

DAGSORDEN

TVÆRSEKTORIEL STRATEGISK STYREGRUPPE

Tværasektoriel strategisk styregruppe

MØDETIDSPUNKT

31-10-2025 09:00

MØDESTED

Regionsgården

MEDLEMMER

Anne Skriver Andersen	Formand
Helene Rasmussen	
Jørgen Steen Andersen	
Jette Bay	
Tina Holm Nielsen	
Peder Reistad	
Lone Bjørklund	
Helle Hagemann Olsen	
Alberte Bryld Burgaard	
Berit Juhl Schau	
Sille Arildsen	
Stella Hansen	Formand
Charlotte Hosbond	
Gitte Bylov Larsen	
Lone Kvist	
Iben Kyhn Riis	
Helene Døssing	
Bente Clausen	
Annette Randløv	
Søren Trier Høisgaard	
Per Bennetsen	
Steen Ledsager	
Pernille Welinder	
Thomas Reimann	
Louise Juel Pedersen	
Randi Brinckmann	
Jacob Hess	
Lotte Klitfod	

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Drøftelse: Erfaringsopsamling om brugerinddragelse i de faglige klynger og Tværsektoriel strategisk styregruppe
3. Drøftelse: Fastsættelse af lægedækningstruede områder
4. Orientering: Nye rammer for kapacitetsplanlægning og fastsættelse af patienttal
5. Orientering og godkendelse: Status på pilotafprøvninger og dataanalyser i regi af rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser for borgere på plejecentre
6. Godkendelse: TeleHjertes overgang til Klinisk-Organisatorisk Driftsorganisation
7. Godkendelse: Revideret snitfladekatalog for voksne, der udskrives fra somatikken.
8. Godkendelse: Samarbejdsaftale om kommunikation via korrespondancemeddelelse (KM) mellem hospital og kommune ved behov for kommunal rehabilitering - børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade
9. Godkendelse: Revidering af afsnit om dobbeltdiagnosebehandling i ”Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom”
10. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Medlemmer af styregruppen

Navn	Titel
Anne Skriver - Formand	Koncerndirektør, Region Hovedstaden
Stella Hansen - Næstformand	Direktør, Helsingør Kommune
Alberte Bryld Burgaard	Velfærdsdirektør, Ishøj Kommune
Annette Randløv	Praktiserende læge, PLO-Hovedstaden
Bente Clausen	Organisatorisk brugerrepræsentant, medlem af Patientinddragelsesudvalget
Charlotte Hosbond	Direktør for Center for Sundhed, Region Hovedstaden
Eva Sejersdal Knudsen	Enhedschef, Det nære sundhedsvæsen, CSU, Region Hovedstaden
Gitte Bylov Larsen	Social- og sundhedsdirektør, Gladsaxe Kommune
Helene Bliddal Døssing	Vicedirektør, Herlev Gentofte Hospital
Helene Rasmussen	Direktør for Social og Sundhed, Gentofte Kommune
Helle Hagemann Olsen	Direktør for Job, Social og Sundhed, Hillerød Kommune
Iben Kyhn Riis	Vicedirektør, Bornholms Hospital
Jacob Peter Hess	Socialdirektør, Københavns Kommune
Jette Bay	Organisatorisk brugerrepræsentant, Forperson Patientinddragelsesudvalget
Jørgen Steen Andersen	Praktiserende læge, PLO-Hovedstaden
Lone Bjørklund	Vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri
Lone Kvist	Direktør, Allerød Kommune
Lotte Klitfod	Vicedirektør, Akutberedskabet, Region Hovedstaden
Louise Juel Pedersen	Sundhedschef, Bornholms Regionskommune
Peder Reistad	Praktiserende læge, formand for PLO-Hovedstaden
Per Bennetsen	Administrerende direktør, Københavns Kommune
Pernille Welinder	Vicedirektør, Nordsjællands Hospital
Randi Brinckman	Vicedirektør Rigshospitalet
Sidsel Kjær Scheibel	Sektionschef, Tværsektoriel udvikling, CSU, Region Hovedstaden
Sille Arildsen	Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Steen Ledsager	Organisatorisk brugerrepræsentant, medlem af Patientinddragelsesudvalget
Søren Trier Høisgaard	Direktør, Egedal Kommune
Tina Holm Nielsen	Vicedirektør, Amager Hvidovre Hospital

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

KONKLUSION

2. DRØFTELSE: ERFARINGSOPSAMLING OM BRUGERINDDRAGELSE I DE FAGLIGE KLYNGER OG TVÆRSEKTORIEL STRATEGISK STYREGRUPPE

FORMÅL MED SAGEN

Tværasektoriel strategisk styregruppe (TSS) drøfter erfaringer og væsentlige læringspunkter med brugerinddragelse i Sundhedsklyngerne og i TSS i Region Hovedstaden, herunder præsenteres pointer fra en erfaringsopsamling om læringen fra de seneste tre år.

INDSTILLING

- At Tværasektoriel strategisk styregruppe drøfter erfaringerne med brugerinddragelsen i de faglige sundhedsklynger og i TSS og væsentlige læringspunkter, der kan tages med videre i en ny organisering som følge af implementering af sundhedsreformen.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

TSS drøftede erfaringer med brugerinddragelse i TSS i januar 2025 med fokus på at opsamle gode erfaringer til brug for den fremtidige brugerinddragelse i en ny organisering. På mødet blev efterspurgt en erfaringsopsamling af brugerinddragelsen i de faglige sundhedsklynger.

De faglige sundhedsklynger har på forskellig vis samlet op på brugerinddragelsen. Samtidigt har Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) interviewet brugerrepræsentanter, der har deltaget i de faglige sundhedsklynger og i TSS, om deres erfaringer og oplevelse af, hvor de har gjort en forskel og deres anbefalinger til fremadrettet brugerinddragelse (bilag 1).

Brugerrepræsentanternes oplevelse af, hvor de har gjort en forskel

I tre år har bruger- og pårørenderepræsentanterne været samlet i et netværk med to årlige møder drevet af Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) i samarbejde med Center for Sundhed i Region Hovedstaden. Formålet med netværket har været at støtte brugerrepræsentanterne i deres arbejde med at repræsentere patienter og pårørende.

På det sidste netværksmøde blev der afholdt et fokusgruppeinterview med 10 brugerrepræsentanter.

Deltagerne i erfaringsopsamlingen peger på at:

- Brugerperspektivet har udvidet forståelsen af målgruppen.
- Fra egne erfaringer til fælles læring - Patientperspektivet har bragt værdighed og helhed ind i arbejdet.
- Brugerrepræsentanter har gjort oversete stemmer synlige i forskningen.
- Brugerrepræsentanternes deltagelse har åbnet for nye perspektiver og peget på nye problemstillinger med værdi for patienterne.
- Fagligheden i brugerperspektivet har styrket beslutningsgrundlaget.
- Forberedelse har styrket brugerperspektivet i møderne.
- Patientperspektivet har fastholdt fokus på værdi for patienterne.

Opsamlinger fra de faglige sundhedsklynger peger også på, at brugerdeltagelse har:

- Suppleret de faglige drøftelser og skærpet fokus på brugernes perspektiver.
- Understøttet fokus på sammenhængende patientforløb.
- Styrket det operationelle niveau: Brugerinddragelse fungerer særligt godt i styregrupper og arbejdsgrupper for konkrete indsatser, hvor input kan omsættes direkte til handling.

Brugerrepræsentanternes 10 anbefalinger til det fremadrettede samarbejde

De interviewede brugerrepræsentanter kommer med 10 anbefalinger til, hvad der er væsentligt for det fremadrettede samarbejde med involvering af brugere.

1. At der er afsat økonomi og andre ressourcer til reelt brugersamarbejde, blandt andet til at understøtte netværk, kompetenceudvikling og evaluering.
2. At ledelsen og sekretariatet har den rette viden om og kompetencer til at sikre en ligeværdig og reel brugerinddragelse.
3. At der fra centralt hold (kommunalt, regionalt og om muligt med PLO) er aftalt rammer for, hvordan det ligeværdige samarbejde understøttes i sundhedsråd, arbejdsgrupper mv.
4. At der ved valg af mødelokaler og andre fysiske rammer tilbydes forhold, der lever op til FN's Handicapkonvention om for eksempel tilgængelighed samt syns- og/eller høretolkning.
5. At der tilbydes kompetenceudvikling til brugerrepræsentanterne, herunder uddannelse, netværk og træning i for eksempel elevatorsamtale og i at se udfordringer i et helikopterperspektiv.
6. At man rekrutterer brugerrepræsentanter, der kan repræsentere mange.
7. At brugerrepræsentanterne som udgangspunkt altid deltager i tilbudt uddannelse og planlagte møder.
8. At der er klare strukturer for, hvordan erfarne brugerrepræsentanter kan oplære nye repræsentanter, og rammer for at erfaringer rettidigt kan overleveres.
9. At der findes understøttende materiale i forhold til patientperspektiv og temaer, for eksempel vejledning i, hvad man som brugerrepræsentant skal fokusere på.
10. At brugerrepræsentanterne får viden om ulighed og om, hvordan man repræsenterer et organisatorisk brugerperspektiv uden at skulle fortælle sin egen historie.

Det er brugernetværkets anbefaling, at erfaringerne bruges som afsæt til at starte og kvalificere samarbejdet i de nye sundhedsråd.

Klyngesekretariaternes opmærksomhedspunkter

Klyngesekretariatene peger på mange af de samme opmærksomhedspunkter, som brugerrepræsentanterne har oplistet i deres anbefalinger, og som også fremgår af evaluering af modellen for brugerinddragelse i sundhedsklyngerne fra efteråret 2024. Herunder peges på væsentligheden af:

- Få en bred repræsentation og tidsbegrænset udpegning.
- Prioritering af kompetenceudvikling/oplæring af brugerrepræsentanter.
- Skabe tydelige rammer for deltagelse og brugerrepræsentanternes rolle.

Brugerperspektiv

Bruger- og pårørenderepræsentanter har et andet perspektiv og en anden viden end medarbejdere i sundhedsvæsenet. Bruger- og pårørenderepræsentanter har levede erfaringer med patientforløb, og de har oplevet, hvordan forskellige initiativer er ført ud i virkeligheden. Brugerinddragelse er derfor vigtig for

at udvikle et sammenhængende sundhedsvæsen og skabe bedre løsninger, der giver større værdi for borgere og patienter.

VIDERE PROCES

Erfaringerne fra brugerinddragelse i de sundhedsfaglige klynger og i TSS kan anvendes som vidensgrundlag og kvalificere organiseringen af brugerinddragelse fremadrettet som led i implementering af sundhedsreformen.

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Læring fra 3 års brugerinddragelse i Tværsektoriel Strategisk St... (D14975497)

3. DRØFTELSE: FASTSÆTTELSE AF LÆGEDÆKNINGSTRUDEDE OMRÅDER

FORMÅL MED SAGEN

Lægedækningstruede områder er en del af overenskomsten om almen praksis og er tidligere blevet fastlagt årligt på baggrund af syv kriterier bestemt af det forhenværende praksisplanudvalg i henhold til praksisplanen. Med ændring af sundhedsloven og den nye bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud er praksisplanen pr 1. juli 2025 udfaset. Overenskomsten om almen praksis er fortsat gældende.

Regionen har i lighed med tidligere år i samarbejde med sekretariatene for henholdsvis PLO-Hovedstaden og det Fælleskommunale Sundhedssekretariat udarbejdet forslag til fastsættelse af lægedækningstruede områder i 2026 på baggrund af en fælles forståelse af relevante kriterier.

Med denne sag forelægges forslag til fastsættelsen af lægedækningstruede områder i 2026 til drøftelse i Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS) og efterfølgende Sundhedssamarbejdsudvalget, inden regionens endelige fastlæggelse af områderne.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel Strategisk Styregruppe giver input til Sundhedssamarbejdsudvalgets kommende drøftelse af fastsættelsen af lægedækningstruede områder i 2026.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Af overenskomsten for almen praksis fremgår det, at almen praksis i lægedækningstruede områder har en række udvidede muligheder bl.a. i form af mere fleksible rammer for ansættelse af læger og adgang til etablering af delepraksis. Mulighederne har til hensigt at gøre det mere attraktivt for læger at praktisere i områder, der har udfordringer med rekruttering og tilknytning af læger til praksis. Hvis der ikke fastlægges regionalt gældende lægedækningstruede områder for 2026, vil der ikke være nogle læger, der har adgang til disse udvidede muligheder i 2026.

