

# Samarbejdsaftale om genoptræning

Proces: Revideret og godkendt juni 2019

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftale om		
Genoptræning		
Dato	Arbejdsgruppens sammensætning	
Besluttet i SKU	Opfølgning på aftalen	
Juni 2019	Samarbejdsaftalen er revideret og godkendt i SKU	
Dato	Hvilken ændring er foretaget på hvilket beslutningsgrundlag	Udarbejdet af
Maj 2019	Der er sket en gennemgående revision af samarbejdsaftalen, men med et særligt fokus på den lovændring (Sundhedsloven juni 2018), som betyder at opstart af almen genoptræning i kommunerne skal ske indenfor 7 kalenderdage, i modsat fald kan borgeren vælge frit mellem private aktører, som har indgået aftale med KL.	Projektgruppen for genoptræning
Marts 2020	Der er sket en revidering af forløbsbeskrivelsen for genoptræning og træning på børneområdet. Dette sker i relation til ny vejledning og bekendtgørelse på genoptræningsområdet, men introducerer også præciseringer og nye tiltag. Noget af dette er f.eks. en fast kontakt i kommunerne og brug af en korrespondance-meddelelse til beskrivelse af børns behov, når de ikke skal have en genoptræningsplan.	Projektgruppen for genoptræning

# Samarbejdsaftale for genoptræningsområdet

Revideret maj 2019

## Indholdsfortegnelse

1 Indledning.....	4
2 Arbejdsdeling og samarbejde.....	5
2.1 Almen praksis' rolle.....	5
2.2 Private leverandører.....	6
3 Særlige fokusområder.....	6
3.1 Børneområdet.....	6
3.2 Specifikke grupper.....	7
3.3 Tidsfrister for opstart af ambulante genoptræning.....	7
3.4 Frit valg af genoptræningssted.....	7
4 Kvalitetsudvikling på tværs af sektorerne.....	8
4.1 Kompetenceudvikling.....	8
5 Kommunikation mellem parterne vedrørende genoptræning.....	8
5.1 Genoptræningsplanen.....	8
5.1.1 Indhold og procedurer for genoptræningsplaner.....	9
5.1.2 Kvalitet og indhold i genoptræningsplanerne.....	9
5.2 Sikring af sammenhæng i genoptræningsforløbet.....	10
5.2.1 Hjemmebesøg og udskrivningskonference.....	10
5.2.2 Kontaktpersoner på hospitaler og i kommuner.....	10
5.2.3 Elektronisk kommunikation.....	11
6 Koordinering, monitorering og opfølgning på indsatsen.....	11
6.1 Den overordnede administrative opfølgning på samarbejdsaftalen.....	11
6.2 Monitorering - organisatoriske og faglige indikatorer.....	11
7 Kapacitetsstyring.....	12
Bilagsliste.....	12

## Bilag

"Forløbsbeskrivelse for genoptræning og træning på børneområdet"

# 1 Indledning

Formålet med samarbejdsaftalen om genoptræning er at sikre effektive og sammenhængende genoptræningsforløb af høj kvalitet, og uden unødigt ventetid, for patienter som efter en hospitalsindlæggelse har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Endvidere er formålet at sikre grundlaget for borgerens frie valg af genoptræningssted.

Aftalen skal derfor medvirke til:

- At skabe overblik over de fire stratificeringsniveauer inden for genoptræning, hvordan der henvises til disse, herunder hvordan der skelnes mellem dem.
- At sikre, at alle relevante aktører har adgang til disse aftaler og retningslinjer samt lokale aftaler.
- At sikre, at rammerne for en effektiv kommunikation og faglig dialog mellem hospital, kommune og almen praksis, herunder den nødvendige IT-understøttelse, er til stede.
- At sikre patientens muligheder for dialog med de forskellige aktører på både hospitalerne og kommunerne.
- At sikre, at patienten og relevante aktører kan få det fornødne kendskab til de eksisterende genoptræningstilbud i region og kommuner.
- At sikre patienten en kvalificeret vejledning, om mulighederne for frit valg af genoptræningssted.
- Hvordan parterne gennem en løbende planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud i regionen og kommunen sikrer, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivning fra hospitalet.
- Sikre kvaliteten af indholdet i genoptræningsplaner og at disse sendes rettidigt i forhold til når en patient afsluttes fra et stationært afsnit eller ambulantly behandling/kontrol.

Målgruppen for samarbejdsaftalen for genoptræningsområdet, er:

- Alle patienter, både børn, unge og voksne, der efter udskrivning har et lægefagligt vurderet behov for genoptræning.<sup>1</sup>
- Specifikke grupper af patienter, der tillige har behov for andre ydelser fra kommunerne.
- Læger, ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre faggrupper på hospitalerne – herunder sundhedspersoner på privathospitaler og praktiserende speciallæger, som har en aftale med Region Nordjylland.
- Ergoterapeuter, fysioterapeuter, læger og andre faggrupper, som er tilknyttet rehabiliterings/genoptræningsafdelinger/centre i region, i kommuner og ved private leverandører.

Genoptræning efter Sundhedsloven defineres som:

”En målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt”.

”Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter, dvs. træning af funktionsnedsættelse i relation til fx bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger”.

Sundhedsaftalen tager desuden udgangspunkt i (er lavet som link);

- [Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus\(2018\).](#)
- [Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner \(2018\).](#)

---

<sup>1</sup> Hjerneskadeområdet har sine egne samarbejdsaftaler for henholdsvis voksne med erhvervet hjerneskade og børn og unge med hjerneskade – se referencelisten.

## 2 Arbejdsdeling og samarbejde

Arbejdsdelingen vedrørende almen ambulant genoptræning, specialiseret ambulant genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau følger Sundhedslovens bestemmelser på genoptræningsområdet.

Kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for al genoptræning efter Sundhedsloven, når patienten er udskrevet fra hospitalet.

Ifølge bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra hospital, så skal genoptræningsplanen angive om patienten har behov for;

- Almen genoptræning
- Specialiseret genoptræning
- Rehabilitering på specialiseret niveau

Almen genoptræning kan være på enten basalt eller avanceret niveau.

Når en patient er henvist til almen genoptræning, skal kommunen på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering, og som et led i visitationen, angive, om patienten skal modtage genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Vurderingen foretages med udgangspunkt i de beskrivelser af de forskellige niveauer, der er beskrevet i vejledningens afsnit 4.

Hospitalerne har ansvaret for at yde den specialiserede ambulante genoptræning i følgende situationer:

- Hvis patienten har behov for genoptræningsindsatser, der varetages af personer med specialiserede kompetencer indenfor deres fagområde, og med krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulant hospitalsbehandling. Hvis genoptræningen af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i hospitalsregi.

Det er dog vigtigt at fastslå, at det ikke alene er patientens diagnose, men også patientens generelle tilstand, herunder sygdommens sværhedsgrad og evt. comorbiditet, der afgør, om patienten efter udskrivning fra hospitalet skal have genoptræning, og i givet fald på hvilket niveau. En afgørelse om behov for genoptræning beror således altid på en konkret lægefaglig vurdering af den enkelte patient. I den sammenhæng er det vigtigt at sundhedsfagligt personale (f. eks. læger, fysioterapeuter og ergoterapeuter) er instrueret i, at benytte de kriterier der er beskrevet i vejledningen om genoptræning, når det vurderes hvilken type genoptræning, der skal henvises eller visiteres til.

I visse tilfælde, og særligt når det drejer sig om rehabilitering på specialiseret niveau, hvor der stilles særlige krav til sammenhæng og kvalitet, vil det være relevant at supplere genoptræningsplanen med en sundhedsfaglig dialog mellem sundhedspersoner fra det udskrivende hospital og de sundhedspersoner, der koordinerer og/eller yder den rehabiliterende indsats i kommunen. For hjerneskeadeområdet er dette beskrevet i en lokal samarbejdsaftale mellem kommunerne og Region Nordjylland (Samarbejdsaftale for voksne med erhvervet hjerneskeade), hvor retningslinjer for dialogen mellem patient, evt. pårørende, kommunen og regionen er nærmere beskrevet.

### 2.1 Almen praksis' rolle

Genoptræningsplanen fremsendes til den praktiserende læge efter samtykke fra patienten.

