for mennesker med sindslidelser
- Opfølgning på utilsigtede hændelser.

Sundhedsaftaler på særligt områderne, indlæggelses- og udskrivningsforløb, træning, hjælpemidler og patientrettet forebyggelse vil bidrage til en styrket og sammenhængende indsats for mennesker med et rehabiliteringsbehov.

De første sundhedsaftaler blev indgået i 2007. Næste generation skal indgås senest ved udgangen af januar 2011.

Forløbsprogrammer for kronisk sygdom og pakkeforløb for livstruende sygdomme

Sundhedsstyrelsen har i forlængelse af et flerårigt udviklingsarbejde i april 2008 udsendt et generisk forløbsprogram for kronisk sygdom⁴. Et forløbsprogram beskriver rammerne for den samlede sundhedsfaglige, tværfaglige, tværsektorielle og dermed koordinerede indsats for en given kronisk tilstand, herunder en præcis beskrivelse af opgavefordeling, koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer:

Forløbsprogrammer omfatter den samlede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at forløbsprogrammet indeholder følgende 6 komponenter:

1. Definition af patientgruppe og derefter systematisk identifikation og registrering af patienter.
2. Beskrivelse af den sundhedsfaglige indsats, der er relevant for den pågældende sygdom. Herunder udarbejdelse af kliniske retningslinjer i relation til diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning samt støtte til egenomsorg, og beskrivelse af de relevante sundhedsfaglige tilbud.
3. Beskrivelse af den overordnede organisering af den sundhedsfaglige indsats dvs. opgavefordelingen for patientforløbet er defineret. Der fastlægges kriterier for stratificering med henblik på en planlægning af en gradueret indsats.
4. Der fastlægges standarder med tilhørende indikatorer til monitorering af indsatsens kvalitet og effekt.
5. Der foreligger en plan for implementering af forløbsprogrammet herunder tidsplan, og hvem der har ansvar for implementeringsprocessen.
6. Forløbsprogrammet indbefatter en plan for evaluering og opfølgning på forløbsprogrammet indhold.

⁴ Sundhedsstyrelsen 2008. "Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Del I: Generisk model. Del II: Forløbsprogram for diabetes."

Formålet med brug af forløbsprogrammer er at sikre, at patienten tilbydes en indsats i overensstemmelse med sundhedsfaglige anbefalinger, at patienten tilbydes et sammenhængende forløb, og at sundhedsvæsenet proaktivt tager hånd om patientens sygdom. Denne proaktivitet skal blandt andet medvirke til at undgå at sygdom udvikler sig og til at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer.

Samtidig har forløbsprogrammerne til formål at understøtte inddragelse af patientens egne ressourcer og styrke patientens evne til egenomsorg ift. at mestre livet med kronisk sygdom.

Derfor vil forløbsprogrammer i flere sammenhænge udgøre et vigtigt redskab i planlægningen af den regionale og kommunale rehabiliteringsindsats.

Der er med Sundhedsstyrelsens forløbsprogram tale om vejledning i form af fagligt input til regioner og kommuner til den mere specifikke planlægning og tilrettelæggelse af indsatsen over for patienter med kronisk sygdom, herunder input til de lokale sundhedsaftaler om arbejdsdeling og kommunikation i forhold til patientforløb, der går på tværs af sektorerne.

Regioner og kommuner er bl.a. som led i samarbejdet om den patientrettede forebyggelse allerede godt i gang med at udvikle og implementere forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme. Der er med økonomiaftalerne for 2010 enighed om, at regioner og kommuner i videst mulig udstrækning arbejder for at implementere forløbsprogrammer for hjertekarsygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom, diabetes og muskel-skeletlidelser frem mod 2012.

Som led i regeringens kvalitetsreform og på baggrund af finanslove for 2009 og 2010 har regeringen sammen med Dansk Folkeparti og Liberal Alliance afsat 590 mio. kr.(2010 p/l) i perioden 2010-2012 til en styrket indsats for patienter med kronisk sygdomme til gennemførelse af forløbsprogrammer samt til patientundervisning og programmer for egenbehandling for kronisk syge. Implementering af forløbsprogrammer vil understøtte regioner og kommuner i at levere en sammenhængende rehabiliteringsindsats for kroniske patienter. Der er udmøntet midler til alle regioner og kommuner.

Der er endvidere fra centralt hold iværksat initiativer til at styrke rehabiliteringsindsatsen for hjertepatienter, kræftpatienter, patienter traumatisk hjerneskade og tilgrænsende lidelser samt patienter med moderat til svær apopleksi.