I 2022 besluttede regionen sammen med repræsentanter for kommunerne og almen praksis (i det tidligere praksisplanudvalg), at kriterierne for fastsættelse af lægedækningstruede områder skal identificere områder, der har fastholdelses- og rekrutteringsvanskeligheder. Kriterierne for fastsættelsen af lægedækningstruede områder er som følger:

- 1) Åbne-/lukke status samt forventet befolkningsudvikling for 2024-2025: Kriteriet identificerer områder i regionen, der har en høj andel af lukkede praksis og en betydelig forventet befolkningstilvækst.
- 2) Andel af læger over 65 år: Kriteriet identificerer områder i regionen, hvor der er risiko for, at en større andel af læger ophører på grund af alder.
- 3) Andel af kapaciteter, der er ubesatte: Kriteriet identificerer områder, hvor der er aktive kapaciteter, der varetager patienter, men som det ikke har været muligt at rekruttere læger til.

4) Genopslag og kapacitet, der er fast ledig efter gentagne genopslag: Kriteriet identificerer områder, hvor der har været udfordringer med manglende ansøgninger til opslåede kapaciteter.

5) Tilbud under sundhedsloven: Kriteriet identificerer områder, hvor der er etableret tilbud under Sundhedsloven, dvs. regionsklinik eller udbudsklinik.

6) Tilbageleverede kapaciteter: Dette kriterie identificerer områder, hvor læger har tilbageleveret kapacitet til regionen. Tilbageleveringer kan f.eks. skyldes, at læger ikke har været i stand til at overdrage/sælge praksis til en ny læge eller ikke har kunnet etablere en ny praksis i området.

7) Patienttyngde: Kriteriet identificerer områder, hvor borgere gennemsnitligt er socioøkonomisk dårligst stillet.

Fastsættelsen af lægedækningstruede områder i 2026

Sekretariatene for region, almen praksis og kommuner foreslår, at der som vanligt fastsættes lægedækningstruede områder i 2026 på baggrund af de 7 kriterier og med udgangspunkt i den beregningsmodel som regionen tidligere har brugt til formålet. Fremadrettet, skal der med etableringen af det nye Region Østdanmark, tages stilling til evt. fastlæggelse af regionalt lægedækningstruede områder fra 2027 og frem.

Med hensyn til kriterie 7), er patienttyngden tidligere blevet målt med udgangspunkt i kommune socialgrupper som beregnes af sundhedsprofilen hvert fjerde år.

I år er regionen blevet enige med sekretariatene for henholdsvis PLO-Hovedstaden og kommunerne om at foreslå at supplere modellen med sygdomsvægt, jf. Sundhedsdatastyrelsens beregninger, som et ekstra parameter for kriterie 7). Sygdomsvægten beregnes årligt og tager højde for patienternes alder, køn, uddannelse, civilstand, somatiske og psykiske sygdomme, arbejdsmarkedstilknnytning og herkomst.

Samlet vurdering af lægedækningstruede områder i 2026

Med udgangspunkt i ovenstående, har regionen i samarbejde med sekretariatene for henholdsvis PLO-Hovedstaden og kommunerne udarbejdet forslag til fastsættelse af lægedækningstruede områder i 2026 på baggrund af de 7 kriterier.

I lighed med sidste år foreslås det, at lægedækningstruede områder vurderes med afsæt i de områder, der samlet har to eller flere point i beregningsmodellen. I år er modellen justeret således, at modellen beregner kriterie 7) på baggrund af både kommune socialgruppe og sygdomsvægt jf. ovenstående overvejelser. Det vil sige, at der tildeles point til områder, som adskiller sig med hensyn til enten kommune socialgruppe eller sygdomsvægt. Af bilag 1 ses den samlede vurdering af områderne ud fra ovenstående kriterier.

For 2026 foreslås følgende 5 områder som lægedækningstruede i henhold til regionens beregningsmodel: Amager, Ballerup, Bornholm, Dragør og Ishøj.

Der var også 5 lægedækningstruede områder i 2025 og 12 i 2024. Høje-Taastrup og Egedal går fra at være lægedækningstruet i 2025 til ikke at være det i 2026, mens Dragør og Ballerup går fra ikke at være lægedækningstruede i 2025 til at være lægedækningstruede i 2026.

Nedenfor redegøres for de nærmere udfordringer i de foreslåede lægedækningstruede områder, ifølge administrationens model, jf. bilag 1:

- *Amager* får tildelt ét point i kriterie 3, da der er 5 aktive kapaciteter som er ubesat, hvilket ofte er et udtryk for udfordringer med rekruttering til området. Amager får også tildelt ét point i kriterie 6, da der er blevet tilbageleveret en kapacitet, hvilket ofte er et udtryk for, at overdragelse og rekruttering er udfordrende.
- *Ballerup* får tildelt ét point i kriterie 1, da gennemsnitligt 88% af klinikkerne i området har haft lukket for tilgang i 2025. Ballerup får også tildelt ét point i kriterie 6 af samme årsag som ovenfor.
- *Bornholm* får tildelt to point i kriterie 5, fordi der er placeret en regionsklinik i området, hvilket afspejler svære udfordringer med rekruttering. Bornholm får også tildelt ét point i kriterie 6, af samme årsag som ovenfor, og ét point i kriterie 7, da patienterne udmærker sig ift. både kommune socialgruppe og sygdomsvægt.
- *Dragør* får tildelt ét point i kriterie 2, da 43% af lægerne i området er 65 år eller ældre, hvilket indikerer en risiko for, at en større andel af læger ophører grundet fx pension. Dragør får også ét point i kriterie 7 fordi patienterne udmærker sig ift. sygdomsvægt.
- *Ishøj* får tildelt ét point i kriterie 3, da 3 ud af 13 aktive kapaciteter er ubesatte, hvilket ofte er et udtryk for udfordringer med rekruttering til området. Ishøj får også tildelt ét point i kriterie 7 fordi patienterne udmærker sig ift. kommune socialgruppe.

Konsekvenser

Med fastsættelsen af Amager, Ballerup, Bornholm, Dragør og Ishøj som lægedækningstruede områder, vil der i 2026 være en række udvidede muligheder for de almen medicinske tilbud. De udvidede muligheder skal gøre det mere attraktivt for læger at praktisere i områderne og indbefatter, som reglerne er i den gældende overenskomst:

- Udvidet mulighed for ansættelse af uddannelseslæger
- Udvidet mulighed for etablering af delepraksis i op til 6 år, med ret til at få tilført en ekstra lægekapacitet efter periodens udløb, hvis området fortsat er lægedækningstruet.
- Mulighed for at besætte mere end halvdelen af praksis' samlede lægekapacitet med ansatte læger
- Udvidet mulighed for ansættelse udover normering for ældre læger
- Øgede kronikerhonorar
- Mulighed for, at ansatte, herunder yngre læger, kan modtage økonomisk støtte fra Administrationsudvalgets midler

Den gældende overenskomst udløber den 31. december 2025. Den nye overenskomst, som vil være gældende for 2026, er på nuværende tidspunkt under forhandling. Vedr. de udvidede muligheder for delepraksis og retten til at få tilført en ekstra lægekapacitet efter periodens udløb, forventes dette at skulle revurderes som led i forhandlingerne, grundet de nye nationale rammer for kapacitetsfordeling jf. den nationale fordelingsmodel.

Brugerperspektiv

Hensigten med fastsættelse af lægedækningstruede områder er, at der fortsat er mulighed for at gøre det mere attraktivt for læger at praktisere i områder, der har udfordringer med rekruttering og tilknytning af læger til praksis. Dette er med henblik på at sikre en god lægedækning således, at alle borgere har lige adgang til et alment medicinsk tilbud.

VIDERE PROCES

Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter forslag til lægedækningstruede områder på møde den 5. december 2025 med henblik på at give input inden den endelige regionale fastlæggelse af områderne i Udvalget

for Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen på møde den 5. januar 2026

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Lægedækningstruede områder 2026

4. ORIENTERING: NYE RAMMER FOR KAPACITETSPLANLÆGNING OG FASTSÆTTELSE AF PATIENTTAL

FORMÅL MED SAGEN

Hidtil har regionen årligt fastlagt kapaciteten i almen praksis på baggrund af en lægedækningsundersøgelse og en områdespecifik analyse af lægedækningsbehovet i de enkelte planlægningsområder i regionen. Forud for regionens fastlæggelse af kapaciteten for det kommende år har resultaterne fra den årlige lægedækningsundersøgelse og den områdespecifikke analyse tidligere været forelagt Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS) og Sundhedssamarbejdsudvalget med henblik på at give eventuelle input forud for den endelige fastsættelse i udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Resultaterne er vanligt blevet forelagt styregruppen én gang årligt omkring oktober.

I år er der ikke, som tidligere, udarbejdet en lægedækningsundersøgelse eller en områdespecifik analyse, som kan forelægges for TSS. Dette skyldes de nye rammer for kapacitetsplanlægning og fastsættelse af patienttal i henhold til den nye bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe tager orientering om nye rammer for kapacitetsplanlægning og fastsættelse af patienttal til efterretning.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Pr. 1. juli trådte en ny bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud i kraft. Med den nye bekendtgørelse skal regionen planlægge kapaciteten med udgangspunkt i en national fordelingsmodel baseret på borgernes sygdomsvægt.

Regionen skal fremover også årligt fastsætte individuelle minimumspatienttal for hver enkelt klinik. Hvert år modtager regionen vejledende patienttal for hver klinik beregnet af sundhedsdatastyrelsen baseret på borgernes sygdomsvægt. Regionen skal fastsætte minimumspatienttallet med udgangspunkt i de vejledende minimumspatienttal. I processen for fastsættelsen skal regionen indgå i dialog med klinikkerne, inden de endeligt fastsættes.

Den nye nationale model erstatter regionens hidtidige proces for kapacitetsplanlægning, hvor den tidligere lægedækningsundersøgelse var central for regionens årlige beslutning om fastsættelse af kapaciteten i almenmedicinske tilbud.

Lægehøring og områdeanalyse

Som led i den dialog regionen skal have med klinikkerne forud for den endelige fastsættelse af patienttal, har regionen igangsat en høringsproces. Høringen er med henblik på at modtage klinikkernes input vedr. sundhedsdatastyrelsens vejledende patienttal, klinikkernes egne ønsker for patienttal samt deres forudsætninger for at levere en given kapacitet. Dialogen forventes at foregå løbende frem mod årsskiftet.

Den aktuelle lægedækning i Region Hovedstaden

Da lægedækningen i regionen generelt er god, forventes der ikke at blive behov for at foretage væsentlige ændringer i klinikkernes minimumspatienttal. Det tilstræbes, at justeringer af minimumspatienttallene for lægerne sker ad frivillighedens vej.

Mht. kapacitet er det regionens tilgang frem til den 1. januar 2027, hvor sundhedsrådene overtager kompetencen, at udmønte kapacitet i begrænset omfang i områder med 'underskud' af kapacitet jf. den nationale model - og kun i områder med særligt behov herfor.

Det er samtidig administrationens tilgang, at der ikke aktivt fjernes kapaciteter i områder med 'overskud' af kapacitet, da hensigten med sundhedsreformen er, at kapaciteten på langt sigt skal udbygges i hele landet.

Tilgangen er baseret på følgende forhold:

1. at opretholde den generelt gode lægedækning i Region Hovedstaden, hvor alle borgere aktuelt er tilknyttet et almenmedicinsk tilbud, og
2. et hensyn til lægedækningssituationen i Region Sjælland, som generelt er udfordret i forhold til rekruttering af læger.

Brugerperspektiv

Regionens administration vil fortsat tage hensyn til lægedækningen i de enkelte planlægningsområder i processen for fastsættelse af kapacitet og kliniks specifikke minimumspatienttal for 2026. Dette er med henblik på at sikre en god lægedækning således, at alle borgere har lige adgang til et alment medicinsk tilbud.

VIDERE PROCES

Det forventes at de endelige minimumspatienttal, som fastsættes af regionen, vil være gældende fra 1. februar 2026.

Uagtet at der ikke er udarbejdet en områdespecifik analyse på samme måde som tidligere, vil regionens administration fortsat tage hensyn til lægedækningen i de enkelte planlægningsområder i processen for fastsættelse af kapacitet og kliniks specifikke minimumspatienttal for 2026.