Almen praksis' rolle i relation til genoptræningsområdet er primært, at være patientens tovholder. I denne funktion ligger blandt andet, at det er den praktiserende læge, som har den nære kontakt til borger og kommune. Egen læge vil typiske være en del af længerevarende og komplicerede forløb fx i forhold til den medicinske behandling, og vil generelt kunne følge op på genoptræningsforløb, når patienten kommer i praksis. Kommunerne fremsender efter anmodning epikrise til almen praksis efter endt genoptræningsforløb.

## 2.2 Private leverandører

### Privathospitaler og speciallæger

Gennem standardkontrakten for udvidet frit sygehusvalg indgået mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker forpligtes Privathospitalerne til at leve op til kravene i sundhedsaftalerne. Specielt for genoptræning gælder det, at privathospitalerne skal:

”Overholde lovgivningens krav til genoptræningsplaner samt udarbejde planerne i overensstemmelse med de vilkår, der er skitseret i de gældende sundhedsaftaler indgået mellem patientens bopælskommune og bopælsregion”.

Således gælder det for de private leverandører i forbindelse med det frie udvidede sygehusvalg:

- At det private sygehus vurderer, behovet for genoptræning efter endt sygehusbehandling, og ved behov udarbejder en genoptræningsplan.
- At det skal fremgå af genoptræningsplanen, hvor den er udarbejdet, når denne fremsendes til kommunen eller sygehuset.
- At genoptræningsplanen sendes elektronisk i henhold til MedCom standarden G-GOP.

I situationer, hvor en patient bliver udskrevet fra et privathospital efter at have modtaget behandling for egen regning (fx via en sundhedsforsikring), har privathospitalet ikke kompetence til at vurdere, om en patient har behov for genoptræning. Her har privathospitalet i stedet mulighed for formelt at sende patienten til bopælsregionens hospitals' relevante speciale, med henblik på vurdering af et eventuelt behov for en genoptræningsplan og efterfølgende genoptræning.

### Privatpraktiserende fysioterapeuter og ergoterapeuter

Når en kommune indgår aftaler med private fysio- eller ergoterapeuter, om at varetage dele af kommunens genoptræning, så er det op til kommunen selv at aftale rammerne for samarbejdet med de private aktører.

I forhold til de private aktører, som KL indgår aftaler med, vil der i disse aftaler være beskrevet, hvilke krav de private leverandører skal leve op til omkring fx faglige kvalifikationer og adgangsforhold. Borgerens hjemkommune har dog altid ret til at bede om dokumentation for opstart og indhold i det konkrete forløb. Desuden kan kommunen stille krav om, at leverandøren kommunikerer med kommunen via sikker kommunikation.

Private leverandører skal samarbejde og kommunikere med kommuner og hospitaler i den form og den udstrækning, det er nødvendigt for at sikre koordinering med evt. andre indsatser, og for at sikre den størst mulige sammenhæng i patientforløbet. Er der krav til registrering i relation til typen af genoptræning, har den private leverandør tillige ansvaret for at dette sker.

Beskrivelser af de aftaler, som KL indgår med private aktører kan findes på ["Mingenoptræning.dk"](https://www.mingenoptraening.dk), hvor der også findes en liste over de leverandører, der er indgået aftaler med.

## 3 Særlige fokusområder

### 3.1 Børneområdet

Der er behov for et særligt fokus på børneområdet, da dette område fremstår komplekst, både juridisk, organisatorisk og fagligt. Der er derfor udarbejdet en selvstændig forløbsbeskrivelse for genoptræning og træning på børneområdet. Forløbsbeskrivelsen er tidligere formidlet til de relevante aktører på området, og det umiddelbare indtryk er, at den kan danne grundlag for en mere systematisk tilgang til træning og genoptræning på børneområdet. I forbindelse med revisionen af aftalen om genoptræning vil der efterfølgende ske en revision af forløbsbeskrivelsen på børneområdet.

Forløbsbeskrivelsen er vedlagt denne aftale som **bilag**.

### 3.2 Specifikke grupper

Jf. definitionen af genoptræning er det vigtigt at præcisere, at indsatsen vedrørende genoptræning også skal dække de patienter, som har lidt et kognitivt funktionstab - også uden at lide et bevægelses- eller aktivitetsmæssigt funktionstab. Der bør derfor være særlig opmærksomhed på, at patienter med erhvervet hjerneskade, udviklingshæmmede, psykisk syge m.fl., får vurderet deres genoptræningsbehov. I forbindelse med udfyldelse af en genoptræningsplan skal det derfor sikres, at resultaterne af relevante funktionsevnevurderinger og særlige undersøgelser, fx neuropsykologiske undersøgelser og behandling, audiologopæders undersøgelser og behandlinger samt andre relevante faggruppers undersøgelser og behandlinger, bliver gengivet i genoptræningsplanen.

### 3.3 Tidsfrister for opstart af ambulans genoptræning

Bekendtgørelsen angiver, at der skal fastsættes en tidsfrist for opstart af genoptræningen, hvis der er et sundhedsfagligt begrundet behov for det, og når det gælder almen genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau, hvis det afviger fra den gældende tidsfrist på 7 kalenderdage, som beskrevet nedenfor.

Et sundhedsfagligt begrundet behov kan forekomme, hvis genoptræningen skal igangsættes uden ventetid (v. almen genoptræning/ rehabilitering på specialiseret niveau; hurtigere end 7 kalenderdage) eller, hvis genoptræningen skal udskydes (v. almen genoptræning / rehabilitering på specialiseret niveau; til senere end 7 kalenderdage) fx af hensyn til en igangværende behandling. Det er i den forbindelse vigtigt, at behovet er velbeskrevet og fagligt begrundet.

**Opstart af genoptræning defineres** som det første møde mellem borgeren og den sundhedsperson, der skal forestå hele eller dele af genoptræningen.

I forhold til opstart af genoptræning, **tæller udskrivningsdagen som dag 0.**

Brug af tidsfrister skal dog ses i relation til reglerne for opstart af almen genoptræning og specialiseret rehabilitering i kommunerne, som i henhold til bekendtgørelsen fordrer en hurtig opstart af genoptræningen indenfor 7 kalenderdage. Det er derfor især vigtigt at angive, når genoptræningen skal udskydes, så der ikke iværksættes en procedure for hurtig opstart af genoptræning.

I de tilfælde, hvor genoptræningsplanen angiver, at der er behov for enten *almen genoptræning* eller *rehabilitering på specialiseret* niveau i kommunerne, gælder grundlæggende følgende regler;

- 1) Senest 4 kalenderdage efter borgerens udskrivelse fra hospitalet, skal kommunen informere borgeren om, hvor og hvornår kommunen kan tilbyde opstart af genoptræning, samt hvilken type genoptræning kommunen har vurderet, at borgeren har brug for (basal eller avanceret).
- 2) Såfremt kommunen ikke indenfor 7 kalenderdage kan tilbyde borgeren opstart af genoptræning, har borgeren ret til frit at vælge mellem de private aktører, som KL har indgået aftaler med i relation til den type af genoptræning (fagområde og niveau), som borgeren har brug for.

Afhængigt af, om kommunen kan, eller ikke kan, tilbyde borgeren opstart af genoptræning indenfor de 7 kalenderdage gælder særlige regler for det frie valg af genoptræningssted, som beskrevet nedenfor.

### 3.4 Frit valg af genoptræningssted

Igangsætning af et genoptræningsforløb skal altid indeholde en rådgivning til borgeren omkring mulighederne for frit eller udvidet frit valg af genoptræningssted. Er der tale om specialiseret genoptræning på et hospital, så er det hospitalet, som har ansvaret for at give denne rådgivning, og er det almen genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau i en kommune, så er det kommunens ansvar.

*a) Frit valg i relation til specialiseret genoptræning på et hospital*

Sundhedslovens regler for både det frie sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg gælder også for patienters valg af genoptræningssted, når det drejer sig om specialiseret genoptræning.

**Det frie sygehusvalg** betyder, at patienten kan vælge at modtage den specialiserede genoptræning på et af bopælsregionens hospitaler eller andre regioners hospitaler og de privathospitaler, som er nævnt i sundhedslovens § 78 stk.2.

**Det udvidede frie sygehusvalg** betyder, at patienten kan vælge at modtage den specialiserede genoptræning på et privathospital, hvis ventetiden overstiger 60 dage eller 30 dage ved alvorlig sygdom.