I pakkeforløbene på hjerteområdet er der udarbejdet anbefalinger til rehabiliteringsindsatsen for hjertepatienter i pakkeforløb⁵. Pakkeforløbene er implementeret i alle regioner pr. 1. januar 2010.

På kræftområdet har en arbejdsgruppe i regi af Sundhedsstyrelsen udarbejdet anbefalinger til den organisatoriske tilrettelæggelse af rehabilitering af kræftpatienter i relation til pakkeforløbene på kræftområdet⁶. I Kræftplan III er rehabilitering ligeledes et fokusområde. En færdig plan forventes at foreligge medio 2010.

Sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde tre forløbsprogrammer for hhv. børn og voksne med traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser samt patienter med moderat til svær apopleksi. De tre forløbsprogrammer vil forelægges forår 2011. De nationale anbefalinger for behandling og rehabilitering af patienter med moderat til svær apopleksi er en del af en politisk

⁵ Beskrivelse af pakkeforløbene på hjerteområdet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

⁶ Rehabilitering for kræftpatienter i pakkeforløb, afrapportering fra arbejdsgruppe under Task Force: www.sst.dk

aftale af 23. april 2009 mellem regeringen og Dansk Folkeparti om en styrket indsats på apopleksiområdet⁷.

Som en del af grundlaget for de kommende nationale anbefalinger udarbejdes i regi af Sundhedsstyrelsen en medicinsk teknologivurdering (MTV) for neurorehabilitering, der vil afdække, hvilken evidens der findes for tilrettelæggelsen af et hensigtsmæssigt og sammenhængende neurorehabiliteringsforløb fra den højt specialiserede regionale indsats til rehabilitering i kommunalt regi. MTV'en for neurorehabilitering vil forelægges januar 2011.

Som led i den styrkede indsats for patienter med kronisk sygdom skal Sundhedsstyrelsen i samarbejde med regioner og kommuner bl.a. løbende videreudvikle sit generiske forløbsprogram for kronisk sygdom, herunder efter behov udbygge dette i forhold til dets anvendelse på forskellige typer af relevante sygdomsområder f.eks. muskel-skeletlidelser og psykiatriske lidelser. Udarbejdelsen af sygdomsspecifikke forløbsprogrammer sker fortsat i regioner og kommuner. Sundhedsstyrelsen skal endvidere i forlængelse af bl.a. styrelsens Kommenterede Udenlandske Medicinsk Teknologivurdering: "Selvmonitoreret blodfortyndende behandling (2009) udarbejde den vejledning for udbredelse af egenbehandling. Og endelig skal styrelsen i forlængelse af bl.a. den nye Medicinske Teknologi Vurdering om patientuddannelse (2009) udarbejde en vejledning til kommuner og regioner om kvalitetssikring mv. af patientuddannelse.

⁷ Regeringen og Dansk Folkepartis aftale om en styrket indsats på apopleksiområdet kan findes på:
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/For_borgere/2009/April/Styrket_indsats.aspx

3. Beskrivelse af kommunernes og regionernes organisering af rehabiliteringsindsatsen

Rehabilitering handler i høj grad om samarbejde og om at koordinere de relevante indsats på tværs af faggrupper, sektorer og lovgivning og om at få tilrettelagt indsatsen i samarbejde med patienten ud fra dennes individuelle behov, ressourcer og målsætninger.

I det følgende beskrives centrale indsatsområder for en målrettet og sammenhængende rehabilitering:

- Vurdering af patientens behov, så patienten tilbydes relevant rehabilitering (afsnit 3.1.)
- Samarbejde og koordination i patientens forløb på tværs af sygehus, almen praksis, og kommune, så patientens tilbydes et rettidigt og sammenhængende forløb (afsnit 3.2.)
- Samarbejde og koordination mellem sektorer i udskrivningsforløb, så patienten ikke tabes i overgange (afsnit 3.3.)
- Regionale og kommunale tiltag til at støtte patienten i at leve med sin sygdom og deraf følgende funktionsnedsættelse gennem patientrettet forebyggelse. (afsnit 3.4.)
- Samarbejde og koordination i den kommunale indsats, så patienten oplever en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger i kommunen (afsnit 3.5.)

Under de enkelte indsatsområder beskrives, hvordan regioner og kommuner mere generelt har organiseret indsatsen suppleret med konkrete eksempler fra regioner og kommuner.

Rapporten indeholder således ikke en udtømmende beskrivelse af regionernes og kommunernes indsats, ligesom det er valgt at fokusere på organisering af indsats med vægt på den sundhedsfaglige indsats i rehabilitering.