5. ORIENTERING OG GODKENDELSE: STATUS PÅ PILOTAFPRØVNINGER OG DATAANALYSER I REGI AF RETTIDIG FOREBYGGELSE AF AKUTTE INDLÆGGELSER OG GENINDLÆGGELSER FOR BORGERE PÅ PLEJECENTRE

FORMÅL MED SAGEN

Med denne sag præsenteres Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) for status på pilotafprøvninger og dataanalyser i regi af rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser for borgere på plejecentre

På mødet den 24. januar 2025 tog TSS afrapportering vedrørende rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser til efterretning og anbefalede over for Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) at godkende forslag til fire indsatser om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser.

TSS godkendte desuden udkast til kommissorium for det fremtidige arbejde med rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe tager status på pilotafprøvninger og resultater af dataanalyser i regi af rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser for borgere på plejecentre til efterretning.
- At Tværsektoriel strategisk styregruppe anbefaler over for Sundhedssamarbejdsudvalget at godkende forslag til udbredelse af kvalitetsudviklingsprojekt om klinisk vurdering ved udkørende funktion og alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejecentre (i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23). Forslaget er med forbehold for en individuel tilkendegivelse fra kommunerne i forhold til, hvorvidt de ønsker at deltage.

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Under TSS blev der i starten af 2025 nedsat en styregruppe for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser for borgere på plejecentre. Denne styregruppe har ansvar for tre af de fire projektspor, som omhandler arbejdet med rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser for borgere på plejecentre i Region Hovedstaden. Det drejer sig om følgende projekter:

1. Dataanalyser
2. Klinisk vurdering
3. Afklaring af behandlingsniveau.

Det fjerde projekt vedr. afprøvning af 96 timers behandlingsansvar i akutmodtagelserne er forankret under hospitalsdirektionerne. Styregruppen orienteres og involveres ved behov for tværsektoriel afklaring i forhold til dette projektspor.

For hver af de tre projektspor er nedsat en projektgruppe med en projektejer. Under hvert projektspor er der udarbejdet projektbeskrivelser og for to af sporene er der gennemført/gennemføres der pilotafprøvninger. Nedenfor gives en status på arbejdet med projekterne.

Indsats 1: Dataanalyser med henblik på at karakterisere og monitorere borgere på plejecentres indlæggelsesmønstre i Region Hovedstaden.

Formål:

For at karakterisere og monitorere borgere og plejecentres indlæggelsesmønstre i Region Hovedstaden er der behov for at identificere målgruppen i de datakilder, der findes.

Status på aktiviteter:

Datagruppen forventer at levere data i to former. Den ene form vil være en simpel monitorering af udvalgte indikatorer i en power BI app, så man kan følge udviklingen undervejs i projektet, jf. indsats 2. Det skal her sikres, at rapporterne kan tilgås på tværs af sektorer. Den anden form vil være at evaluere projektet med en effektanalyse udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, jf. indsats 2.

For at kunne identificere borgere på plejecentre på individniveau kobles oplysninger fra Sundhedsdatastyrelsens register 'Plejhjemsadresser' (herunder CPR-numre og ind- og udflytningsdatoer) med data fra Sundhedsplatformen, Akutberedskabet, Landspatientregistreret og Sygesikringsdatabasen. Der er modtaget data fra plejhjemsdatabasen i slutningen af august 2025. Dette som en engangsleverance.

Videre proces:

Som konsekvens af, at der i pilotprojektet om klinisk vurdering kun var to registrerede patienter, jf. indsats 2, har arbejdet i Datagruppen været på pause frem til beslutning om det videre forløb på dagens styregruppemøde. Når og hvis der forelægger et datagrundlag, der kan arbejdes med, genindkaldes gruppen.

Indsats 2: Klinisk vurdering ved udkørende funktion og alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejecentre i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23.

Formål:

Formålet med projektet er at undersøge om systematisk brug af kommunale akutfunktioner og videokonsultation med bagvagt i akutmodtagelsen, for borgere visiteret til akut indlæggelse, vil kunne reducere antallet af fysiske vurderinger på akutmodtagelserne og hospitalsindlæggelser.

Status på aktiviteter:

Der er udarbejdet projektbeskrivelse og detaljerede arbejdsgangsbeskrivelser for hhv. plejecenterpersonale, Akutberedskabet, kommunale akutfunktioner og akutmodtagelsen. Der er desuden etableret IT-understøttelse af indsatsen i Sundhedsplatformen.

Der er gennemført en pilotafprøvning i juni 2025 med forlængelse til og med 15. juli 2025. Piloten har bl.a. haft til formål at identificere, om der er konkrete problemstillinger i set-up'et (fx design eller organisering af indsatsen), som skal justeres.

I alt er der registreret 2 inkluderede borgere i piloten

Der er gennemført en interviewundersøgelse med relevante sundhedsprofessionelle om piloten, herunder en opsamling på, hvilke barrierer, der har været for at inkludere flere patienter. Der er suppleret med en

tværsektoriel audit af forløb, der ikke blev inkluderet i projektet.

Årsager til den manglende inklusion i pilotprojektet har primært været vanskeligheder ved at få kommunikeret ud til alle medarbejdere på 1813 og plejehjem. Dette forstærket af den relativt komplekse intervention.

Forslag til justeret projektdesign for kvalitetsudviklingsprojekt:

Pba. erfaringer med og opsamling på pilotafprøvningen foreslås det at videreføre kvalitetsudviklingsprojektet i justeret form med en interventions- og kontrolgruppe. I det nye projektoplæg skal plejehjem ikke længere kontakte 1813, men altid kontakte den kommunale akutfunktion, som ved behov skal kontakte bagvagten på hospitalet. Dette design forventes at reducere kompleksiteten i projektet.

Antallet af borgere, som vil skulle indgå i projektet, er i en ny styrkeberegning pba. audit estimeret til, at der skal inkluderes 882 patienter (294 patienter i interventionsgruppen og 588 i kontrolgruppen). Projektet vil involvere alle plejecentre i Region Hovedstaden.

Styregruppen for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser har på styregruppemødet den 9. oktober 2025 givet opbakning til at gennemføre kvalitetsudviklingsprojektet i det justerede design. Dette er med forbehold for en individuel tilkendegivelse fra kommunerne i forhold til, hvorvidt de ønsker at deltage.

Videre proces:

SSU orienteres om status med henblik på beslutning om det videre arbejde på udvalgets møde d. 5. december 2025.

Ved opbakning fra TSS og SSU igangsættes kvalitetsudviklingsprojektet i 1. kvartal 2026.

Der er et fokus på at få gennemført kvalitetsprojektet i takt med, at arbejdet med sundhedsreformen tager fart, da det vil give nyttig viden i forhold til arbejdet med at forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser. Det vil sige, at der også er en afhængighed til det forberedende arbejde med sundhedsreformens forskellige elementer, samt til den forestående fusion med Region Sjælland.

Indsats 3: Udbredelse og efterlevelse af afklaring behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre

Formålet med pilotprojektet er at afprøve, om en tydeligere ramme for afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre kan medvirke til, at der for relevante borgere sker afklaring af behandlingsniveau med henblik på at reducere antallet af unødvendige ophold i akutmodtagelserne.

Indsatsen omfatter:

- Tilbud om samtaler om behandlingsniveau ved plejecenterlæge / egen læge i samarbejde med plejecenterpersonale
- Korte konferencer om højrisikoborgere med plejecenterlæge / egen læge op til weekenden (ved behov)
- Tydelig kommunikation om behandlingsniveau på tværs af sektorer

Status på aktiviteter:

Instrukser/arbejdsgangsbeskrivelser for de involverede parter, samt honoreringsaftale for de praktiserende læger er godkendt forud for projektopstart primo juni 2025. Det har muligvis været en

barriere at udbrede den rette information til alle aktører grundet projektopstart op til en sommerferieperiode, herunder særligt information om honoreringsaftalen for almen praksis. Der har derfor efter sommerferien været fokus på at gentage/udbygge informationsindsatsen.

Kommunerne melder, at plejecentrene er i gang med at afholde samtaler, og at der flere steder er etableret en god systematik. Indsatsen beskrives som meget meningsfuld for borgere, pårørende og de sundhedsprofessionelle.

Der er gennemført en mindre midtvejsevaluering i form af kvalitative interviews

Videre proces:

Pilotprojektperiode går fra 2. juni til 31. december 2025.

Den endelige evaluering foreligger efter pilotprojektets afslutning primo 2026 og vil give en opsamling på, om projektet og organiseringen har givet mening i praksis, samt hvilke barrierer, der har været registreret undervejs. På den baggrund vurderes, om der er potentiale for at udbrede indsatsen.

Indsats 4: 96 timers behandlingsansvar for borgere fra alle plejecentre, der har ophold i akutmodtagelsen.

Formål:

TSS har den 4. april 2025 fået en orientering om implementering af 96 timers behandlingsansvar, herunder for borgere fra plejecentre, som har haft ophold i akutmodtagelsen, også under 24 timer.

Status på aktiviteter:

Siden den 3. juni 2025 har borgere på plejecentre, som har ophold i en akutmodtagelse, været omfattet af ordningen med 96 timers udvidet behandlingsansvar. I perioden juni-september 2025 har der været knap 700 forløb med 96 timers behandlingsansvar i akutmodtagelserne.

Der er igangsat en erfaringsopsamling i efteråret 2025 med kvalitative interviews med sundhedsprofessionelle i akutmodtagelser og på plejecentre. Fokus er på, om 96 timers behandlingsansvar er en god løsning for målgruppen, bl.a. i forhold til oplevet kvalitet, faglighed og tryghed. Resultaterne af erfaringsopsamlingen foreligger i december 2025.

Videre proces:

Primo 2026 videreformidles resultaterne af erfaringsopsamlingen til Danske Regioner mhp. at bidrage til de forestående drøftelser af, hvordan det udvidede behandlingsansvar nationalt kan udvides til at omfatte udskrivning af ældre medicinske patienter fra akutmodtagelser.

Brugerperspektiv

Borgere på plejecentre er meget sårbare, og det er i udgangspunktet bedre og mere trygt for dem – og deres pårørende – ikke at skulle transporteres ind på en akutmodtagelse for at blive vurderet, hvis det kan undgås. Erfaringer fra lignede tiltag peger også på stor tilfredshed fra borgere/pårørende.

Der har deltaget organisatoriske brugerrepræsentanter fra Patientinddragelsesudvalget i styregruppen, hvor de bl.a. har bidraget med et notat om patientperspektivet på akutområdet. Her peges der fx på, at det er vigtigt at lytte til patientens forventninger vedrørende ønsker til specifikke undersøgelser/behandlinger. Det foreslås, at brugerrepræsentanter og brugerperspektiv også indtænkes i det videre arbejde.

VIDERE PROCES

SSU orienteres om status med henblik på beslutning om det videre arbejde på udvalgets møde d. 5. december 2025.

Ved opbakning fra TSS og SSU igangsættes kvalitetsudviklingsprojektet i 1. kvartal 2026.

Hvis TSS bakker op om, at kvalitetsudviklingsprojektet vedr. klinisk vurdering kan videreføres i 2026, vil der være behov for at forberede projektopstart sideløbende med godkendelsen i SSU.

6. GODKENDELSE: TELEHJERTES OVERGANG TIL KLINISK-ORGANISATORISK DRIFTSORGANISATION

FORMÅL MED SAGEN

Med denne sag anmodes Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) om at godkende, at Tværsektoriel telemedicinsk hjemmemonitorering til mennesker med hjertesvigt overgår til drift forankret i Klinisk-Organisatorisk Driftsorganisation. Alle tværsektorielle telemedicinske indsatser (TeleKOL, TeleSår og TeleHjerte) er desuden alle nationalt forankret under Styregruppen for Hjemmebehandling.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender, at drift og implementeringsopfølgning af Tværsektoriel telemedicin til mennesker med hjertesvigt forankres i Klinisk-Organisatorisk Driftsorganisation pr. 1. januar 2026

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

For at understøtte det tværsektorielle samarbejde om de telemedicinske indsatser, er der etableret en permanent Klinisk-Organisatorisk Driftsorganisation (KOD) for tværsektoriel telemedicin i Landsdel Hovedstaden. KOD er organiseret med en styregruppe for tværsektoriel telemedicin med delt formandskab og programleder-/sekretariatsfunktion mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune. Organiseringen er godkendt i TSS i januar 2024 og i KKR i april 2024. KOD varetager opfølgning på implementering og understøtter drift og den fortsatte kvalitetsudvikling af nuværende og fremtidige indsatser inden for national tværsektoriel telemedicin. Nuværende indsatser er Tværsektoriel telemedicin til mennesker med KOL (TeleKOL) og Telemedicinsk Sårvurdering (TeleSår), hvor TeleKOL blev implementeret i november 2023 og Telesår blev implementeret i 2015 [1]. Kommende indsats som er under implementering og som foreslås overgår til KOD er Tværsektoriel telemedicin til mennesker med hjertesvigt (TeleHjerte).