*b) Frit valg i relation til almen genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau i kommunerne*

Borgeren kan i udgangspunktet frit vælge mellem genoptræningstilbud, som kommunen selv har etableret eller hos privat aktører, som kommunen har indgået aftale med. Borgeren har desuden ret til at vælge genoptræningstilbud som andre kommuner udbyder gennem egne institutioner. Det frie valg gælder genoptræningstilbud på samme specialiseringsgrad, som det genoptræningsplanen angiver (almen genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau), og det niveau som borgeren efterfølgende er visiteret til (basalt eller avanceret almen genoptræning).

I de tilfælde, hvor kommunen ikke kan tilbyde borgeren opstart af genoptræning indenfor 7 kalenderdage træder et udvidet frit valg i kraft.

Hvor KL har indgået aftaler med private aktører omkring levering af genoptræning indenfor et givent fagområde og på et givent niveau (basalt eller avanceret), kan borgeren frit vælge mellem disse tilbud. Det er dog en betingelse, at den private aktør kan tilbyde opstart af genoptræning senest samtidigt med at kommunen har tilbudt opstart af genoptræningen.

Hjemmesiden "[Mingenoptræning.dk](http://Mingenoptræning.dk)" angiver på hvilke områder, der er indgået aftaler om genoptræning mellem KL og en række private aktører. Hjemmesiden angiver tillige, hvilke private aktører der i Danmark har indgået aftaler med KL.

## **4 Kvalitetsudvikling på tværs af sektorerne**

### **4.1 Kompetenceudvikling**

Vidensdeling, eksempelvis sidemandsoplæring på tværs af sektorer, vil blive tilbudt vederlagsfrit af både Region Nordjylland og kommunerne, hvor dette ikke kræver en stor ressourceindsats fra region såvel som kommune. Decideret kursusafholdelse vil ikke blive afholdt vederlagsfrit. Der opfordres til, at man inviterer hinanden på tværs af sektorer, når der udbydes lokale kurser og temadage, hvis der er ledige pladser.

## **5 Kommunikation mellem parterne vedrørende genoptræning**

### **5.1 Genoptræningsplanen**

Genoptræningsplanen skal sikre relevant information til de sundhedspersoner, der skal visitere til genoptræning og/eller yde genoptræning til patienten, samt sikre information til patienten, patientens alment praktiserende læge, patientens hjemkommune og evt. anden leverandør af genoptræningsydelser.

I Region Nordjylland (som i resten af Danmark) benyttes MedComs standard (G-GOP) for genoptræningsplaner i en elektronisk udgave.



### 5.1.1 Indhold og procedurer for genoptræningsplaner

Inden udskrivning fra hospitalet sker en afklaring af patientens behov for genoptræning efter udskrivning. Afklaring af patientens behov sker ved en lægefaglig vurdering, men i praksis kan lægen vælge at delegerer vurderingen af behovet, samt udarbejdelse af genoptræningsplanen til andet sundhedsfagligt personale, herunder fx til fysio- eller ergoterapeuter, hvilket generelt tilrådes.

Patienten skal give sit samtykke til udarbejdelse af en genoptræningsplan, og planen skal udarbejdes i samarbejde med patienten, og skal udleveres til denne ved udskrivelse fra hospitalet. Genoptræningsplanen sendes desuden til patientens hjemkommune, patientens egen læge og hvis der er tale om specialiseret genoptræning til det hospital, der skal forestå genoptræningen. I de tilfælde, hvor borgeren benytter sig af det frie valg i relation til almen genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau, er det hjemkommunen der sørger for at videresende genoptræningsplanen til den aktør, som skal forestå genoptræningen / rehabiliteringen.

For indlagte patienter, som i forvejen modtager sundhedsydelser i kommunen udarbejdes en endelig plejeforløbsplan, som danner udgangspunkt for udskrivningen og tilsendes kommunen **senest kl. 12 hverdagen før udskrivningstidspunktet**.

Af denne fremgår det, om der forefindes genoptræningsplan. På denne måde sikres det, at bopælskommunen i disse tilfælde er informeret, når en patient med behov for genoptræning bliver udskrevet fra et hospital.

Når en patient udskrives med en genoptræningsplan, skal den angive hvilken type genoptræning patienten skal modtage (almen, specialiseret eller rehabilitering på specialiseret niveau), og den skal leve op til de krav til indhold, som er beskrevet i vejledningens afsnit 5.4. Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau skal udarbejdes på en relevant specialafdeling, minimum på Regionsfunktionsniveau.

Når en patient vurderes i forhold til behov for genoptræning, og det viser sig, at patienten ikke har et behov for genoptræning, skal det journalføres og tilføjes i epikrisen til egen læge, så patienten selv og egen læge kan se, at der har fundet en vurdering sted.

I de tilfælde, hvor en patient vælger ikke at få lavet en genoptræningsplan skal det, som beskrevet i afsnit 5.2 i vejledningen, anføres i journalen. Det tilføjes ligeledes i epikrisen til den praktiserende læge. Hospitalet skal i dette tilfælde informere patienten om, at der i så fald ikke kan iværksættes genoptræning på bopælskommunens regning.

Hvis en patient vælger ikke at give samtykke til at en genoptræningsplan videresendes til bopælskommunen og/eller egen læge, skal hospitalet informere vedkommende om konsekvenserne af dette valg;

- Bopælskommunen vil i så fald ikke have et grundlag for at kunne fremskaffe et passende tilbud om genoptræning.
- Egen læge vil ikke umiddelbart kunne inddrage anbefalingerne i genoptræningsplanen i en evt. fremtidig behandling eller opfølgning på patientens problem.

### 5.1.2 Kvalitet og indhold i genoptræningsplanerne

Genoptræningsplaner skal bidrage til at sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb for patienter, der efter udskrivning fra hospital har behov for genoptræning. Kvaliteten af genoptræningsplanerne er derfor af stor betydning. Således er det et succeskriterium, at genoptræningsplanerne ikke kun lever op til minimumskravene, men også bliver det arbejdsredskab i den tværsektorielle indsats, der sikrer målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb for regionens borgere.

For at sikre kvaliteten af genoptræningsplanen, forpligtiger parterne sig til at gennemføre minimum 2 audits på genoptræningsplanen i aftaleperioden, ud fra nærmere definerede kvalitetsmål. I denne forbindelse sættes der endvidere fokus på antal ydelser i relation til den enkelte genoptræningsplan. Der arbejdes blandt andet ud fra følgende opstillede kvalitetsmål for genoptræningsplaner:

- At de er tilfredsstillende udfyldt,
- At de opfylder bekendtgørelsens og vejledningens retningslinjer,
- At de bidrager til et sammenhængende og effektivt genoptræningsforløb, herunder at de afsendes rettidigt.

Endvidere arbejdes der på længere sigt hen imod at implementere ICF som fælles referenceramme i forhold til at beskrive patientens funktionsevne.

## 5.2 Sikring af sammenhæng i genoptræningsforløbet

I komplicerede tilfælde kan det være nødvendigt at supplere genoptræningsplanen med en dialog mellem sundhedspersoner på det udskrivende hospital og sundhedspersoner, der skal visitere og/eller yde genoptræningen i kommunalt eller regionalt regi. Det gælder især i de tilfælde, hvor en patient henvises til rehabilitering på specialiseret niveau.

Når det angår personer med hjerneskade, er der udformet separate samarbejdsaftaler, som blandt andet i detaljer beskriver den supplerende dialog ved udskrivelse til rehabilitering på specialiseret niveau, samt muligheden for tilknytning af et udgående team. Se nærmere på;

["Samarbejdsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade"](#)

["Samarbejdsaftale for børn og unge med hjerneskade"](#)

### 5.2.1 Hjemmebesøg og udskrivningskonference

En udvidet koordinering af komplekse genoptræningsforløb kan blandt andet finde sted ved fælles deltagelse i hjemmebesøg. Når hospitalet/lægen finder indikation for nødvendigheden af hjemmebesøg, aftales det i fællesskab mellem kommune og hospital og i samarbejde med patienten, hvorvidt der er behov for hjemmebesøg. En anden mulighed er at arrangere en udskrivningskonference på det udskrivende hospital, hvor patienten og dennes evt. pårørende deltager sammen med relevante personer fra kommunen.