3.1. Vurdering af patientens behov for rehabilitering

Patienter har forskellige behov for rehabilitering. En patient, der har pådraget sig en svær hjerneskade som følge af en ulykke eller en blodprop i hjernen, vil have andre behov for rehabilitering, end en patient der har brækket benet.

I første tilfælde, vil patienten typisk have behov for flere indsatser på samme tid: genoptræning, taleundervisning, pleje i hjemmet mv., hvor patienten i det andet tilfælde ofte ikke vil have behov for rehabilitering.

Også indenfor de enkelte sygdomme vil der være store forskelle i patientens behov, hvor nogle apopleksipatienter vil have behov for en omfattende og længerevarende indsatser i forhold til genoptræning, taleundervisning, praktisk hjælp, støtte til at vende tilbage til egen bolig og/eller arbejdsmarkedet, mens andre måske alene vil have behov for enkelte indsatser i forhold til medicinbehandling og patientuddannelse.

Det er derfor vigtigt, at patienten får vurderet sit behov for rehabilitering, så indsatsen tager udgangspunkt i den enkeltes behov, ressourcer og målsætninger.

Regioner og kommuner har iværksat forskellige initiativer med henblik på at sikre en mere systematisk behovsvurdering og til at sikre, at indsatsen rettes mod hele patientens situation.

Udbredte tiltag er:

- Brug af stratificeringsprincipper i planlægning og gennemførelse af indsats
- Introduktion af fælles værktøjer til vurdering af og kommunikation af patientens behov

Brug af stratificeringsprincipper

Regioner og kommuner har udarbejdet forløbsprogrammer for kroniske sygdomme, hvor man har foretaget en lokal udfyldning af Sundhedsstyrelsens generiske forløbsprogram for kronisk sygdom. Særligt i forhold til hjertesygdom, diabetes og KOL har regioner og kommuner udviklet forløbsprogrammer og en række kommuner og regioner planlægger forløbsprogrammer for demens, psykiske sygdomme og muskelskeletsygdomme mv.

Generelt er der i forløbsprogrammerne beskrevet retningslinjer for hvor og hvornår, der skal ske en vurdering af patientens behov for sundhedsfaglige indsatser.

I regionernes og kommunernes forløbsprogrammer er der endvidere ofte udarbejdet stratificeringsprincipper for indsatserne. Stratificering går ud på, at man målretter indsatsen efter patientens behov, og retter særlig opmærksomhed på særlige udsatte grupper.

Ved stratificering foretages en vurdering af den enkelte patient ud fra fastlagte kriterier, og resultatet bidrager til en beslutning om, på hvilket specialiseringsniveau og med hvilken intensitet den pågældende patient mest hensigtsmæssigt følges.

Udarbejdelsen af forløbsprogrammer foregår ofte i arbejdsgrupper under sundhedskoordinationsudvalgene og aftales i sundhedsaftalerne, hvor implementeringen forankres i de lokale samordningsudvalg med repræsentanter fra sygehus, almen praksis og kommune.

Eksempel på brug af forløbsprogrammer og stratificering i rehabilitering af patienter med Iskæmisk hjertesygdom.

I Region Syddanmark har man i partnerskab mellem sygehus, kommuner, almen praksis og Hjer-teforeningen udviklet et rehabiliteringstilbud til patienter med iskæmisk hjertesygdom. Indsat-serne tager udgangspunkt i, hvor kompleks patientens sygdom er og patientens evne til at hånd-tere sygdom og livssituation.

Hvis patientens sygdom er ukompliceret og under kontrol, og patienten har en god evne til at mestre sin situation, varetages behandlingen og rehabilitering af den praktiserende læge og kommunen. Patienten tilbydes medicinsk behandling samt forebyggelse.

Patienter med kompleks sygdom og evt. flere samtidige sygdomme, men som har en god egen-omsorgsevne udredes på sygehuset og tilbydes specifik patientuddannelse og kontrolforløb på sygehuset. Sygehusets udredning danner fundament for en efterfølgende behandlingsplan hos egen læge. I kommunen tilbydes efterfølgende generel patientuddannelse suppleret med fore-byggelsesaktiviteter.

Patienter med mindre kompliceret sygdom men til gengæld med en ringe egenomsorgsevne, varetages som udgangspunkt i almen praksis, men med tæt involvering af kommunen. I kommu-nen tilbydes patienten specifik patientuddannelse, støtte og omsorg i forbindelse med egen-/ hjemmebehandling samt forebyggelses- og sundhedsfremme initiativer. Den praktiserende læge fungerer som tovholder, hvor patienten går til årlige kontroller.