TeleHjertes overgang til drift

Programmet for TeleHjerte afsluttes i Landsdel Hovedstaden ultimo 2025, hvorefter indsatsen overgår til drift. TeleHjerte er planmæssigt i gang med den brede implementering i kommuner og på hjertesvigtssklinikker. I lighed med implementeringen af TeleKOL er der med TeleHjerte behov for, at implementeringsopfølgning og drift bliver fulgt og understøttet af KOD, for at kunne realisere potentialet.

Fokus på implementeringsopfølgning skal også ses i forbindelse med den nationale aftale om ”Mere behandling hjemme” og en særskilt målsætning om at komme i mål med national udbredelse af TeleKOL og TeleHjerte som opfølgning på tidligere økonomiaftaler.

Med baggrund i behovet for implementeringsopfølgning sammenholdt med det nationale fokus er der behov for at videreføre de tværsektorielle sekretariatsressourcer fra programorganiseringen af TeleHjerte til KOD. Samlet betyder det, at KOD i 2026 drives af 3.5 årsværk på tværs af indsatserne, hvoraf 1.75 årsværk finansieres af regionen og 1.75 årsværk finansieres af kommunerne.

Se bilag for beskrivelse af KOD og konkret opgave- og projektoverblik for 2026

Brugerperspektiv

En stærk fællesnævner for de tværsektorielle telemedicinske indsatser er det tværsektorielle samarbejde forankret i KOD. Her har Landsdel Hovedstaden oparbejdet en samarbejdskultur præget af ligeværd, hvor sektorerne bidrager med kapacitet, ydelse og kompetence til gavn for et samlet forløb for borger.

[1] TeleSår er forankret i KOD, da det er i drift. For nuværende anvender TeleSår ikke ressourcer ud af de samlede årsværk, men indsatsen forventes at kræve implementeringsunderstøttelse ifm. ny TeleSår-it-løsning i 2027.

VIDERE PROCES

KOD-sekretariatet vil ultimo 2026 afdække ressourceestimat på ny for alle tværsektorielle telemedicinske indsatser i KOD. På baggrund af regionssammenlægning kan de organisatoriske forhold se anderledes ud end nu. En sag om fremtidig organisering og finansiering vil forelægges det organ/fora, som de tværsektorielle telemedicinske indsatser, herunder TeleKOL m.fl. i fremtiden forankres op imod.

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. KOD organisering og overblik over opgaver (D14793431)

7. GODKENDELSE: REVIDERET SNITFLADEKATALOG FOR VOKSNE, DER UDSKRIVES FRA SOMATIKKEN.

FORMÅL MED SAGEN

Tværasektorielt samarbejdsforum (TSF) for genoptræning og rehabilitering har udarbejdet et revideret snitfladekatalog for voksne, der udskrives fra somatikken. Med denne sag forelægges det reviderede snitfladekatalog Tværasektoriel strategisk styregruppe (TSS) med henblik på godkendelse.

INDSTILLING

- At Tværasektoriel strategisk styregruppe godkender revideret snitfladekatalog for voksne, der udskrives fra somatikken

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Tværasektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering (TSF) har som en del af sin opgaveportefølje at følge og evt. opdatere samarbejdsaftaler (snitfladekataloger og -beskrivelser) om genoptræning. På den baggrund har TSF besluttet at revidere "Snitfladekatalog. Cases på genoptræning efter Sundhedsloven. En tydeliggørelse af de faglige kriterier og sontringer mellem almen og specialiseret ambulante genoptræning" fra 2014.

Snitfladekataloget er et samarbejdsdokument om stratificeringskategorier mellem kommune og region. Formålet med snitfladekatalog er således at beskrive og tydeliggøre de faglige kriterier, der ligger til grund for sontringer mellem almen og specialiseret ambulante genoptræning indenfor 19 medicinske- og 18 kirurgiske diagnosegrupper (jf. læsevejledning til snitfladekatalog på voksenområdet (2018))

Andre regioner har valgt at afskaffe deres snitfladekatalog, men TSF har vurderet, at der fortsat er behov for at have et snitfladekatalog i Region Hovedstaden, idet det udgør et fælles fundament for, at genoptræningsopgaverne placeres korrekt. Det opleves desuden, at snitfladekataloget fortsat bliver anvendt som arbejdsredskab i daglig praksis.

Revideringsproces og høring

Forud for revideringen har TSF gennemført en baggrundsundersøgelse i hhv. regionalt og kommunalt regi af oplevet behov for revidering og tilgang til revideringsproces. Der var enighed om, at der skulle være en opmærksomhed på at minimere ressourcetrækket i organisationerne ved en revidering, samt at der ikke skulle iværksættes en lang proces. Det blev derfor aftalt, at der i revideringsprocessen kun skulle indarbejdes "væsentlige og nødvendige" rettelser til snitfladekataloget.

TSF iværksatte på den baggrund en høring i det kommunale og regionale bagland, hvorefter høringssvar fra kommuner og hospitaler blev bearbejdet og indarbejdet i det reviderede snitfladekatalog. Tovholder for processen har været det kommunale sekretariat for TSF med inddragelse af relevante fagpersoner.

Overordnede bemærkninger til revideret snitfladekatalog

I det følgende redegøres for en række generelle valg, som er truffet i forbindelse med revideringsprocessen.

Helt overordnet har TSF besluttet, at alle case-beskrivelser i det tidligere snitfladekatalog som en del af revideringen skulle udgå. Begrundelsen var, at case-beskrivelserne ikke fremstod repræsentative for aktuel praksis.

Det skal desuden bemærkes, at der generelt vil kunne forekomme lokale aftaler om genoptræning mellem respektive hospitaler og kommuner inden for udvalgte aktionsdiagnosegrupper, som ikke fremgår af snitfladekataloget.

Konkret har der blandt høringssvarene været stillet forslag om at tilføje snitfladebeskrivelser for følgende nye aktionsdiagnoser: Patienter med rygmærksskade, Cancer mammae, Claudicatio intermitten samt øvrige hofteoperationer som f.eks. rekonstruktion af ledbåndsskade, ledlæbekonstruktion, Ganz-operationer mf. Med baggrund i beslutningen om at minimere ressourceforbruget i forbindelse med revideringsprocessen valgte TSF ikke at forfølge disse indgivne forslag. Det er også sket i erkendelse af, at et snitfladekatalog formentlig aldrig kan blive helt udtømmende.

Dertil kommer, at der er set bort fra høringssvar, der foreslår specifikke ydelsesbeskrivelser, idet snitfladekataloget er et samarbejdsdokument om stratificeringskategorier mellem kommune og region og ikke et ydelseskatalog jf. læsevejledning til snitfladekatalog på voksenområdet (2018).

Der er i den reviderede udgave af snitfladekataloget indsat link til genoptræningsforløbs-beskrivelser ved de aktionsdiagnoser, hvor en sådan foreligger. Der er ikke indsat genoptræningsforløbsbeskrivelser ældre end 2018. Det anbefales, at der ikke for nuværende bruges ressourcer på at opdatere disse genoptræningsforløbsbeskrivelser, da de som arbejdsredskab ikke vurderes at være tidssvarende.

TSF har den 19. juni 2025 godkendt det reviderede snitfladekatalog for voksne, som udskrives fra somatikken, jf. bilag.

Aftale om sundhedsreform 2024

Det skal bemærkes, at kategorien ”rehabilitering på specialiseret niveau”, jf. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (2018), ikke er repræsenteret hverken det tidligere eller nærværende reviderede udgave af snitfladekatalog, hvilket bør tages i betragtning ved læsning og anvendelse af snitfladekataloget.

Med Aftale om sundhedsreform 2024 overgår myndighedsområdet for rehabilitering på specialiseret niveau fra 2027 fra kommunerne til regionen, men eftersom kategorien ”rehabilitering på specialiseret niveau” ikke er omfattet af snitfladekataloget, vurderes det ikke at få betydning her.

VIDERE PROCES

Under forudsætning af, at TSS kan godkende det reviderede snitfladekatalog for voksne, der udskrives fra somatikken, vil kommuner og hospitaler blive orienteret direkte, og snitfladekataloget vil gøres tilgængeligt på regionens hjemmeside.

BILAGSFORTEGNELSE

1. Snitfladekatalog for voksne, der udskrives fra somatikken 2025

8. GODKENDELSE: SAMARBEJDSAFTALE OM KOMMUNIKATION VIA KORRESPONDANCEMEDDELELSE (KM) MELLEM HOSPITAL OG KOMMUNE VED BEHOV FOR KOMMUNAL REHABILITERING - BØRN, UNGE OG VOKSNE MED ERHVERVET HJERNESKADE

FORMÅL MED SAGEN

En tværsektoriel arbejdsgruppe nedsat under Tværsektoriel samarbejdsforum (TSF) for genoptræning og rehabilitering har udarbejdet et forslag til en samarbejdsaftale om brug af korrespondancemeddelelsen (KM) før og efter udskrivelsen for børn, unge og voksne med nyopstået erhvervet hjerneskade. Samarbejdsaftalen blev godkendt af TSF den 19. juni 2025.

Med denne sag forelægges Samarbejdsaftalen om brug af KM (herunder PIXI-udgave) samt heraf følgende revision af eksisterende samarbejdsaftale fra 2023 for Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) med henblik på godkendelse.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender Samarbejdsaftalen om brug af KM (herunder PIXI-udgave) samt heraf følgende revision af eksisterende samarbejdsaftale fra 2023

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstaden har en tværsektoriel samarbejdsaftale om udskrivningsforløb for voksne med nyopstået erhvervet hjerneskade og behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Samarbejdsaftalen blev godkendt af TSS i august 2023 og omfatter blandt andet brug af KM i forbindelse med advisering fra hospital til kommune.

Samarbejdsaftalen fra 2023 omfatter ikke børn og unge med nyopstået hjerneskade og heller ikke tværsektoriel digital kommunikation efter udskrivelse, hvor der på baggrund af tværfaglig vurdering af rehabiliteringsbehov kan være behov for supplement til den eksisterende genoptræningsplan.

Ifølge 'Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner', kan der kun udarbejdes én genoptræningsplan pr. indlæggelsesforløb. Der er derfor udarbejdet en ny tværsektoriel samarbejdsaftale (bilag), som tager højde for, at der kan være behov for at supplere genoptræningsplanen efter udskrivelse, og at den supplerende information tilgår kommunen via en korrespondancemeddelelse (KM). Samarbejdsaftalen har desuden til hensigt at stille børn, unge og voksne lige ved også at inddrage børn og unge i samarbejdsaftalen fra 2023. Samarbejdsaftalen beskriver dermed anvendelsen af KM i relation til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade med behov for specialiseret rehabilitering og rummer følgende:

1. *Tidlig advisering ved genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau*
 - Tilføjelse til eksisterende tværsektoriel samarbejdsaftale fra 2023 om udskrivelse af voksne med erhvervet hjerneskade og behov for rehabilitering på specialiseret niveau (bilag), så aftalen også omfatter børn og unge med erhvervet hjerneskade
2. *Hospitalet fremsender kun én genoptræningsplan for det samlede forløb – tillæg til eksisterende genoptræningsplan*

- Er der i forbindelse med udskrivelse udarbejdet en genoptræningsplan, så er det muligt i forbindelse med ambulant opfølgning at sende en KM som et tillæg til eksisterende genoptræningsplan. Dette inden for en tidsperiode på 8 uger efter udskrivelse.
- 3. *Orientering om aktuel funktionsevne og rehabiliteringsbehov efter tværfaglig vurdering – børn og unge år efter sygdomsdebut*
 - I forbindelse med tværfaglig vurdering af børn og unge i alderen 1 til og med 17 år – år efter sygdomsdebut - i Børne- og Ungefunktionen for Neurorehabilitering, Rigshospitalet – Glostrup, kan der være behov for orientering til kommunen om barnets/ den unges aktuelle funktionsevne og rehabiliteringsbehov. Dette sker, for at kommunen kan tilrettelægge eventuelle indsatser på sundheds-, social- og/eller undervisningsområdet. Orienteringen sendes via en KM.
- 4. *En kommunal indgang ift. punkt 1 - 3*
 - Kommunen tilgår henvendelsen af de tre ovenstående punkter via en elektronisk korrespondancemeddelelse mærket 'Træning', ATT Hjerneskadekoordinering / hjerneskadekoordinator.