### 5.2.2 Kontaktpersoner på hospitaler og i kommuner

For at øge kvaliteten og sammenhængen i genoptræningen, skal genoptræningsplanerne altid indeholde navn på den terapeut eller læge på hospitalet, der har trænet/behandlet patienten og/eller udarbejdet genoptræningsplanen. På denne måde sikres det, at de kommunale sundhedsfolk let kan komme i kontakt med det sundhedspersonale på hospitalet, som kender patientens forløb og baggrunden for genoptræningsplanens indhold og udformning. Hvis en genoptræningsplan indeholder resultater af specielle undersøgelser, kan det fremgå af GOP'en, hvem der har udført disse undersøgelser. Der er desuden, mulighed for at indsætte navne på deltagerne i det behandlende team, men det er ikke et krav.

Genoptræningsplanen anviser en kommunal og en regional kontaktperson for den enkelte patients genoptræningsforløb. Kontaktpersonerne skal kunne besvare patienters faglige og organisatoriske spørgsmål – herunder spørgsmål til selve genoptræningsplanen, spørgsmål til et eventuelt videre ambulant, specialiseret genoptræningsforløb i det regionale sundhedsvæsen eller spørgsmål til det videre genoptræningsforløb i kommunalt regi. Kommunerne og hospitalerne i regionen har en gensidig forpligtelse til at sikre let adgang til oplysninger om kontaktpersoner.

Før der er udpeget en trænende terapeut, angives ergo/fysioterapiafdelingen på de enkelte hospitaler eller visitationen/myndighedsafdelingen i de enkelte kommuner, som kontakt.

Da der ligger en forpligtelse til at orientere patienten om, hvem der er den trænende terapeut, skal navnet på denne oplyses, og denne vil, når træningen er påbegyndt, være kontaktperson. Oplysning om dette sker enten via brev eller per telefon til patienten.

Såfremt det ønskes, at den kommunale trænende terapeut tager kontakt til hospitalets ergo/fysioterapi afdeling, påføres dette på genoptræningsplanen.

**Ændringer i kommunens kontaktoplysninger, fremsendes af kommunen til Regionens IT-kontor på mailadresse: [itsupport@rn.dk](mailto:itsupport@rn.dk) og der påføres i emnefeltet "kontaktoplysninger på genoptræningsplaner".** Regionen sørger derefter for, at oplysningerne automatisk påføres genoptræningsplanen ved udfyldelse.

Ved generelle spørgsmål og principielle sager vedr. patientrettigheder, kørsel og muligheder for at klage kontaktes regionens patientkontor:

#### [Patientkontoret i Region Nordjylland](#)

Niels Bohrs Vej 30, 9220 Aalborg Ø

Telefon: 97 64 80 10

Mail: [Patientkontor@rn.dk](mailto:Patientkontor@rn.dk)

#### **5.2.3 Elektronisk kommunikation**

Genoptræningsplaner sendes elektronisk mellem hospitalerne i Region Nordjylland og de nordjyske kommuner, men der skal fortsat arbejdes på at sikre, at det også sker fra alle de privat hospitaler og klinikker, som regionen har aftaler med.

Endvidere skal der også fortsat arbejdes på at skabe mulighed for anden elektronisk kommunikation mellem kommuner og region – fx når en borger skal til kontrol på et hospital i forbindelse med et genoptræningsforløb i kommunen.

## **6 Koordinering, monitorering og opfølgning på indsatsen**

### **6.1 Den overordnede administrative opfølgning på samarbejdsaftalen**

Den overordnede koordinering og udvikling af indsatsen på genoptræningsområdet sker med udgangspunkt i den administrative organisering af Sundhedsaftalen 2019-22.

Nye og reviderede samarbejdsaftaler skal behandles i Strategisk Sundhedsforum for derefter at blive endelig godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget, og skal efterfølgende behandles i Praksisplanudvalget.

Når der skal følges op på eksisterende samarbejdsaftaler, skal der ske en afrapportering til Strategisk Sundhedsforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Ansvar for opfølgning på implementeringen af denne aftale ligger lokalt hos klyngestyregrupperne.

Klyngestyregrupperne skal bidrage til at sikre det nære og sammenhængende sundhedsvæsen lokalt. De skal konkret arbejde med at omsætte de politiske pejlemærker i Sundhedsaftalen 2019-22, bidrage til implementeringen af samarbejdsaftaler lokalt, og udvikle tiltag til løsning af lokale udfordringer i det tværsektorielle samarbejde mellem hospital, kommuner og almen praksis.

### **6.2 Monitorering - organisatoriske og faglige indikatorer**

Det er hensigten, at de faglige og organisatoriske indikatorer skal være med til at dokumentere sundhedsaftalens kvalitet samt skabe grundlag for opfølgning og monitorering af denne.

Aktiviteterne, som indikatorerne skal rette sig imod, er aktiviteter, der sker i sektorovergangen mellem region/hospital, almen praksis og kommune.

Indikatorerne kan løbende udvikles og der kan efter behov tilføjes eller reduceres i antallet, vurderet i relation til den aktuelle relevans af den enkelte indikator. Nedenstående indikatorer er forslag til, hvordan vi i den indeværende periode kan følge genoptræningsområdet.

Indikatorer:

- Monitorering af borgerens oplevelse af et forløb, herunder om samarbejdet mellem hospitalet og kommunen foregår koordineret og sammenhængende, og om borgeren føler sig inddraget i passende omfang.
- Løbende monitorering af fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning.
- Løbende monitorering af fordelingen mellem basal og avanceret genoptræning.

- Ventetid på genoptræning.
- Udarbejdelse af kvalitativ audits på genoptræningsplaner hvert andet år.

## 7 Kapacitetsstyring

Parterne er enige om, at det er den enkelte myndigheds ansvar at tage kontakt til borgeren vedr. genoptræning inden for de fastsatte tidsfrister. Det er dermed også den enkelte myndigheds ansvar at kapacitet og efterspørgsel efter genoptræning hænger sammen.

Genoptræningsområdet monitoreres løbende, og der vil stadig være fokus på fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning og udviklingen i antallet af genoptræningsplaner. I den forbindelse udveksles nærmere information om aktivitetsmønstret i henholdsvis hospitalsregi og kommunalt regi, herunder omfang og type af genoptræningstilbud. Med hensyn til validiteten af data vedrørende antal og fordeling af genoptræningsplaner, så vil de være valide med ca. et kvartals forsinkelse. Det aftales derfor, at der gives kvartalsvise afrapportering af data (et kvartal bagud) samt én årlig opgørelse – disse data kan altid hentes på [analyseportalen](#) (link). Ventetidsdata findes på [esundhed](#) (link) – data fra det foregående år vil være klar med ca. et halv års forsinkelse.

Regionen varsler kommunerne om ændringer i behandlingsaktiviteten i så god tid som muligt, og drøfter de nærmere vilkår og konsekvenser, så den opfølgende indsats over for patienterne kan planlægges.

Kommunen forpligter sig ligeledes til at orientere om ændringer i struktur og kapacitet vedr. rehabiliteringsforløb for kronikere, aflastningstilbud samt pleje- og genoptræningstilbud.

Sidste revision maj 2019

## Referencer

- [Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus \(2018\).](#)
- [Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner \(2018\).](#)
- ["Samarbejdsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade"](#)
- ["Samarbejdsaftale for børn og unge med hjerneskade"](#)

## Bilagsliste

### Bilag

"Forløbsbeskrivelse for genoptræning og træning på børneområdet"

## **Forløbsbeskrivelse for genoptræning og træning på børneområdet**

Revideret af en arbejdsgruppe under Netværk for Genoptræning i Region Nordjylland - Februar 2020

### **Indholdsfortegnelse**

Baggrund.....	s.2
Målgruppe.....	s.2
Definitioner og lovgrundlag.....	s.2
Mål for indsatsen.....	s.3
Opgaveløsning og opgavefordeling.....	s.4
- Generelt Flowchart.....	s.4
- Faglige anbefalinger for sammenhængende genoptrænings- og træningsforløb.....	s.5
- Anbefalinger for indhold i kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis.....	s.5
- Anbefaling om samarbejds møder.....	s.6
Kompetencer, rådgivning og udstyr.....	s.7
- Kompetencer hos udøvende ergoterapeuter og fysioterapeuter.....	s.7
- Rådgivning fra det specialiserede niveau.....	s.7
Implementering og opfølgning på aftalen.....	s.7
 Bilag 1:	
Inddeling af børneområdet i Region Nordjylland.....	s.8
 Bilag 2:	
Anbefalinger omkring indhold i Genoptræningsplanen.....	s.9
 Bilag 3:	
Statusskema ved ambulant lægekontrol - Fysio- ergoterapeutisk vurdering .....	s.11

## Baggrund

Denne forløbsbeskrivelse for genoptræning og træning på børneområdet er en revideret udgave af den tidligere forløbsbeskrivelse fra 2013. Forløbsbeskrivelsen er et bilag til Samarbejdsaftalen om genoptræning i Region Nordjylland, som er placeret i Den Tværsektorielle Grundaftale, der rummer de tværsektorielle samarbejdsaftaler på Sundhedsområdet i Region Nordjylland.