For patienter, der både har en kompleks sygdom, og har svært ved at håndtere sygdom, varetas-tes behandlingen i sygehusregi, og med en tæt involvering af kommunen. På sygehuset tilbydes specifik patientuddannelse og kontroller med jævne mellemrum. Indsatsen i sygehusregi kombi-neres med et kommunalt forløb bestående af patientuddannelse, støtte og pleje, forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud og forløbet koordineres af en forløbskoordinator.

Brug af ICF

Regioner og kommuner har generelt fokus på at sikre et tværfagligt samarbejde og kommunikation i afdækningen af patientens funktionsevne og behov. Flere regioner og kommuner gør eksempelvis brug af WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (ICF) som er en fælles referenceramme og kommunikationsredskab i vurderingen af patientens funktionsevne. WHO's ICF har udbredt opmærksomhed blandt fagprofessionelle både i praksis og i uddannelse.

ICF tager højde for fysiske, sociale, psykologiske faktorer mv. og kan anvendes til at forstå samspillet mellem helbredsbetiget nedsættelse af funktionsevnen og de personlige og omgivelsesmæssige ressourcer⁸. ICF - eller dele heraf - vil således kunne anvendes til at beskrive arten og omfanget af begrænsningerne i patientens funktionsevne på tværs af fagområder.

⁸ Der henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning i brug af ICF af eksempler fra praksis, 2005.

Eksempel på anvendelse af ICF på senhjerneskeadeområdet

Viborg Kommune og Regionshospitalet Skive har et projekt om anvendelse af ICF i forhold til patienter med senhjerneskeade.

Medarbejdere på de neurologiske afdelinger i Regionshospitalet Skive anvender ICF til at udarbejde en ICF-statusrapport i samarbejde med patienten med erhvervet hjerneskeade.

I statusrapporten lægges vægt på beskrivelse af sygdommens konsekvenser for patientens hverdagsliv, patientens ressourcer og begrænsninger, og hvad der i patientens omgivelser kan virke fremmende eller begrænsende på funktionsevnen.

Ved udskrivelsen overgår statusrapporten til henholdsvis patienten og patientens kommune, der anvender den i den videre rehabilitering.

3.2. En sammenhængende rehabiliteringsindsats på tværs af sektorer

Som patient skal man ikke bekymre sig om, hvor rehabiliteringsopgaven løses, uanset om indsatserne behøver inddragelse af forskellige sektorer. Efter indlæggelse på et sygehus kan man fx have behov for en opfølgende rehabilitering i kommunalt regi, fx i form af genoptræning, hjemmepleje, hjælpemidler mv. Samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommune er derfor centralt i rehabiliteringsprocessen.

Regioner og kommuner har generelt taget forskellige tiltag i brug med henblik på at styrke det tværgående samarbejde i patientforløbet. Tiltagene retter sig overordnet mod sikring af klare arbejdsdelinger og mål for indsatser, vidensdeling om ressourcer og kompetencer samt kommunikation og informationsudveksling mellem sektorer. Udbredte tiltag er:

- Forløbsprogrammer til planlægning af hele patientforløbet, og dermed sikring af aktørernes indsatser er afklarede og veldefinerede
- Praksiskonsulenter til at styrke samarbejde og vidensdeling mellem almen praksis, sygehus og kommune
- It-understøttende tiltag til kommunikation og informationsudveksling.

Derudover er der taget forskellige tiltag til at sikre koordination i udskrivningsforløb.

Forløbsprogrammer til afklaring af arbejdsdeling

Regioner og kommuner anvender i høj grad forløbsprogrammer til at fastlægge og planlægge det gode patientforløb på tværs af sygehus, almen praksis og kommune.

Der foregår pt. et udviklingsarbejde i regioner og kommuner i forhold til at udarbejde konkrete og detaljeret forløbsbeskrivelser inden for forskellige sygdomsgrupper tilpasset lokale forhold, herunder indsatser med henblik på at understøtte patientens mestring af sygdom.

Praksiskonsulenter

Brug af praksiskonsulenter er et andet værktøj, som er udbredt i regioner og kommuner med henblik på at sikre gode patientforløb på tværs af sektorer. En praksiskonsulent er en alment

praktiserende læge, der har til opgave at medvirke til at sikre helhed og kvalitet i patientforløb på tværs af regioner, herunder almen praksis og kommuner.

Praksiskonsulenten har til opgave at facilitere et godt samarbejde med kommunen og sygehuset i forhold til fx sygedagpenge, håndtering af kronisk sygdom mv. Praksiskonsulenten kan være ansat på sygehuset eller i kommunen.