Den tværsektorielle samarbejdsaftale om brug af korrespondancemeddelelsen (KM) på hjerneskadeområdet, tilhørende PIXI-udgave samt revision/konsekvensretning af samarbejdsaftalen fra 2023 er udarbejdet af en tværsektoriel arbejdsgruppe nedsat under TSF genoptræning og rehabilitering. Videncenter for Neurorehabilitering har været tovholder på udarbejdelsen af samarbejdsaftalen og tilhørende dokumenter.

Høring

Samarbejdsaftalen inklusive PIXI-udgave og revideret samarbejdsaftale fra 2023 har været sendt i høring i perioden 12. maj - 2. juni 2025, og på den baggrund er en revideret udgave den 19. juni 2025 godkendt af TSF genoptræning og rehabilitering med stor opbakning.

Høringsparterne har været:

- - Kommuner (hovedpostkasser)
 - Hospitaler (hovedpostkasser)
 - SFR Pædiatri
 - SFR Neurologi
 - Patientinddragelsesudvalget (PIU)

Sundhedsreform

Med Aftale om sundhedsreform 2024 og Forårsaftalen 2025 er det besluttet, at myndighedsansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau fra 2027 overgår fra kommunerne til regionen.

Uanset placering af myndighedsansvar vil der fortsat være brug for tydelig tværsektoriel kommunikation om målgruppen. Der kan fx være ved behov for at tilrettelægge eventuelle kommunale indsatser på sundheds-, social- og/eller undervisningsområdet. En kommunal indgang for tværsektoriel kommunikation, som samarbejdsaftalen lægger op til, vil derfor også fremadrettet være gavnlig.

VIDERE PROCES

Hvis TSS kan godkende den tværsektorielle samarbejdsaftale, vil kommuner og hospitaler efterfølgende blive informeret direkte, og samarbejdsaftalen gøres tilgængeligt på regionens hjemmeside.

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Samarbejdsaftale.Kommunikation mellem hospital og kommune_KM_erhvervet
hjerneskode.TSS31.10.2025

📎 2. PIXI-udgave.TSS.31.10.2025

📎 3. Revision.Tværsektoriel samarbejdsaftale om udskrivelse erhvervet hjerneskode fra 2023_version
19062025

9. GODKENDELSE: REVIDERING AF AFSNIT OM DOBBELTDIAGNOSEBEHANDLING I ”SAMARBEJDSAFTALE OM VOKSNE BORGERE MED PSYKISK SYGDOM”

FORMÅL MED SAGEN

Den tværsektorielle samarbejdsgruppe for dobbeltdiagnoser har revideret ”Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom”. Med denne sag forelægges samarbejdsaftalen for Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) med henblik på godkendelse.

INDSTILLING

- At Tværsektoriel strategisk styregruppe godkender revideret afsnit om dobbeltdiagnosebehandling i ”Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom”

KONKLUSION

SAGSFREMSTILLING

Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening har med økonomiaftalen for 2024 indgået aftale om, at regionerne fra september 2024 til og med 2027 trinvist skal indfase integreret dobbeltdiagnosebehandling. Lovgivningen, som følge af aftalen, har opstillet nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om dobbeltdiagnosebehandling. Det betyder, at afsnittet om borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug i ”Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom” ikke længere lever op til lovgivningen på området.

På baggrund af lovgivningen har Den tværsektorielle samarbejdsgruppe for dobbeltdiagnoser udarbejdet et forslag til revidering af afsnit om dobbeltdiagnosebehandling i samarbejdsaftalen. Afsnittet beskriver, hvordan region, kommuner og praktiserende læger i regionen fremadrettet skal samarbejde om behandling til borgere med dobbeltdiagnose (Se bilag).

På mødet godkender Tværsektoriel strategisk styregruppe revideret afsnit om dobbeltdiagnosebehandling i ”Samarbejdsaftale om borgere med psykisk sygdom”.

Brugerperspektiv

Det reviderede afsnit om dobbeltdiagnosebehandling vil bidrage til sikre og koordinerede overgange mellem sektorerne for borgere. Det er ifølge den faglige visitationsretningslinje for integreret dobbeltdiagnosebehandling centralt at overgange koordineres, så der skabes en kontinuerlig og sammenhængende indsats for den enkelte borger.

VIDERE PROCES

Såfremt TSS godkender revidering af afsnit om dobbeltdiagnosebehandling i ”Samarbejdsaftale om borgere med psykisk sygdom” vil Den tværsektorielle samarbejdsgruppe for dobbeltdiagnoser formidle samarbejdsaftalen til kommuner, hospitaler og praktiserende læger

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Forslag til revidering af afsnit om dobbeltdiagnosebehandling i ”Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom”

10. EVENTUELT

FORMÅL MED SAGEN

INDSTILLING

- at Tværsektoriel strategisk styregruppe tager eventuel mundtlig orientering til efterretning.

KONKLUSION

Case samling

Læring fra 3 års brugerinddragelse i Tværsektoriel Strategisk Styregruppe og de faglige sundhedsklynger i Region Hovedstaden

25.09.2025



Kolofon

Danske Patienter er paraplyorganisation for patient- og pårørendeorganisationer i Danmark og taler patienters og de pårørendes sag over for beslutningstagere og offentligheden. Danske Patienter udpeger, i samarbejde med patientforeningerne, patientrepræsentanter – blandt andet til Medicinrådets fagudvalg.

Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) indsamler, vurderer og formidler viden og erfaringer om inddragelse af patienter og pårørende. ViBIS er etableret i tilknytning til Danske Patienter. Det er ViBIS, der udfører evalueringen.

Netværk for brugerrepræsentanter: I tre år (januar 2022 – oktober 2025) har brugerrepræsentanter fra TSS og de administrative tværsektorielle sundhedsklynger i Regions hovedstaden været samlet i et netværk drevet af Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS).

Finansiering: Netværket er finansieret af Region Hovedstaden

Publikation udarbejdet af Tine Laurine Rosenthal Johansen, projektleder i ViBIS.

Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K
www.vibis.dk
Juni, 2024

Forfattere: Tine Laurine Rosenthal Johansen og Azadeh Grønbæk Afsar ViBIS

Indhold

Baggrund	s. 3
Sådan gjorde vi	s. 3
Faglig forskel	s. 4
Overblik – Sådan har brugerperspektiver gjort en faglig forskel	s. 4
Case samling: Faglig forskel	s. 5
Organisatorisk forskel	s. 8
Overblik – Sådan har brugerperspektivet blevet mere synligt i de organisatoriske rammer	s. 8
Case samling: Organisatorisk forskel	s. 9
Opsamling og anbefalinger	s. 13
10 anbefalinger til fremtidige samarbejder	s. 14

Baggrund

Brugerinddragelse har spillet en central rolle i Region Hovedstadens arbejde i Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS) og i de administrative tværsektorielle sundhedsklynger.

I tre år (januar 2022 – oktober 2025) har brugerrepræsentanterne været samlet i et netværk drevet af Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS). Formålet med netværket har været at støtte brugerrepræsentanterne i deres arbejde med at repræsentere patienter og pårørende.

På det sidste netværksmøde afholdt ViBIS et fokusgruppeinterview med det formål at samle op på brugerrepræsentanternes erfaringer med at repræsentere patienter og pårørende i TSS og i de administrative, tværsektorielle sundhedsklynger i Region Hovedstaden.

Denne rapport er en casesamling med 17 eksempler på, hvordan patient- og pårørendeperspektivet har fået organisatorisk og faglig betydning i de tværsektorielle sundhedsklynger og i TSS. Rapporten afsluttes med en række anbefalinger til, hvad der understøtter et godt samarbejde set fra et brugerperspektiv.

Sådan gjorde vi

Casene er indsamlet som led i et fokusgruppeinterview med 10 brugerrepræsentanter, faciliteret af en projektleder fra ViBIS. Deltagerne repræsenterer patient- og pårørendeperspektiver i de tværsektorielle sundhedsklynger og i TSS.

Deltagerne omfatter både brugerrepræsentanter udpeget af Region Hovedstadens patientinddragelsesudvalg og lokalt udpegede repræsentanter.

Erfaringerne i casene er baseret på brugerrepræsentanternes egne beskrivelser af, hvordan patient- og pårørendeperspektiver er blevet inddraget og omsat i praksis.

Materialet er efterfølgende bearbejdet, så casene præsenteres i et ensartet format med fokus på udgangspunkt, handling og resultat. Denne fremgangsmåde giver et nuanceret indblik i, hvordan brugerinddragelse gradvist er blevet styrket. Casene er opdelt i faglige og organisatoriske forskelle.

Faglig forskel

Brugerrepræsentanternes faglighed handler om den særlige viden, erfaring og indsigt, som patienter og pårørende bringer ind i sundhedsvæsenets beslutningsrum. Det er en anden form for faglighed end den sundhedsprofessionelles, fordi den bygger på det levede liv, sygdomserfaringer og erfaringer som pårørende.

Brugerrepræsentanterne har en bred viden om patient- og pårørendeperspektivet. Denne faglighed kvalificerer dagsordener, bringer nye perspektiver frem og gør beslutninger mere relevante og realistiske for dem, det handler om.

Casene under faglig forskel viser, hvad det har betydet for det faglige arbejde i TSS og sundhedsklyngerne, at brugerrepræsentanter har deltaget på møderne. Deltagerne havde mange eksempler på, hvordan brugerperspektivet har skabt værdi for det faglige arbejde.

Overblik - Sådan har brugerperspektiver gjort en faglig forskel

- Brugerperspektivet har udvidet forståelsen af målgruppen
- Fra egne erfaringer til fælles læring - Patientperspektivet har bragt værdighed og helhed ind i arbejdet
- Brugerrepræsentanter har gjort oversete stemmer synlige i forskningen
- Brugerrepræsentanternes deltagelse har åbnet for nye perspektiver og peget på nye problemstillinger med værdi for patienterne
- Fagligheden i brugerperspektivet har styrket beslutningsgrundlaget
- Forberedelse har styrket brugerperspektivet i møderne
- Patientperspektivet har fastholdt fokus på værdi for patienterne

Case samling: Faglig forskel

Case 1: Brugerperspektivet udvider forståelsen af målgruppen

Udgangspunkt: Sundhedsprofessionelle havde begrænset indsigt i de ældres oplevelser.

Handling: Brugerrepræsentanten beskrev det levede liv, udfordringer ved adgangsforhold og betydningen af respekt for borgernes grænser.

Resultat: Der kom ny viden i spil, som ændrede forståelsen af målgruppen og gav anerkendelse af brugerperspektivet.

Case 2: Fra egne erfaringer til fælles læring – patientperspektivet bringer værdighed og helhed ind i arbejdet

Udgangspunkt: Flere projekter om kroniske sygdomme og palliation manglede patientinddragelse.

Handling: Brugerrepræsentanten bidrog med erfaringer fra multisygdom, autoimmune lidelser og pårørenderoller.

Resultat: Perspektiver om værdighed, omsorg og helhedsbehandling blev integreret i arbejdet.

*Jeg har deltaget i en arbejdsgruppe om faldtruede ældre, og har mødt anerkendelse af mine bidrag. De var meget glade for den viden jeg kom med. Det jeg kunne fortælle om, var det levede livsperspektiv. Jeg kunne komme med perspektiver, som ellers ikke ville være kommet frem.
(Brugerrepræsentant)*

Case samling: Faglig forskel

Case 3: Brugerrepræsentanter gør oversete stemmer synlige i forskningen

Udgangspunkt: Et forskningsoplæg havde udelukkende fokus på det kliniske perspektiv.

Handling: Brugerrepræsentanten insisterede på at få pårørendes erfaringer og behov med.

Resultat: Pårørendeperspektivet blev indarbejdet, hvilket styrkede projektets relevans.

Case 4: Brugerrepræsentanternes deltagelse åbner for nye perspektiver og peger på nye problemstillinger

Udgangspunkt: Projekt- og faggrupperne havde en tendens til, at debatterne blev meget bundne, og det kunne være svært at få nye perspektiver frem.

Handling: Brugerrepræsentanterne bidrog med spørgsmål og indspark, som åbnede for dialog og satte fokus på betydningen af at inddrage brugerperspektivet.

Resultat: Erfaringen er, at bidragene nogle gange har hjulpet til at starte en debat, som andre efterfølgende har taget med sig videre i deres eget arbejde.

Case 5: Fagligheden i brugerperspektivet styrker beslutningsgrundlaget

Udgangspunkt: Der var usikkerhed om, hvilken faglighed bruger- og pårørenderepræsentanter egentlig bringer ind i arbejdet.