Overordnet set er formålet med forløbsbeskrivelsen, at;

- Beskrive rammerne for den eksisterende praksis på børneområdet.
- Give overordnede anbefalinger for praksis i relation til lovgivningen på området.

I den arbejdsgruppe, som har bistået med revisionen af forløbsbeskrivelsen, har der været 4 repræsentanter fra hospitalerne, 4 repræsentanter fra kommunerne (klyngeudpeget) plus en tovholder fra kontoret for Sundhedsplanlægning i Regionshuset.

### Arbejdsgruppens medlemmer

Overlæge Tine Høg Sørensen, Børneafdelingen, Neuropædiatrisk team, Aalborg Universitetshospital  
Specialist inden for børneområdet, ergoterapeut Berit Roed, Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen, Aalborg Universitetshospital

Fysioterapeut, Marianne Hvidtfeldt, Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen Aalborg Universitetshospital

Neuropædiatrisk konsulent Jeanette Kristensen, Neuropædiatrisk Team Aalborg Universitetshospital

Børnefysioterapeut Maibritt Daugaard, Rebild Kommune

Børnefysioterapeut og faglig koordinator Katrin Lydersen, Frederikshavn Kommune

Børnefysioterapeut Anna Overgård, Thisted Kommune

Teamleder Børneterapeutisk Team Janne Bisgaard Folden, Aalborg Kommune

Konsulent Lars Lejbølle, Sundhedsplanlægning, Region Nordjylland

## Målgruppe

Målgruppen for forløbsbeskrivelsen er personer, der arbejder med børn fra 0-18 år i Region Nordjylland. Beskrivelsen tager udgangspunkt i en sundhedsfaglige opdeling af børneområdet, men kan også benyttes af personer udenfor det sundhedsfaglige område.

Forløbsbeskrivelsen favner hele børneområdet, og for at opnå overblik og systematik, har arbejdsgruppen valgt at inddele børneområdet i følgende fire hovedgrupper (se uddybning i bilag 1):

- Udviklingsforstyrrelser
- Neurologiske lidelser
- Lidelser i bevægeapparatet
- Øvrige

Inddelingen er foretaget på baggrund af de oftest forekommende diagnoser på børneområdet, men er ikke udtømmende og kan ved behov suppleres med flere diagnoser. Inddelingen af området er udgangspunkt for beskrivelsen af arbejdsgruppens anbefalinger.

## Definitioner og lovgrundlag

**Behandling** foregår på et hospital, og er kendetegnet ved, at det sker:

- Under indlæggelse, eller
- Som et ambulat forløb med henblik på udredning, og under samtidig rådgivning, vejledning og instruktion. Et kortvarigt forløb kan være et tidsmæssigt kort sammenhængende forløb eller et tidsmæssigt længerevarende spredt forløb, hvor begge kan indeholde 4-6 kontakter, eller
- Som et ambulat forløb ved diagnoser eller tilstande, hvor ergoterapeut- og fysioterapeuttydelserne lægeligt vurderes som et led i behandlingen

**Genoptræning** er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, evt. pårørende, og sundhedspersonalet. Formålet med genoptræningen er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere, eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

*Specialiseret genoptræning* foregår på et hospital i henhold til de fastlagte kriterier i Sundhedsministeriets "[Vejledning om vedligeholdelsestræning og genoptræning i kommuner og regioner](#)" (2018). (Se tabellen i afsnit 4). En patient skal have genoptræning på specialiseret niveau, hvis;

- 1) Patienten har et behov for genoptræningsydelse, der kræver et samtidigt eller tæt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
- 2) Patienten har behov for genoptræningsydelse, der af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i hospitalsregi

*Almen genoptræning* foregår i kommunen, og kan opdeles i basal og avanceret genoptræning.

Det er kommunen selv, der som et led i visitationen af en borger, vurderer, om borgeren skal have almen eller avanceret genoptræning. Skellen mellem basal og avanceret genoptræning er beskrevet i vejledningen om genoptræning. Genoptræning på **avanceret niveau** forudsætter fx at terapeuten har efteruddannelse på højt niveau og relevant erfaring og/eller mulighed for supervision fra fagpersoner med specialviden på området. **Basal** genoptræning kan varetages af terapeuter med alene en grunduddannelse og relevant erfaring.

Det er både barnets aktuelle tilstand og den samlede situation omkring barnet, herunder sygdommens/tilstandens sværhedsgrad, der afgør om barnet efter udskrivning fra et hospital skal have tilbud om almen eller specialiseret ambulant genoptræning på hospitalet. Det er ikke barnets diagnose alene, der afgør dette.

#### **Træning efter § 120 i Sundhedsloven**

Træning efter Sundhedslovens § 120 bevilliges ikke efter ansøgning, men er en forebyggende indsats, der kan iværksættes tidligt i relation til både et barns alder og dets problemudvikling. Paragraffen tager udgangspunkt i den generelle forebyggende og sundhedsfremmende indsats for børn og unge. Herunder indgår også en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov.

#### **Træning efter Serviceloven og Folkeskoleloven**

- Træning efter Serviceloven (§11.7, § 32, § 44 og § 52.3) kan bevilliges af kommunen ud fra en ansøgning fra barnets forældre, som et tidsafgrænset (kan være kortvarigt eller langvarigt) forløb afhængig af behov.
- Træning efter servicelovens § 32 kan bevilliges som en del af et tilbud til specialgrupperne / specialbørnehaverne eller som hjemmetræning.
- Træning efter Folkeskoleloven kan ikke bevilliges, men kan indgå som en del af et samlet tilbud om specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand.

#### **Link til lovgrundlaget; [Serviceloven](#)**

Et forløb på børneområdet kan bestå af flere dele – fx starte med udredning og behandling og herefter overgå til almen genoptræning, som derefter eventuelt fortsætter i et tilbud efter anden lovgivning – alt afhængig af barnets udfordringer og tilstand.

Tidsafgrænset træning af et barn skal ikke ses som en begrænsning, men som et middel til at evaluere det indhold og de mål der er sat, med henblik på at justere indsatsen og evt. sætte nye mål.

Potentialet for det enkelte barns udvikling skal løbende vurderes, så der kan sættes ind med de rette indsatser på de rigtige tidspunkter.

#### **Der skelnes i denne forløbsbeskrivelse mellem udviklingsproblematik og udviklingsforstyrrelse:**

- **Udviklingsproblematik** benyttes, når et barn er under udredning, og det endnu ikke er afklaret, om barnet har en varig lidelse.
- **Udviklingsforstyrrelse** benyttes, når det er afklaret, at barnet har en varig lidelse.

#### **Mål for indsatsen**

Målet med denne forløbsbeskrivelse er, at den skal bidrage til at forbedre og forenkle samarbejdet mellem hospitaler og kommuner, gennem;

- At skabe overblik over rammer og mulig praksis på børneområdet.
- Én indgang til både kommuner og hospital.
- Kontaktpersoner i alle kommuner og på hospitalerne.
- Anbefalinger for kommunikationen mellem sektorerne.

Med udgangspunkt i, at børneområdet er omfattende og til tider komplekst, så er det tillige et mål at give anbefalinger til, hvilke kompetencer ergoterapeuter og fysioterapeuter bør have for at kunne yde en kvalificeret genoptræning/træningsindsats indenfor børneområdet.