Praksiskonsulenten er det lokale bindeled til almen praksis og har typisk også til opgave at bidrage med almen praksis' vinkel i udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser, ligesom praksiskonsulenten kan give kommunerne sparring i forhold til de nye opgaver og roller på sundhedsområdet osv.

Praksiskonsulentordningen er gennem de seneste 10-15 år blevet indført i alle regioner og på alle sygehuse (på nær fem psykiatriske sygehuse). Den seneste opgørelse fra 2009 viser, at 67 kommuner havde en eller flere praksiskonsulenter ansat. Flere regioner har taget initiativ til en fælles praksiskonsulentordning med deltagelse fra både region og kommune.

Eksempel på brug af regionale og kommunale praksiskonsulenter

I Region Syddanmark anvendes praksiskonsulentordningen som et redskab i arbejdet med at udvikle, implementere, monitorere og evaluere patientforløb i regionen.

Praksiskonsulenter giver vejledning og sparring omkring samspillet med almen praksis om de fælles forebyggelsesopgaver i forhold til borgerne i den enkelte kommune. Praksiskonsulenterne medvirker i udviklingen af kommunens rehabiliterings- og genoptræningstilbud med fokus på samarbejdet med almen praksis.

Derudover medvirker praksiskonsulenterne til at formidle informationer til almen praksis vedrørende kommunens sundhedstilbud til borgerne og til udviklingen af den elektroniske kommunikation mellem almen praksis og kommunen.

Tiltag til at understøtte effektiv kommunikation og information

En forudsætning for at sikre sammenhæng i patientforløb er, at der er en effektiv kommunikation og informationsudveksling mellem sygehus, almen praksis og kommune, så de involverede parter har den nødvendige information til at agere proaktivt og følge op på patientens behov.

Regioner og kommuner er i gang med at udbrede it-kommunikation mellem sygehus, almen praksis og kommuner, så der nemt og effektivt kan deles information om patienten. Det vedrører bl.a. elektroniske genoptræningsplaner, advis-meddelelser vedr. indlæggelser, indlæggelsesvar og udskrivninger, ad-hoc meddelelser, elektroniske varslinger af færdigbehandlede patienter, lægevisiterede forebyggelseshenvisninger samt melding af færdigbehandling.

I regioner og kommuner foregår der ligeledes et arbejde med etablering af elektronisk oplysning om kommunale og regionale tilbud, så sundhedspersonalet får nem adgang til og overblik over de eksisterende tilbud. Med henblik på at sikre en landsdækkende informationsudveksling om kommunernes rehabiliteringstilbud har KL indgået samarbejde

med sundhed.dk om, at kommunerne via portalen kan vise kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Eksempler på informationsportal

I Region Syddanmark har man etableret et fælles et informationssystem www.visinfosyd.dk, der indeholder opdateret information om undersøgelses- og behandlingstilbud, kontaktinformationer, patientflows mv. på tværs af sektorerne.

Målgruppen for informationen er praktiserende læger, personale på sygehusene og i kommunerne, der varetager patientbehandling på tværs af sektorgrænser.

I Region Hovedstaden er det blevet besluttet at anvende sundhed.dk som forebyggelsesportal, hvor forebyggelsestilbud på hospitaler, i kommuner og almen praksis af relevans for KRAM-faktorer og forløbsprogrammer skal være tilgængelige.

Region Nordjylland har etableret en forebyggelsesportal nordjysksundhed.dk, som indeholder samtlige forebyggelsestilbud inden for KRAM-faktorerne i regionen og kommunerne.

3.3. Tiltag til koordinering i udskrivningsforløb

Særligt i forbindelse med overgange, bl.a. udskrivning fra sygehus, er det centralt, at man som patient ikke tabes mellem sygehus, almen praksis samt kommune og sendes ud i et ingenmandsland.

At sikre gode udskrivningsforløb handler således om at skabe klare procedurer, systemer og samarbejdsstrukturer mellem aktørerne, der understøtter informationsdeling og kommunikation mellem sygehus, kommune og almen praksis.

Regioner og kommuner har generelt et stort fokus på indlæggelses- og udskrivningsforløb bl.a. i de obligatoriske sundhedsaftaler, hvor det er et obligatorisk indsatsområde, og arbejder med at få etableret systemer og procedurer for udskrivningsforløb. De mest udbredte tiltag til at sikre velkoordinerede udskrivningsforløb er:

- Etablering af varslingsaftaler og udskrivningsaftaler
- Brug af udskrivningskoordinatorer i komplekse forløb.