Handling: Repræsentanterne kvalificerede dagsordener, leverede høringssvar, udarbejdede overordnede patient- og pårørendeperspektiver i forhold til sundhedsaftalens temaer og bidrog som rollemodeller og i uddannelsesaktiviteter. De arbejdede samtidig på at være insisterende og troværdige samt på at opbygge tillid og gode relationer i de fora, hvor de deltager.

Resultat: Bruger- og pårørenderepræsentanternes faglighed blev tydeligere for de øvrige aktører, og deres bidrag blev anerkendt som en særlig værdi i det fælles arbejde.

Case samling: Faglig forskel

Case 6: Forberedelse styrker brugerperspektivet i møderne

Udgangspunkt: Brugerrepræsentanten deltog ikke i arbejdsgrupper, men alene på klyngemøderne.

Handling: Ved at være grundigt forberedt og klar med kommentarer om bruger- og pårørendeperspektivet blev manglende beskrivelser påpeget, så de blev taget med videre i opsummeringer og referater.

Resultat: Sundhedsprofessionelle oplevede, at kommentarerne blev givet seriøst og bidrog til, at bruger- og pårørendeperspektivet blev mere synligt i mødernes resultater.

Case 7: Patientperspektivet fastholder fokus på værdi for patienterne

Udgangspunkt: Diskussioner om sondeernæring endte ofte med fokus på barrierer og begrænsninger.

Handling: Brugerrepræsentanten udfordrede perspektivet ved at sige fra over for "det kan ikke lade sig gøre"-logikken.

Resultat: Gruppen begyndte at udvikle kurser og konkrete tiltag, der gjorde en forskel for patienterne.

*Jeg var med i en arbejdsgruppe. I starten handlede det ofte om, hvad der ikke kunne lade sig gøre. Jeg sagde pænt, at jeg var træt af at høre om alt det, der ikke kunne lade sig gøre. Det gav de mig ret i. Så begyndte der at ske en masse. Jeg bidrog til at holde fast på brugernes perspektiv, fremfor organisatoriske diskussioner.
(Brugerrepræsentant)*

Organisatorisk forskel

Fortællingerne fra brugerne viser en tydelig bevægelse: fra de første skridt, hvor repræsentanterne ofte måtte kæmpe for at få plads ved bordet i TSS og de tværsektorielle sundhedsklynger i Region Hovedstaden til i dag, hvor de i højere grad opleves som en naturlig og nødvendig del af beslutningsprocesserne.

På tværs af erfaringerne er der opnået konkrete fremskridt, som har gjort brugerperspektivet mere synligt og styrket dialogen i både sundhedsklynger og TSS i Region Hovedstaden.

Organisatorisk forskel handler om, hvordan brugerinddragelsen har haft indflydelse på struktur, kultur, processer, ressourcer og beslutningsgange. Det dækker både, hvordan opgaver fordeles, hvem der har indflydelse, og hvordan samarbejde og kommunikation foregår.

Overblik - Sådan har brugerperspektivet blevet mere synligt i de organisatoriske rammer

- Placering i rummet har betydning for brugernes stemme
- Synlighed dagsordener og referater
- Brugerperspektivet integreret i dagsordenspunkter
- Blandede mødeborde skaber bedre dialog på tværs
- Brugerrepræsentanter som aktive partnere i projekter
- Ligeværdigt samarbejde skaber fælles ejerskab
- Tilgængelige rammer gør deltagelse i underarbejdsgrupper mulig
- Økonomi og rammeaftaler sikrer bæredygtig brugerinddragelse
- Værdien af brugerinddragelse opleves og anerkendes over tid
- Evalueringer anerkender og styrker brugerinddragelsen

Case samling: Organisatorisk forskel

Case 8: Placering i rummet har betydning for brugernes stemme

Udgangspunkt: På de første møder druknede brugerperspektivet ofte i den samlede dialog.

Handling: Møderne er nu oftere opdelt i mindre grupper på tværs af faggrupper, og diskussionerne indledes ofte med spørgsmål til brugerrepræsentanterne.

Resultat: Brugerperspektivet er blevet et naturligt afsæt for drøftelserne, og stemmerne høres og efterspørges mere aktivt.

Case 9: Synlighed dagsordener og referater

Udgangspunkt: Tidligere blev det ikke nævnt, at en brugerrepræsentant deltog på et møde.

Handling: På dagsordener og i referater fremgår nu altid navnet på den brugerrepræsentant, der deltager.

Resultat: Brugerrepræsentanters tilstedeværelse er blevet anerkendt og synlig i det formelle arbejde.

*Det er en kæmpe sejr, at vi er repræsenteret i tværsektorielle strategiske styregruppe TSS med 3 PIU repræsentanter. Det er også en sejr at dagsordensskabelon nu indeholder brugerperspektiv, når det giver mening. I skabelonen er der nu skrevet ind, at der under hvert punkt, skal være bruger og pårørende perspektiver.
(Brugerrepræsentant)*

Case samling: Organisatorisk forskel

Case 10: Brugerperspektivet integreret i dagsordenspunkter

Udgangspunkt: Brugerperspektivet havde ingen fast plads i gruppens arbejde.

Handling: Skabelonen for dagsordener indeholder nu et punkt om bruger- og pårørendeperspektiver.

Resultat: Perspektivet er blevet en fast del af mødestrukturen, men arbejdet fortsætter med at gøre bidragene mindre generiske.

Case 12: Blandede mødeborde skaber bedre dialog på tværs

Udgangspunkt: Deltagerne sad ofte sammen i grupper, så for eksempel PLO, kommuner og hospitaler placerede sig ved siden af hinanden. Det begrænsede dialogen på tværs.

Handling: Brugerrepræsentanterne satte fokus på behovet for at blande deltagerne, så placeringen ved mødebordet ændrede sig.

Resultat: Møderne giver nu bedre mulighed for at tale på tværs af grupper, hvilket har styrket dialogen og samarbejdet.

Case 13: Brugerrepræsentanter som aktive partnere i projekter

Handling: Deltagelse i projekter som palliation, forebyggelse af indlæggelser samt fokus på geriatrikronikere og unge i psykiatrien.

Resultat: Brugerperspektivet er med fra start og præger implementeringen i praksis samt er med til at fastholde fokus på brugerperspektivet hele vejen gennem projekterne.

Case 14: Ligeværdigt samarbejde skaber fælles ejerskab

Udgangspunkt: Der var tvivl om brugerrepræsentanternes rolle.

Handling: Brugerrepræsentanter deltager aktivt i dagsordensarbejde, samarbejder forud for møder og præsenterer både patient- og pårørendeperspektiver.

Resultat: Et tæt og ligeværdigt samarbejde, hvor alle parter oplever sig som hørt.

Case samling: Organisatorisk forskel

Case 15: Tilgængelige rammer gør deltagelse i underarbejdsgrupper mulig

Udgangspunkt: Brugerrepræsentanter fra PIU og sundhedsklyngerne deltog ikke i underarbejdsgrupperne.

Handling: Efter et møde blev repræsentanterne inviteret med i underarbejdsgrupperne. Samtidig opstod en udfordring, da flere møder blev afholdt i lokaler med begrænsede parkeringsmuligheder, hvilket gjorde det vanskeligt at deltage.

Resultat: Brugerrepræsentanterne fik mulighed for at bidrage i underarbejdsgrupperne, men de praktiske rammer viste, hvor vigtigt det er at tænke tilgængelighed ind for at sikre deltagelse.

Case 16: Økonomi og rammeaftaler sikrer bæredygtig brugerinddragelse

Handling: Brugerrepræsentanter fik plads i underarbejdsgrupper, og der blev lavet en rammeaftale om repræsentation samt økonomi til uddannelse og netværk.

Resultat: Bedre rammer og bæredygtighed for brugerinddragelsen i sundhedsklyngerne.

Vi pegede på, at det var vigtigt, at vi som brugerrepræsentanter var med i underarbejdsgrupper. Det gik de med til. Mit problem var, at møderne blev overvejende afholdt i lokaler, hvor det var umuligt at parkere og jeg er dårligt gående. Så jeg måtte derfor aflyse at deltage i møderne. (Brugerrepræsentant)

Case samling: Organisatorisk forskel

Case 17: Værdien af brugerinddragelse opleves og anerkendes over tid

Udgangspunkt: I begyndelsen var det ikke givet, at brugerrepræsentanter skulle deltage i udvalg og styregrupper, og der var forskellige syn på, hvor stor en rolle de skulle have.

Handling: Gennem dialog og løbende bidrag til arbejdet blev brugerrepræsentanterne en del af processerne og deltog aktivt i drøftelserne.

Resultat: Over tid oplever brugerne, at opmærksomheden på brugerperspektivet er vokset, og at brugerperspektivet nu i højere grad efterspørges og værdsættes i det fælles arbejde.

Evalueringer med positive tilbagemeldinger

Udgangspunkt: Usikkerhed om, hvordan bidrag blev modtaget.

Handling: Evalueringer af arbejdet har inkluderet feedback på brugerinddragelsen og gjort brugerperspektivet mere synligt og "legalt".

Resultat: Meget positive tilbagemeldinger, hvilket har styrket legitimiteten og motivationen for brugerrepræsentanterne. Mere tydelighed omkring nødvendigheden af at være konkret, når der tales om brugerinddragelse/brugerperspektivet.

Jeg oplever, at vi har et stærkt samarbejde i vores faglige sundhedsklynge. Vi har altid formøder, og vi får ting på dagsordenen, hvis der er noget, vi synes er vigtigt. De kender os, og kender vores faglige baggrunde. Jeg synes det er et ligeværdig samarbejde (Brugerrepræsentant)

Opsamling og anbefalinger

Casene illustrerer, at brugerinddragelse ikke er en statisk proces, men noget der udvikler sig gennem erfaring, samarbejde og vedvarende opmærksomhed.

De indsamlede erfaringer bidrager med viden om, hvordan repræsentanter, sekretariater og ledelser kan styrke samarbejdet og sikre, at patient- og pårørendeperspektivet bliver en naturlig del af beslutningsprocesserne.

Samtidig er det netværkets anbefaling at erfaringerne bruges som afsæt til at starte og kvalificere samarbejdet i de nye sundhedsråd, så de fra begyndelsen bygger på et solidt fundament af viden og praksiserfaring.

Brugerrepræsentanternes anbefalinger

Som afslutning på fokusgruppeinterviewet opstillede brugerrepræsentanterne en liste med anbefalinger til et godt samarbejde.

For at samarbejdet med brugerrepræsentanter kan skabe reel værdi for patienter og pårørende, er det afgørende, at der etableres klare rammer og en gennemtænkt proces. Rammerne skal sikre, at repræsentanterne føler sig klædt på til opgaven, har adgang til nødvendig viden og støtte, og at der er en tydelig struktur for, hvordan erfaringer og perspektiver bringes i spil.

Processen skal samtidig understøtte, at samarbejdet foregår ligeværdigt, med respekt for forskellige erfaringer og baggrunde, og at alle repræsentanter får mulighed for at bidrage på en meningsfuld måde. På den måde skabes et fundament, hvor brugerinddragelsen ikke blot er formel, men reelt medskabende

10 anbefalinger til fremtidige samarbejder

1. At der er afsat økonomi og andre ressourcer til reelt brugersamarbejde, blandt andet til at understøtte netværk, kompetenceudvikling og evaluering.
2. At ledelsen og sekretariatet har den rette viden om og kompetencer til at sikre en ligeværdig og reel brugerinddragelse.
3. At der fra centralt hold (kommunalt, regionalt og om muligt med PLO) er aftalt rammer for, hvordan det ligeværdige samarbejde understøttes i sundhedsråd, arbejdsgrupper mv.
4. At der ved valg af mødelokaler og andre fysiske rammer tilbydes forhold, der lever op til FN's Handicapkonvention om for eksempel tilgængelighed samt syns- og/eller høretolkning.
5. At der tilbydes kompetenceudvikling til brugerrepræsentanterne, herunder uddannelse, netværk og træning i for eksempel elevatorsamtale og i at se udfordringer i et helikopterperspektiv.
6. At man rekrutterer brugerrepræsentanter, der kan repræsentere mange.
7. At brugerrepræsentanterne som udgangspunkt altid deltager i tilbudt uddannelse og planlagte møder.
8. At der er klare strukturer for, hvordan erfarne brugerrepræsentanter kan oplære nye repræsentanter, og rammer for at erfaringer rettidigt kan overleveres.
9. At der findes understøttende materiale i forhold til patientperspektiv og temaer, for eksempel vejledning i, hvad man som brugerrepræsentant skal fokusere på.
10. At brugerrepræsentanterne får viden om ulighed og om, hvordan man repræsenterer et organisatorisk brugerperspektiv uden at skulle fortælle sin egen historie.