### Opgaveløsning og opgavefordeling

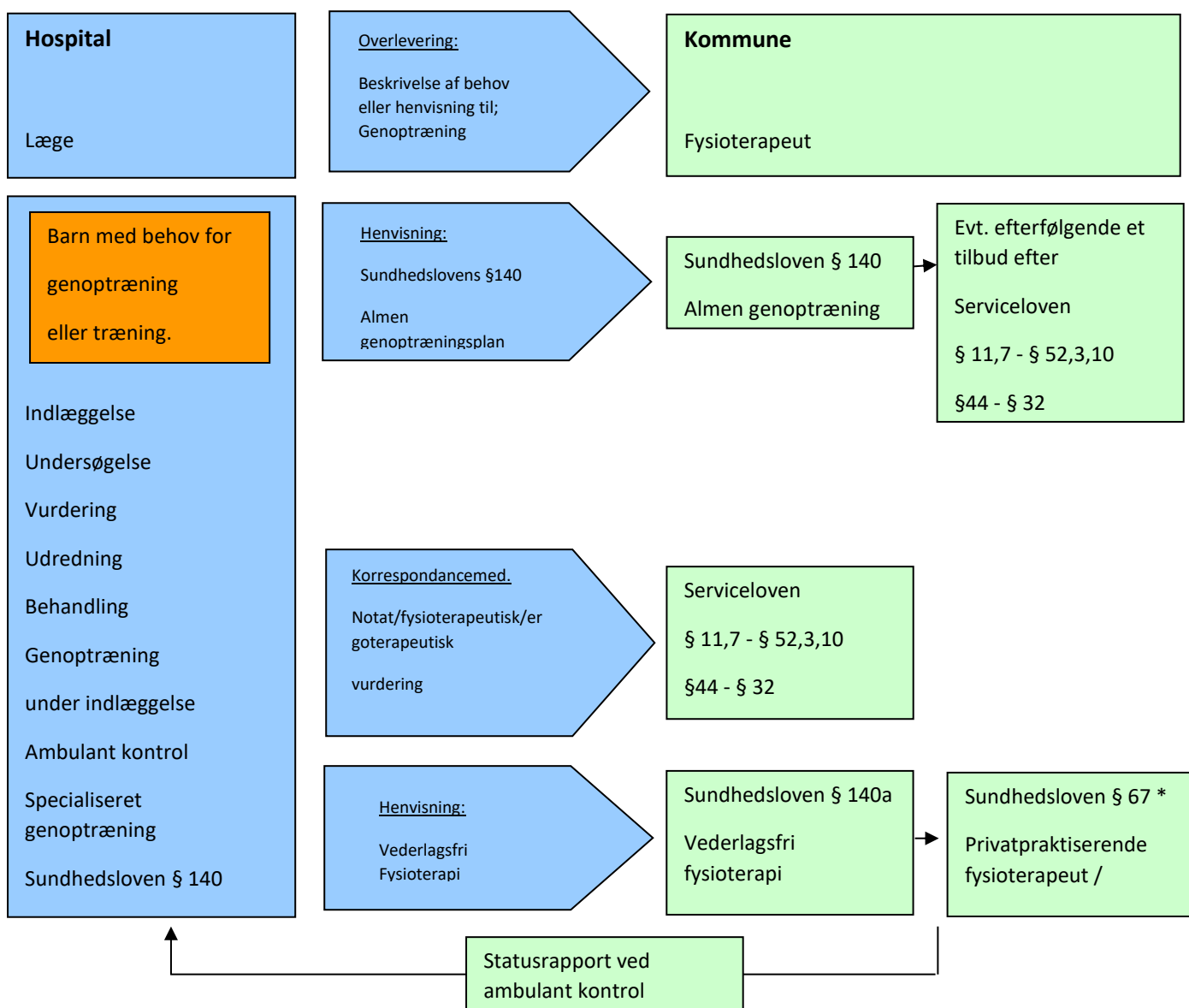
Med henblik på at opnå overblik over de muligheder der foreligger omkring træning og genoptræning af børn/unge tages der udgangspunkt i nedenstående flowchart, som beskriver, dels hvordan der kommunikeres mellem aktørerne, og dels hvilke lovgivninger der ligger til grund for de mulige tilbud, der kan gives til målgruppen.

De tilhørende anbefalinger omkring indsatsen tager udgangspunkt i følgende principper/værdier;

1. Der bør så vidt muligt være tale om gennemgående personer i et barns forløb, så det undgår gentagne skift af fx fysioterapeut/ergoterapeut.
2. Tilbud bør gives på tværs af lovgivninger, så det først og fremmest tilgodeser barnets tarv og ikke systemets.

### Flowchart for kommunikation mellem hospital og kommune og mulige indsatser i henhold til relevante lovgivninger

Nedenstående generelle flowchart illustrerer de kommunikationsmuligheder, der aktuelt findes indenfor området træning og genoptræning, og det danner samtidigt udgangspunkt for anbefalingerne omkring kommunikationen mellem aktørerne.



\* § 67. Regionsrådet yder tilskud til behandling hos fysioterapeut efter lægehenvi-  
sing



**Faglige anbefalinger for sammenhængende genoptrænings- og træningsforløb**

Det anbefales, at der sker en løbende faglig vurdering af træningsbehovet uanset hvilket forløb, barnet er i. Når barnets behov i forhold til genoptræning er opfyldt, afsluttes barnet. Er det sandsynliggjort, at målet for genoptræningen ikke kan opfyldes, skal kommunen tage stilling til, om der fortsat er et behov for ergoterapeutisk og/eller fysioterapeutisk træning og/eller andre foranstaltninger, herunder overgang til en indsats efter andre lovgivninger. Ved evaluering af træningsbehovet bør børn med behov for længerevarende træningsindsats overgå til træning i henhold til serviceloven eventuelt suppleret med løbende lægefaglig vurdering i primær og/eller sekundær sektor.

Som det ses i definitionen på genoptræning, så er der tale om en midlertidig indsats med henblik på at opnå et tidligere funktionsniveau eller bedst mulige funktionsniveau. Hos børn og unge, som er i udvikling, kan det ofte være svært at vurdere, om der er et tab i funktionsniveau eller en manglende udvikling til et forventet alderssvarende funktionsniveau – og dermed, om der bør ske en henvisning til genoptræning.

Arbejdsgruppen har derfor udarbejdet følgende anbefaling for, hvornår der bør udarbejdes en genoptræningsplan til et barn/en ung;

**Hvilke børn skal som udgangspunkt have en genoptræningsplan?**

Børn, der i forbindelse med kontakt til hospitalet, og som efter en lægefaglig vurdering har behov for genoptræning, hvilket er følgende grupper:

- Børn, der bliver udsat for sygdom eller hændelser, der pådrager dem en konkret og tydelig funktionsnedsættelse. Genoptræningsforløbets formål sigter mod at genvinde tidligere funktionsniveau.
- Børn, der er under udredning for en udviklingsproblematik. For disse børn betragtes genoptræningsplanen som en mulighed for i genoptræningsforløbet at afdække barnets fremtidige behov og planlægge et eventuelt fortsat tilbud efter anden lovgivning.
- Børn, der i forvejen modtager træning eller vedligeholdelsestræning efter anden lovgivning, hvor der opstår eller erkendes et akut træningsbehov – fx i forbindelse med lægelig behandling.

**Hvilke børn skal som udgangspunkt ikke have en genoptræningsplan?**

Børn, der skønnes at have varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, og dermed et længerevarende eller varigt behov for træning, hvilket kan omfatte følgende grupper:

- Børn med en diagnosticeret varig udviklingsforstyrrelse.

I disse tilfælde bør hospitalet udarbejde og sende korrespondancemeddelelse med en beskrivelse af barnets behov, som kommunen kan tage udgangspunkt i, når der skal tages stilling til, hvilket tilbud barnet skal tilbydes i henhold til Serviceloven, Sundhedslovens §120 og evt. Folkeskoleloven.

Undersøgelsesresultatet/ergoterapeutisk/fysioterapeutisk udredning og vurdering sendes til barnets forældre, PPR, egen læge og relevant forvaltning. Det skal betragtes som en anbefaling af, at barnet skal have træning og evt. andet behov for støtte fx familievejledning, specialtilbud m.v.