Aftaler om varslings

Regioner og kommuner har etableret varslingsaftaler som led i den obligatoriske sundhedsaftale for indlæggelses- og udskrivningsforløb. Generelt er der indført en procedure om, at kommunen allerede ved indlæggelse vil blive adviseret, hvis der er tale om en patient, der er kendt i kommunens omsorgssystem. Eller hvis der er tale om en patient, der vurderes at have brug for omfattende hjælp og pleje efter udskrivning fra sygehus. Brug af varslingsystemer kan således bidrage til at kommunen tidligt i forløbet kan planlægge udskrivningen og dermed stå klar med de nødvendige støtteforanstaltninger når patienten er klar til udskrivning.

Eksempel på organisering af udskrivningsforløb

I alle regioner adviserer sygehuset som hovedregel til kommunens omsorgssystem, når en patient indlægges. Er patienten kendt af omsorgssystemet sendes en indlæggelsesrapport retur til sygehuset.

I region Syddanmark udarbejder sygehuset en behandlingsplan samt en forløbsplan, der sendes til kommunen. Når patienten udskrives afholdes en udskrivningssamtale med patienten, og der udarbejdes en udskrivningsrapport samt genoptræningsplan, hvis der foreligger et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning, der sendes til kommunen, som har ansvar for at følge op.

Region Hovedstaden har for at sikre overgangen fra hospital til kommune for personer med erhvervet hjerneskade udarbejdet et forslag til aftale om kriterier for færdigbehandling på hospitalet og præcise krav til udfyldelsen af personens genoptræningsplan, så kommunen har den fornødne viden om personens funktionsevne og behov for rehabilitering til at kunne sikre, at den fornødne indsats er klar ved udskrivning.

Udskrivningskonferencer og koordinører for patienter med kompleks sygdom

Regioner og kommuner har indgået aftaler og procedurer for en udvidet koordinering i udskrivningsfasen for patienter med væsentligt ændret (nedsat) funktionsniveau og med komplekse problemstillinger. Brug af udskrivningskonferencer og/eller udskrivningskoordinører er den typiske organisering. Ved udskrivningskonferencer mødes kommunen og evt. patientens egen læge mv. på sygehuset eller i form af et hjemmebesøg for at planlægge og tilrettelægges patientens udskrivning fra sygehuset og koordinere de relevante indsatser.

De steder hvor ordningen er iværksat, er udskrivningskoordinatoren typisk en kommunal visitator, der arbejder på sygehuset, og som tager kontakt til patienten tidligt i forløbet for at forberede de foranstaltninger, der skal træffes i kommunerne forud for udskrivning af patienten. Dette sker i tæt samarbejde med sygehuspersonalet, patienten og pårørende.

Eksempel på brug af udskrivningskoordinatorer

Mange kommuner har etableret en koordinerende funktion i forbindelse med udskrivning. I Københavns Kommune anvendes udskrivningskoordinatorer, hvor det skønnes relevant med et tæt samarbejde om patienten mellem sygehus, almen praksis og kommune. Dette gælder særligt for geriatriske patienter.

En repræsentant fra kommunen deltager i patientens forløb under indlæggelse, og afdækker patientens behov for hjælp efter udskrivning. Det kan være en koordinerende sygeplejerske, der har det som sin primære opgave, eller det kan være en terapeut fra et af kommunens træningscentre.

Udskrivningskoordinatorer informerer tilbage til de relevante instanser i kommunen, der skal følge op på patientens behov.

3.4. Patientrettet forebyggelse i regioner og kommuner

Patientrettede forebyggelsesindsatser er en væsentlig del af den sundhedsfaglige rehabilitering for at undgå at sygdommen forværres og hjælpe patienten til at få et godt liv på trods af sygdom.

Generelt er der i kommuner og regioner fokus på patientrettet forebyggelse i form af patientuddannelse, rygestopkurser, fysisk træning mv. Den patientrettede forebyggelse og dermed en væsentlig del af den sundhedsfaglige rehabilitering, sker på sygehuset, hos egen læge og i den kommunale sundhedsindsats (sygepleje, genoptræning, patientrettede forebyggelsesindsatser).

Mange kommuner har etableret sundhedscentre som omdrejningspunkt for væsentlige dele af den kommunale indsats på sundhedsområdet, herunder særligt i forhold til den patientrettede forebyggelse. Mere end 50 pct. af kommunerne havde i 2008 etableret sundhedscentre, og næsten alle kommuner har et eller flere patientrettede forebyggelsestilbud målrettet borgere med kronisk sygdom – typisk hjertekarsygdom, lungesygdom eller diabetes. Næsten alle kommuner har bl.a. etableret rådgivningstilbud vedrørende kost, rygning, alkohol og motion⁹.