PLANLÆGNINGS-OMRÅDER	Kriterie 1				Kriterie 2				Kriterie 3				Kriterie 4	Kriterie 5	Kriterie 6		Kriterie 7						LÆGEDÆKNINGSTRUEDE OMRÅDER			
	LUKKET FOR TILGANG (GNS. FOR 2025)	Befolkningsstivækst 2026-2027	Point ift. lukket for tilgang og befolkningsudvikling	Samlet point ift. lukket for tilgang og befolkningsudvikling	ANDEL LÆGER 65+ År pr. september 2025 (%)	POINT IFT. ANDEL LÆGER 65+ År	Ubesatte kapaciteter	Kapaciteter i alt	Andel af kapaciteter der er ubesat	Over 5 ubesatte eller andel over 14,5%	Point ift. ubesatte kapaciteter	Point ift. opslag af kapacitet uden ansagere og kapacitet, der er "fast ledig" efter gentagne opslag	Point ift. tilbud under sundhedsloven pr. 29. september 2025	Tilbageleverede kapaciteter i 2025	Point for tilbageleverede kapaciteter	Andel af befolkningen i planlægningsområdet som er 65+ pr. september 2025	Antal klinikker, der har en sygdomsvægt meget over middel på landsplan (top 20% højeste sygdomsvægte)	Procentandel klinikker i området, der har en top 20% sygdomsvægt	POINT sygdomsvægt	Kommunesocialgruppe	Point patienttynge					
Albertslund	59%	-2.54%	0	0	17%	0	0	21	0%	FALSK	0				0	19%	1	8%	0	4	1		1			
Allerød	40%	-2.13%	0	0	0%	0	0	17	0%	FALSK	0				0	22%	0	0%	0	1	0		0			
Amager	70%	1.60%	0	0	10%	0	5	71	7%	SAND	1			1	1	10%	0	0%	0	2 og 3	0		5			
Ballerup	88%	0.02%	0	1	3%	0	0	36	0%	FALSK	0			1	1	20%	0	0%	0	0			2			
Bispebjerg	56%	1.58%	0	0	0%	0	2	19	11%	FALSK	0				0	11%	0	0%	0	4	1		1			
Bornholm	75%	-1.54%	0	0	0%	0	3	27	11%	FALSK	0		2	1	1	32%	11	100%	1	4	1		4			
Brøndby	48%	2.51%	0	0	0%	0	2	22	9%	FALSK	0				0	18%	0	0%	0	4	1		1			
Brøndshøj-Husum	55%	0.84%	0	0	18%	0	0	21	0%	FALSK	0				0	14%	0	0%	0	4	1		1			
Dragør	44%	-1.80%	0	0	43%	1	0	7	0%	FALSK	0				0	26%	2	50%	1	1	0		2			
Egedal	65%	-0.03%	0	0	8%	0	1	24	4%	FALSK	0				0	19%	0	0%	0	2	0		0			
Fredensborg	61%	-0.57%	0	0	9%	0	0	21	0%	FALSK	0				0	24%	0	0%	0	2	0		0			
Frederiksberg	58%	-1.04%	0	0	6%	0	0	66	0%	FALSK	0				0	18%	0	0%	0	2	0		0			
Frederikssund	37%	-0.14%	0	0	14%	0	1	29	3%	FALSK	0				0	26%	1	9%	3	0	0		0			
Furesø	85%	0.03%	0	1	0%	0	2	25	8%	FALSK	0				0	22%	0	0%	0	1	0		1			
Gentofte	47%	-1.70%	0	0	11%	0	4	45	9%	FALSK	0				0	22%	0	0%	0	1	0		0			
Gladssø	67%	-0.23%	0	0	2%	0	0	41	0%	FALSK	0				0	17%	0	0%	0	2	0		0			
Glostrup	80%	2.90%	0	0	8%	0	0	13	0%	FALSK	0				0	17%	1	14%	0	3	0		0			
Gribskov	38%	-0.60%	0	0	4%	0	0	24	0%	FALSK	0				0	30%	3	43%	1	2	0		1			
Halnæs	59%	-0.87%	0	0	15%	0	1	18	6%	FALSK	0				0	29%	3	50%	1	4	1		1			
Helsingør	45%	-0.51%	0	0	8%	0	1	40	3%	FALSK	0				0	26%	2	9%	0	3	0		0			
Herlev	75%	-1.48%	0	0	0%	0	3	18	17%	SAND	1				0	18%	0	0%	0	3	0		1			
Hillerød	56%	1.18%	0	0	0%	0	0	33	0%	FALSK	0				0	20%	0	0%	0	2	0		0			
Hvidovre	76%	-0.92%	0	0	14%	0	0	29	0%	FALSK	0				0	18%	1	6%	0	4	1		1			
Højle-Taastrup	79%	1.56%	0	0	16%	0	4	32	13%	FALSK	0				0	16%	1	7%	0	4	1		1			
Hørsholm	62%	-1.78%	0	0	17%	0	1	20	5%	FALSK	0				0	29%	1	11%	0	1	0		0			
Indre by	54%	1.09%	0	0	4%	0	0	46	0%	FALSK	0				0	16%	0	0%	0	1	0		0			
Isdal	41%	0.20%	0	0	0%	0	3	13	22%	SAND	1				0	16%	0	0%	0	4	1		2			
Lynby-Taarbæk	54%	0.16%	0	0	2%	0	0	39	0%	FALSK	0				0	20%	0	0%	0	1	0		0			
Nørrebro	57%	2.32%	0	0	17%	0	1	44	2%	FALSK	0				0	8%	0	0%	0	3	0		0			
Rudersdal	52%	-1.43%	0	0	6%	0	1	35	3%	FALSK	0				0	24%	1	4%	0	1	0		0			
Rødovre	52%	0.93%	0	0	0%	0	1	27	4%	FALSK	0				0	18%	0	0%	0	3	0		0			
Tårnby	69%	-0.23%	0	0	13%	0	0	28	0%	FALSK	0				0	19%	1	6%	0	3	0		0			
Valby	72%	1.67%	0	0	3%	0	1	34	3%	FALSK	0				0	10%	0	0%	0	4	1		1			
Vallensbæk	78%	-0.60%	0	0	9%	0	2	12	17%	SAND	1				0	18%	0	0%	0	2	0		1			
Vanløse	72%	1.49%	0	0	13%	0	1	25	4%	FALSK	0				0	14%	0	0%	0	2	0		0			
Vesterbro	65%	3.25%	0	0	7%	0	3	47	6%	FALSK	0				0	7%	0	0%	0	3	0		0			
Østerbro	47%	1.15%	0	0	2%	0	5	59	8%	SAND	1				0	14%	0	0%	0	1	0		1			
Områder i alt:																										5

Kriterierne, der indgår i beregningsmodellen til fastsættelse af de lægedækningsruede områder i henhold til praksisplanen, er derfor som de tidligere år målrettet identifikation af områder, der har vanskeligheder med rekruttering og tilknytning af læger til almen praksis. Kriterierne er aftalt mellem kommuner, almen praksis og regionen og kan give ét point eller i enkelte tilfælde to point. Kriterierne er som følger (information om point må ikke deles med eksterne samarbejdspartnere):

1) **Åbne-/lukkestatus og forventet befolkningsudvikling for 2026-2027:** Kriteriet identificerer områder i regionen, der har en høj andel af praksis med lukket for tilgang af patienter og en betydelig forventet befolkningsstivækst. Der gives 1p, hvis der er over 70% lukket og en befolkningsstivækst over 2%. Der gives 2 point, hvis over 85% er lukket for tilgang og over 2% befolkningsstivækst. Der kan desuden gives 1 point, hvis åbne-lukkestatus er over 85%, men befolkningsstivæksten er under 2%.

2) **Andel af læger over 65 år:** Kriteriet identificerer områder i regionen, hvor der er risiko for, at en større andel af læger ophører på grund af alder. Der tildes 1 point til områder, hvor 25 % eller flere af lægerne er over 65 år.

3) **Andel af kapaciteter, der er "ubesatte":** Kriteriet identificerer områder, hvor der er aktive kapaciteter i eksisterende praksis, der varetager patienter, men hvor det ikke har været muligt for praksis at rekruttere læger til de pågældende kapaciteter. Der gives 1 point, hvis mere end 15% af kapaciteterne er ubesatte eller der er 5 eller flere ubesatte kapaciteter i området.

4) **Opslag af kapacitet uden ansagere og kapacitet, der er "fast ledig" efter gentagne opslag:** Kriteriet identificerer områder, hvor der har været udfordringer med manglende ansøgninger til opslåede kapaciteter, hvor kapaciteten - fordi den er fast ledig - kan søges uden ansøgningsfrist. Der tildes 1 point, hvis der har været opslået én eller flere kapaciteter, som der ikke er kommet ansagere til. Der kan tildes 1 yderligere point, såfremt planlægningsområdet har stået på den faste liste inden for det seneste år.

5) **Tilbud under sundhedsloven:** Kriteriet identificerer områder, hvor der er etableret tilbud under sundhedsloven, dvs. regionsklinik eller udbudsklinik. Der tildes 2 point, hvis der er én eller flere tilbud under sundhedsloven i området.

6) **Tilbageleverede kapaciteter:** Kriteriet identificerer områder, hvor læger har tilbageleveret kapacitet til regionen. Tilbageleveringer kan eksempelvis skyldes, at læger ikke har været i stand til at overdrage/sælge praksis til en ny læge eller ikke har kunnet etablere en ny praksis i området. Der gives 1 point, hvis der er blevet tilbageleveret en kapacitet til regionen fra området inden for det seneste år.

7) **Patienttynge:** Kriteriet identificerer områder, hvor borgere gennemsnitligt er socioøkonomisk dårligt stillet. Der gives 1 point, hvis området er i i kommunesocialgruppe 4, som defineret i Sundhedsprofilen fra 2021. Disse inddelinger er baseret på registeroplysninger om bruttoindkomst, uddannelsesniveau og erhvervs tilknytning. Derudover identificerer kriteriet også områder, hvor borgere gennemsnitligt er både socioøkonomisk dårligt stillet samt har andre helbredsmaessige årsager til, at de går mere til lægen. Der gives 1 point, hvis mindst 20% af klinikkerne i området er en del af top 20% højeste sygdomsvægt på landsplan (baseret på Sundhedsdatastyrelsens beregninger). Disse tal opdateres årligt. Hvis et område har point både i Kommunesocialgrupper og sygdomsvægt, får området samlet 1 point.

Permanent organisering af tværsektoriel telemedicin

Klinisk organisatorisk driftsorganisation (KOD)



KODs organisering

Der har igennem flere år været et tæt samarbejde i Landsdel Hovedstaden mellem regionen og de 29 kommuner om udvikling, implementering og udbredelse af nationale tværsektorielle telemedicinske indsatser.

Permanent organisering af tværsektoriel telemedicin

For at understøtte det tværsektorielle samarbejde om den telemedicinske indsats, er der etableret en permanent klinisk-organisatorisk driftsorganisation (KOD) for tværsektoriel telemedicin i Landsdel Hovedstaden.

KOD er organiseret med en styregruppe for tværsektoriel telemedicin med delt formandskab og programleder-/sekretariatsfunktion mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune.