**Anbefalinger for kommunikationen mellem hospital, kommune og almen praksis**

Det aftales, at der skal være **én kontaktperson i hver kommune**, som hospitalet kan henvende sig til, hvis det er uafklaret, hvem der er barnets tovholder i kommunen. Kontakten kan være et telefonnummer eller det kan være en mail postkasse – er det tale om en mail forventes det, at den i udgangspunkt tjekkes dagligt. En samlet oversigt over kontaktpersoner kan findes på Regionens hjemmeside. (Der indsættes link, når listen er klar)

**Henvisning til kommunal træning** kan ske via enten en *genoptræningsplan (GOP)*, eller en *korrespondancemeddelelse*. Henvisning på en GOP sker jævnfør ovenstående beskrivelse af, hvilke børn der som udgangspunkt skal have genoptræning.

Korrespondancemeddelelsen benyttes i de tilfælde, hvor der er tale om en diagnosticeret varig udviklingsforstyrrelse, jævnfør ovenstående afsnit om, hvilke børn der ikke skal have en genoptræningsplan.

*Korrespondancemeddelelsen* sendes til samme lokationsnummer som genoptræningsplanen.

Det er aftalt, at overskriften på korrespondancemeddelelsen er;

*”Barn med varig funktionsnedsættelse, som har behov for ergo/fysioterapeutisk træning og vejledning i kommunen”*

Hospitalet kan i korrespondancemeddelelsen anmode om at få en tilbagemelding i forhold til hvilke tilbud barnet visiteres til. I disse tilfælde angives, hvem tilbagemeldingen skal sendes til. Når det bliver teknisk muligt (med implementering af Nord EPJ) sendes en kopi af korrespondancen også til barnets egen læge.

Der er udarbejdet generelle *anbefalinger for indholdet i en genoptræningsplan og for indholdet i den statusrapport*, der skal udarbejdes i kommunen, når barnet følges ved ambulante lægekontroller på hospitalet. Disse anbefalinger er beskrevet i bilag 2 og 3.

### Anbefaling om samarbejds møder

I visse tilfælde, når et barn overgår fra indsats i hospitalsregi til en indsats i kommunalt regi, anbefales det, at Børneafdelingen / Neuropædiatrisk Team indkalder til et samarbejds møde. Disse anbefalinger gælder særligt børn med varige, komplekse og progredierende funktionsnedsættelser.

Samarbejds mødet skal bl.a. sikre, at:

- Barn og forældre oplever et godt og sammenhængende patientforløb.
- Ansvar for barnets videre træning overdrages fra hospital til kommune.
- Al relevant viden om barnet bliver overleveret til relevante kommunale fagpersoner.
- Kommunen kan tilvejebringe de relevante ressourcer til træning og vejledning.

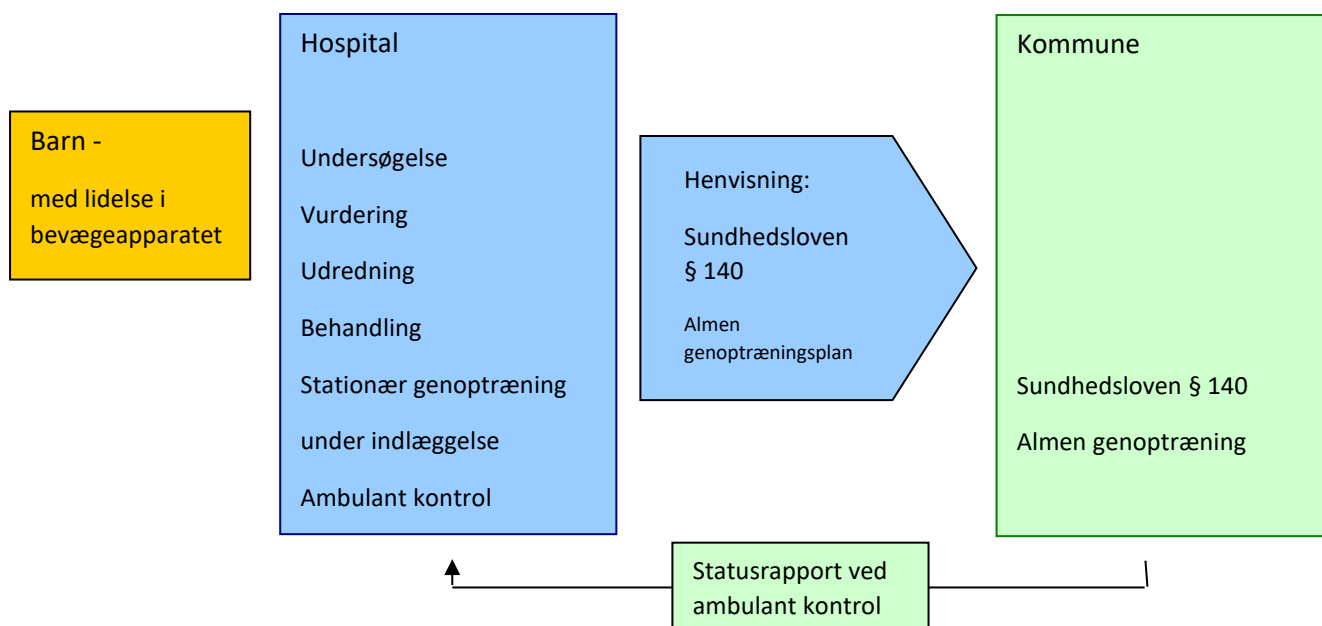
På samarbejds mødet deltager forældrene, barnets kontaktlæge på hospitalet, ergoterapeut/fysioterapeut der har varetaget træningen, repræsentant fra Neuropædiatrisk Team når barnet er tilknyttet her, barnets sagsbehandler i kommune og ergoterapeut/fysioterapeut som skal varetage den almene genoptræning. Andre relevante personer inddrages ved behov.

Hospitalet redegør for barnets behandlings- og specialiserede genoptræningsforløb, og statusbedømmelse med forslag til videre foranstaltninger fremlægges. Kommunen redegør for deres kontakt med barn og forældre. Forældrene supplerer med yderligere oplysninger om barnet fra dagligdagen.

På mødet udarbejdes fælles målsætning og fremtidig handleplan. Ansvarsfordeling koordineres. Samarbejds mødet kan indgå som en del af et større koordinerende møde, hvor barnets øvrige problemstillinger inddrages.

I forhold til **børn og unge med hjerneskade** henvises til samarbejdsaftalen mellem region Nordjylland og de nordjyske kommuner – aftalen findes på dette [LINK](#).

**Enkelt flowchart for børn med lidelser i bevægeapparatet, fx efter et ortopædkirurgisk indgreb, og hvor der efterfølgende alene skal ske en genoptræning af barnet.**



Dette Flowchart udtrykker den grundlæggende situation, hvor et barn henvises til genoptræning fordi det har en tydelig og konkret funktionsnedsættelse, som skal genoptrænes (fx efter en operation).

Dette flowchart er medtaget i forløbsbeskrivelsen, fordi det er et eksempel på en ofte forekommende situation, set i relation til de forskellige muligheder i det generelle flowchart.

## Kompetencer, rådgivning og udstyr

### Kompetencer hos udøvende ergoterapeuter og fysioterapeuter

Børneområdet er, som det fremgår af ovenstående inddeling, mangfoldigt og komplekst, og genoptræning er enten specialiseret på et hospital eller visiteres oftest som avanceret genoptræning i kommunerne. Det betyder, at de ergo- og fysioterapeuter, som træner eller genoptræner disse børn, bør leve op til vejledningens beskrivelse af, hvilke kompetencer, der skal stilles til rådighed ved avanceret genoptræning, og bør have mulighed for supervision fra fagpersoner med specialviden på området.

Dette kræver, at:

- Fysio- og ergoterapeuter skal have efteruddannelse på højt niveau, således, at de er specialiserede indenfor børneområdet, og der skal ske en løbende kompetenceudvikling for at opretholde niveauet.
- De fysio- og ergoterapeuter, der betjener børneområdet, skal have det som deres primære område for at kunne opnå og opretholde relevant erfaring.
- Fysio- og ergoterapeuter har mulighed for at deltage i netværk i Regionen på tværs af kommunegrænser med henblik på erfaringsudveksling?