Formålet med sundhedscentre er blandt andet at skabe en synlig indgang for patienten og et stærkt tværfagligt miljø bl.a. med henblik på koordinering af indsatser. Andre kommuner har valgt at organisere forebyggelsesindsatsen i rehabiliteringscentre, sundhedshuse eller i andre dele af deres eksisterende tilbud.

⁹ KL (2008): Godt i gang – en kvantitativ undersøgelse af den kommunale forebyggelsesindsats

Eksempler sundhedscentre og patientrettede forebyggelsestilbud

I 2004 blev Forebyggelsescenter Østerbro oprettet i tæt samarbejde med Hovedstadens Sygehusfællesskab, Bispebjerg Hospital og de praktiserende læger med henblik på at styrke indsatsen overfor kroniske patienter.

I sundhedscentret tilbydes fysisk træning, kostvejledning, undervisning og/eller et tilbud om rygestop til patienter med hjertesygdom, KOL (Kronisk obstruktiv lungesygdom), type 2 diabetes eller er usikker på benene efter et fald.

Det foregår ved vejledning og undervisning bl.a. til ændring af livsstil eller medicinbehandling. For at patientens kan benytte tilbuddene i sundhedscentret, skal praktiserende læge henvise til centret.

I Frederikshavn Kommune har man etableret sundhedscentre i Sæby, Skagen og Frederikshavn til at varetager den almene rehabilitering så tæt på borgeren som muligt.

Her tilbydes patienter med hjertekarsygdom, diabetes eller KOL rehabilitering efter henvisning fra egen læge eller sygehus.

Patienten får tilbud om en grundig samtale om livet med kronisk sygdom – herunder de normale reaktioner, der kommer som følge af sygdom, og de psykiske reaktioner – herunder angst og usikkerhed. Sammen med en medarbejder lægges der en plan for, hvad den enkelte kan gøre i hverdagen, og patienten kan her tilbydes vejledning og kurser indenfor kost, rygning, motion, blodtryksmåling.

Der er endvidere sket en udvikling i forhold til mellemkommunale samarbejder i forhold til etablering af rehabiliteringstilbud til patienter med kroniske sygdomme oftest diabetes, KOL og hjertesygdom. Ifølge KLS seneste opgørelse havde over halvdelen af kommunerne samarbejdsaftaler med andre kommuner i forhold til rehabiliteringstilbud. Formålet er, at man derigennem kan tilbyde patienten en bredere palet af tilbud, da samarbejdsaftalerne skaber patientunderlag til, at der kan etableres specifikke tilbud indenfor mindre udbredte diagnosegrupper særligt i de mindre kommuner.

Regionerne varetager den patientrettede forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren. En vigtig del af indsatsen handler om den sygdomsspecifikke patientuddannelse. Formålet er bl.a., at give patienten viden til at forstå sin sygdom og styrke den enkelte patients egenomsorgsevne.

Regionerne har på sygehusene oprettet en bred vifte af patientuddannelsestilbud til mange forskellige patientgrupper, herunder diabetespatienter, KOL-patienter, gigtpatienter, patienter med hjertekarsygdomme, kræft, epilepsi, muskelskeletlidelser, astma og eksem, neurologiske sygdomme mv.

Eksempel på patientuddannelses tilbud på sygehus

På Sygehus Thy-Mors har man oprettet et lungerehabiliteringstilbud til patienter med KOL, som er indstillet til operation eller behandling på sygehuset, eller er indlagt på sygehus Thy-Mors. Undervisningen foregår på hold, og det er muligt for pårørende at deltage i nogle af undervisningstimerne.

Indholdet i patientuddannelsen består bl.a. i undervisning i lungernes opbygning og funktion og kostens betydning samt træning, herunder afslappende og udspændende øvelser.

Region Sjælland har i dag et omfattende tilbud om hjerterehabilitering og KOL-rehabilitering på sygehus. Patienterne tilbydes et rehabiliteringsforløb som består af tværfaglig patientuddannelsesforløb samt specialiseret genoptræning.

3.5. En sammenhængende rehabiliteringsindsats i kommunen

Kommunen er en central aktør, når det handler om en samlet, velkoordineret og målrettet rehabilitering, hvor det ikke mindst er nødvendigt at koordinere og sikre sammenhæng mellem indsatser varetaget af kommunens forskellige forvaltninger og institutioner fx ældrepleje, hjælpemidler, sygedagpenge, specialundervisning mm.

Kommunerne anvender en række forskellige organisationsmodeller med henblik på at sikre koordinering i patientens forløb på tværs af forvaltninger. De mest anvendte organisationsformer er:

- Forløbskoordinatorer/tværfaglige teams
- Organisatoriske enheder, fx sundhedscentre, sundhedshuse, rehabiliteringscentre o.lign. (se afsnit 3.4.)

Forløbskoordinering og tværfagligt samarbejde

Kommuner har generelt fokus på patienter med mange samtidige og komplekse behov. For eksempel anvender flere kommuner på hjerneskadeområdet koordinatore, der følger den enkelte borger og koordinerer de forskellige indsatser på tværs af forvaltninger, men som ofte også varetager koordinerende funktioner i forhold til samarbejdet med sygehus og almen praksis, herunder i forhold til overgange ved udskrivning.

Ca. en tredjedel af kommunerne har udpeget en person til at varetage koordinering af hjerneskadesager. I kommunerne er der også erfaring med teambaseret forløbskoordination. Disse teams består fx af en socialrådgiver, fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejersker mv., der mødes og drøfter patientsager, og hvor der på baggrund af tværfaglig vurdering af patientens behov, udpeges en koordinator for patientens forløb.

Eksempel på forløbskoordinering

I Odense Kommune afprøver man et forsøg med koordinerede sagsbehandlere for borgere med akut hjerneskadede, progredierende handicaps samt børn med medfødte handicap.

Borgeren får tildelt en koordinator, der er borgerens tovholder i kommunen. Tovholderen sikrer koordineringen af den løbende kontakt mellem borger og kommune, herunder at borgeren tildeles en kontaktperson, der på et givet tidspunkt i sagsforløbet vil være borgerens primære indgang til kommunen.

Koordinatoren udfærdiger en handleplan og samordner indsatsen over for borgeren. Koordinatoren indkalder nøglepersoner og afholder relevante møder i forhold til borgeren, så indsatserne planlægges sammenhængende.

Gladsaxe Kommune har nedsat et koordineringsforum, som mødes en gang om ugen for at drøfte sager, hvor der er behov for en særlig koordinering. Direktøren for social- og sundhedsforvaltningen deltager sammen med cheferne fra sundhed, pleje og omsorg, arbejdsmarkedsforvaltningen og handicap- og psykiatri. Der er tilknyttet en række fagspecialister, som også står for at sikre, at medarbejdernes ekspertise er tilstrækkelig i de enkelte forvaltninger. Der udarbejdes en handleplan ud fra det, der besluttet på mødet og der følges op på sagen på senere møder.

Kommuner afprøver modeller for nye måder at samarbejde mellem forvaltninger og integrere indsatser på i rehabiliteringsforløb mhp. at sikre en helhedsorienteret indsats for patienten.

Der er i kommuner erfaring med fx at ansætte medarbejdere med sundhedsfaglig viden i jobcentret, hvor teamet vurderer patientens behov for rehabilitering og tilrettelægger indsatsen fx genoptræningsindsats og beskæftigelsesindsats i et koordineret forløb.

I enkelte kommuner er der også erfaring med, at sygedagpengerådgivere er "udstationeret" som en del af et samlet rehabiliteringsteam i sundhedscentret, så der sikres koordinering mellem de sundhedsfaglige indsatser og beskæftigelsesrettede indsatser.

Eksempel på tværfaglig koordinering

I Århus Kommune har man gennemført et koordinerede genoptrænings- og sygedagpengeprojekt. Her tilbydes sygemeldte borgere, henvist til genoptræning efter ortopædkirurgisk intervention, en tværfaglig og koordineret indsats med deltagelse af fysioterapeut og sagsbehandler, der arbejder sammen i et team. Ved på denne måde at tænke rehabilitering på tværs af kommunens sundheds- og beskæftigelsesopgaver opnås en ny mulighed for at gribe tidligt ind i sygdomsforløb og tilstande, hvor borgeren er i risiko for at blive længerevarende sygemeldt.

Derudover er sundhedscentre, sundhedshuse, rehabiliteringscentre mv. som beskrevet i afsnit 3.4. en udbredt organisering i kommunerne for varetagelse af den sundhedsfaglige indsats i rehabiliteringsforløb. Ligeledes er det også en vigtig del af rehabiliteringsindsatsen, at den så vidt muligt er en integreret del af de eksisterende tilbud i nærmiljøet dvs. i hjemmeplejen, skolen, det lokale idrætsliv mv.