### Rådgivning fra det specialiserede niveau

Der er ikke formelle aftaler omkring rådgivning fra hospitalerne til kommunerne, men der findes muligheder for at få kvalificeret sparring og hjælp fra det specialiserede niveau.

- Mulighed for at barnets terapeut kan inviteres med til undersøgelse/test på hospitalet.
- Mulighed for at få faglig sparring fra hospitalet på særlige udfordringer som fx spisevanskeligheder, træning af hænder, ganganalyse, positionering og dagligdags forflytninger.
- Mulighed for sparring i forhold til sjældent forekomne udfordringer, som det kan være vanskeligt for de kommunale terapeuter at opnå erfaring med.

Der er desuden en stående aftale om, at der kan aftales studiebesøg på tværs af sektorerne, hvor man efter aftale fx følger en kollega på hospital eller i kommune i en eller flere dage.

### Implementering og opfølgning på aftalen

Når den reviderede aftale er godkendt, er det op til aftaleparterne selv at sørge for, at den bliver implementeret. Denne forløbsbeskrivelse er et bilag til samarbejdsaftalen om genoptræning, og det vil derfor i udgangspunktet være klyngestyregruppernes opgave at følge op på implementeringen af aftalen som en del af opfølgningen på aftalen om genoptræning.

I relation til de opsatte mål for aftalen vil det fx være relevant at lave audit på, om den anbefalede kommunikation er tilstrækkelig og, om den efterkommes af parterne.

**Bilag 1****Inddeling af børneområdet i Region Nordjylland**

<b>Udviklingsforstyrrelser:</b>	Psykomotorisk forsinket udvikling Syndromer Asperger – autisme ADHD
<b>Neurologiske lidelser:</b>	Cerebral parese Myelomeningocele Cerebellar ataxi Erhvervet hjerneskade Polyradiculitis Perifere nervelæsioner
<b>Lidelser i bevægeapparatet:</b>	Scoliose Arm og ben defekter (ABD) Calve Legg Perthes Foddeformiteter Hofteluxation Torticollis Muskeldystrofier Frakturer Gigt Hypotoni
<b>Øvrige:</b>	Følgetilstande efter alvorlig sygdom eller skade Psykosomatiske problemstillinger Observation og udredning pga. udviklings- problematik, fx præmature børn GA < 32. uge Funktionelle lidelser Palliation

## Bilag 2

### Anbefalinger omkring indhold i genoptræningsplanen

Overskrifterne i genoptræningsplanen er markeret med en understregning. En udvidet beskrivelse af G-GOP findes på MEDCOMs hjemmeside på dette [LINK](#)

#### Patientoplysninger

- Er fortrykte, men pårørende skal tilføjes inden dokumentet hentes frem.
- Det er vigtigt at der findes et brugbart telefonnummer, og helst begge forældres.

#### Information om behandling

- Hvad er der givet/udleveret af information til patient og evt. pårørende.

#### Praktiske oplysninger

Det kan være relevant at indsætte kontaktoplysninger til pasningstilbud/institution/skole her.

#### Patientsikkerhedsmæssige forhold

Ikke relevant

#### Tidsfrist for opstart af genoptræning

Det er vigtigt at anføre i dette punkt, hvis der **ikke** er behov for en hurtig opstart af genoptræningen.

Argumenter for at der ikke skal ske en hurtig opstart af genoptræning kan fx være;

- Hvis et barn er i gang med andre indsatser, fx talepædagog, indsatspædagog, og der er brug for tid til koordinering af indsatserne, herunder koordinering med samarbejdspartnere i dagpleje / børnehave / skole.
- Hvis et barn er i et behandlingsforløb med fx kræft, hvor træningen i kommunen skal tilpasses med behandlingen, og hvor barnet skal have overskud til at træne.
- Hvis der i henhold til det grundlæggende princip om, at et barn så vidt mulig skal tilknyttes en terapeut i et længere forløb, kan være behov for at afklare, hvordan dette bedst tilgodeses.
- Børn som allerede følges i kommunen med råd og vejledning, og som på et tidspunkt i forbindelse med et udredningsforløb, skal have en GOP.

*Der kan fx benyttes følgende formulering, som dækker bredt i relation til ovenstående argumenter:*

Opstart af genoptræning kræver en koordineret indsat, og kan derfor passende ske efter ca. 2 til 4 uger.

#### Aktuel hospitals kontakt

Angiver start og afslutning på den aktuelle kontakt.

#### Aftaler om kontrol og opfølgning

Her anføres dato og tid, hvis der er aftalt en ambulant kontrol, evt. noteres blot at der vil blive en ambulant kontrol efter ca. x antal uger, hvis der endnu ikke er lavet en konkret aftale.

Om muligt anføres navn på den læge og terapeut der skal se barnet til den ambulante kontrol.

#### Helbredsforhold inkl. beskrivelse af behandlingsforløb

Indsats under indlæggelse med betydning for genoptræningen noteres. Det er vigtigt med oplysning om ergoterapi og fysioterapi.

Evt. funktionsmålinger noteres, sammen med evt. kommentarer til disse.

Helbredsrelateret funktionsevne på udskrivningstidspunktet

Funktionsevne før sygdom, beskrives i henhold til ICF (kropsdimension, aktivitet/deltagelse, fysiske omgivelser, sociale omgivelser). Hvis det er et barn, der har haft et funktionstab, beskrives barnets funktionsevne inden indlæggelsen. Hvis det er et barn med en udviklingsproblematik, beskrives udviklingen forud for indlæggelsen, hvis muligt.

Barnets aktuelle funktionsevne på udskrivningstidspunktet beskrives i henhold til ICF (kropsdimension, aktivitet/deltagelse, fysiske omgivelser, sociale omgivelser)

Udvidet beskrivelse af helbredsrelateret funktionsevne på udskrivningstidspunktet (ved rehabilitering på specialiseret niveau)

Ikke relevant

Genoptræningsbehov og potentiale

Barnets begrænsninger og træningsbehov beskrives i henhold til ICF.

Er der en formodning om, at der kan blive tale om et længerevarende træningsforløb, bør dette noteres.

Mål, metode og omfang af træningen visiteres af kommunen, og aftales konkret mellem udøvende terapeut i kommunen og barnets forældre.

Aktionsdiagnose

Hvis der er en diagnose, udfyldes dette felt.

Behandlerteam

- Ansvarlig læge skal skrives på. (E-mail og telefonnummer)
- Udfylder er automatisk underskriver (kan evt. ændres manuelt)

Journaluddrag

Indsættes i det omfang, at det er relevant for den træning, der skal iværksættes.

Links

Her kan evt. indkopieres relevante links.

Modtager/Afsender

Fortrykt.

Bilag

Februar 2020

### Bilag 3

Indsæt logo

#### Statusskema ved ambulant lægekontrol Fysio- ergoterapeutisk vurdering

Dato:

Navn og Cpr.nr.

Barnets funktionsstatus

Fysio- ergoterapeutiske tilbud

Andre foranstaltninger med relevans for træningen

Mål for træningen

Aktuelle problemstillinger / fremadrettet

Fysio- ergoterapeuts navn, telefonnummer og E-mail

## **Kommentarer til statusskema ved ambulante lægekontrol.**

Det tilstræbes, at skemaet udfyldes kort og præcist, så det ikke fylder mere end én side.  
De enkelte kasser kan indeholde følgende:

### **Barnets funktionsstatus:**

Kort beskrivelse af aktuel status i forhold til målsætning og indsats.  
Henvis til evt. test, som kan vedlægges som bilag.

### **Ergo- fysioterapeutisk tilbud:**

Beskriv tilbud i forhold til:

- Dato for opstart
- Omfang
- Indhold
- Sted
- Evt. plan om afslutning/videregivelse til andet tilbud

### **Andre foranstaltninger med relevans for træningen:**

Pasningstilbud/skole

Støtteforanstaltninger (støttetimer, dobbelttællende plads etc.)

Hjælpemidler (også kropsbårne)

Fritidsaktiviteter

Supplerende træning via netværk

### **Mål for træningen:**

Mål, som er udarbejdet af fysio- ergoterapeuten i samarbejde med barn og forældre.

### **Aktuelle problemstillinger:**

Spørgsmål fra barn, forældre og fysio-ergoterapeut, som skal afklares ved den ambulante kontrol.

Februar 2020