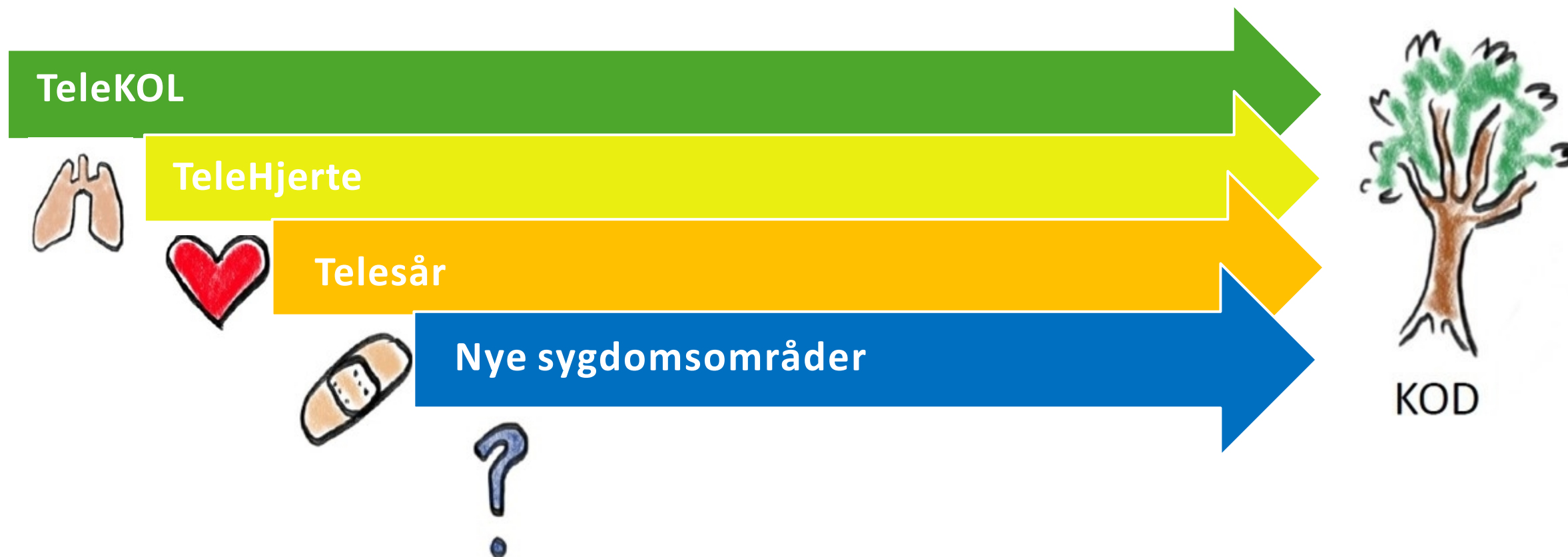
Organiseringen er godkendt i Tværsektoriel Strategisk Styregruppe i januar 2024 og i KKR-regi i april 2024.

KOD varetager opfølgning på implementering og understøtter udvikling og drift af nuværende og fremtidige indsatser inden for national tværsektoriel telemedicin.

KOD arbejder struktureret sammen med de øvrige landsdelsprogrammer for tværsektoriel telemedicin og op imod national governance for hjemmebehandling.

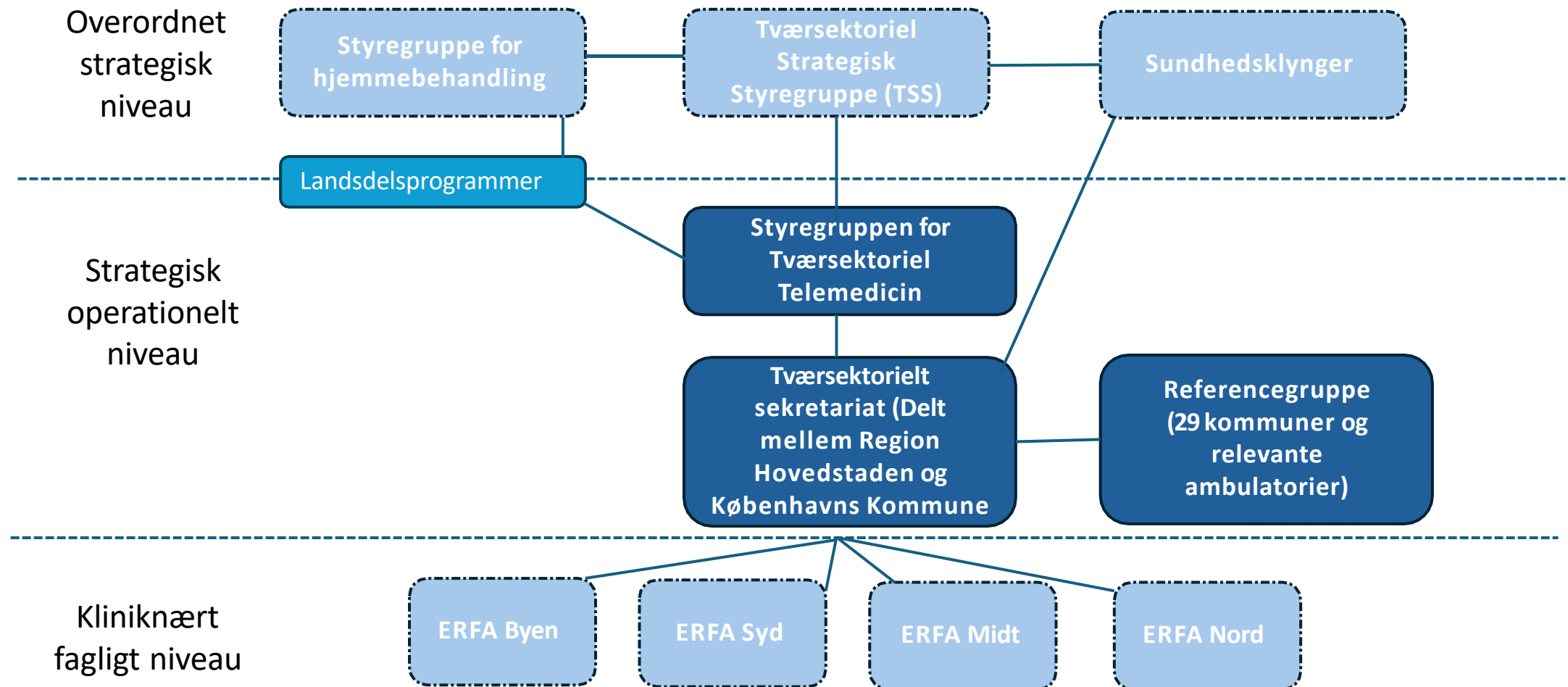


Klinisk-organisatorisk driftsorganisation (KOD) for national tværsektoriel telemedicin



Figuren illustrerer, hvordan sygdomsområder løbende overgår fra programregi til KOD

Permanent organisering Landsdel Hovedstaden: Understøttelse af udvikling og drift af nationale tværsektorielle telemedicinske indsatser



Styregruppe for tværsektoriel telemedicin

- En ledelsesrepræsentant fra Københavns Kommune, Sundheds-og Omsorgsforvaltningen (Kommunal repræsentant i delt formandskab)
- En ledelsesrepræsentant fra Region Hovedstaden, Center for Sundhed (Regional repræsentant i delt formandskab)
- To sundhedsfaglige repræsentanter udpeget af Sundhedsfagligt Råd; herunder en ledelsesrepræsentant
- En repræsentant for PLO Hovedstaden
- To repræsentanter for KKR/kommunesiden
- En repræsentant fra patientforening fra relevant sygdomsområde
- En repræsentant fra Center for IT og Medicoteknologi i Region Hovedstaden (CIMT)



Klinisk-organisatorisk driftsorganisation

Løbende opgaver i KOD i 2026

Det sundhedsfaglige tilbud – vedligehold

- Løbende opfølgning på inklusionsvolumen af borgere i ambulatorier og almen praksis
- Justering og videreudvikling af det samlede sundhedsfaglige tilbud, herunder opdatering af det sundhedsfaglige grundlag samt opfølgning på og justering af vejledninger, arbejdsgange og tværsektorielt samarbejde
- Koordination og videndeling inden for tværsektoriel Telemedicin i Region Østjylland
- Drift af ERFA for monitoreringsansvarlige sygeplejersker i kommuner og regionen

Service og support opgaver, der ligger udenfor fælles support varetaget af KK

- Løbende opfølgning på samarbejdet om fælles service og support, herunder på aftaler og finansieringsmodel
- Udvikling af nye tekniske vejledninger i forbindelse med nye funktionaliteter
- Test af nyt udstyr svarende til whitelist og opdatering af den telemedicinske udstyrsshop
- Deltagelse i tekniske fora i forbindelse med vidensdeling af service og support opgaver
- Sikre vedligehold af KAM-skemaer, herunder ændringsanmodninger
- Understøtte lokal brugergruppe for Telma, herunder ændringsanmodninger

Kommunikation

- Kommunikation til borgere og sundhedsfaglige, herunder opdatering og videreudvikling af materiale
- Udvikling af kommunikation til diverse medier
- Vedligeholdelse af hjemmeside med diverse dokumenter

Kompetenceudvikling

- Opdatering og videreudvikling af uddannelsesmateriale (i 2026 som led i udviklingsprojekt)
- Samarbejde med øvrige landsdele om vedligeholdelse og anvendelse af nationalt udarbejdet e-læringsmateriale

Økonomi og opfølgning på gevinster/effekter

- Varettagelse af afregning mellem kommuner og region af udstyrspakker (refusion (65/35 pct) ved køb af udstyrspakke)
- Afregning i forbindelse med Service og support til KK

Sekretariatsopgaver og samarbejde

- Sekretariatsbetjening af programstyregruppemøder
- Løbende status til Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS), samt kommunalt embedsmandsudvalg (KKR)
- Løbende kommunikation og videndeling med øvrige landsdele herunder drift af implementeringsnetværk
- Sekretariatsbetjening af referencegruppens møder
- Udarbejdelse af sagsfremstillinger til og koordination med national governance
- Løbende dialog/samarbejde med øvrige interessenter (PLO-Hovedstaden, Lungeforeningen mv.)

Klinisk-organisatorisk driftsorganisation

Projekter til optimering af TeleKOL og TeleHjerte i 2026

Projekter

- Undersøgelse af hvordan selvhjælpsplaner kan understøtte behandling i en digital kontekst
- Bring your own device: Afprøvning og udrulning
- Udvikling af sidemandsoplæringskoncept til kompetenceudvikling
- Implementering af sidemandsoplæringskoncept til kompetenceudvikling
- Understøttelse af eventuelle tværkommunale samarbejder

Evalueringsprojekter

- Bidrage til mulig følgeforskning med fokus på systematisk viden om hvordan TeleHjerte fungerer i praksis på tværs af sektorer herunder konkrete effekter på sundhedsudfald og organisering

Snitfladekatalog for voksne der udskrives fra somatikken

En tydeliggørelse af de faglige kriterier og sontringer mellem almen og specialiseret ambulant genoptræning.

Gældende for Region Hovedstaden og tilhørende kommuner

Indhold

Medicinske diagnoser	3
Aktionsdiagnose: Voksne med erhvervet hjerneskade.....	4
Aktionsdiagnose: Amyotrofisk Lateral Sklerose (ALS).....	6
Aktionsdiagnose: Cancer – nedsat funktionsevne	7
Aktionsdiagnose: Cancer – Hoved-hals	9
Aktionsdiagnose: Geriatiske patienter	11
Aktionsdiagnose: Inkontinens for afføring.....	12
Aktionsdiagnose: Hjerteklapsygdom.....	13
Aktionsdiagnose: Hjertesvigt (CHF).....	14
Aktionsdiagnose: Iskæmisk hjertesygdom (inkluderende AMI, Angina pectoris, bypassoperation, ballonudvidelse)	16
Aktionsdiagnose: Sphincter-dysfunktioner, herunder rupturer efter fødsel.....	17
Aktionsdiagnose: Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).....	18
Aktionsdiagnose: Patienter med urininkontinens.....	19
Aktionsdiagnose: Leddegigt	20
Aktionsdiagnose: Ledskader, muskelskader, seneskader og knogleskader – konservativt behandlet.....	21
Aktionsdiagnose: Multipel sklerose (MS).....	22
Aktionsdiagnose: Osteoporotiske sammenfald i columna.....	23
Aktionsdiagnose: Parkinson sygdom.....	24
Aktionsdiagnose: Patienter med rygsmerter og/eller rygrelaterede radiculære bensmerter (ikke-opererede)	25
Aktionsdiagnose: Type II diabetes.....	26
Aktionsdiagnose: CRPS (Complex regional pain syndrome).....	27

Kirurgiske diagnosegrupper	29
Aktionsdiagnose: Amputationer - fod, underben og lår.....	30
Aktionsdiagnose: Amputationer - hånd, arm, skulder, bækken og hofterled	31
Aktionsdiagnose: Brud på skulder, overarm, underarm, bækken, underben og fod	32
Aktionsdiagnose: Karpaltunnelsyndrom, mindre ligamentskader samt andre sene-oprensninger	33
Aktionsdiagnose: Colles fraktur	34
Aktionsdiagnose: Dupuytren	35
Aktionsdiagnose: Flexorsene- og extensorsuturering.....	36
Aktionsdiagnose: Hoftenær fraktur	37
Aktionsdiagnose: Hoftealloplastik.....	38
Aktionsdiagnose: Knæalloplastik	39
Aktionsdiagnose: Knæartroskopi, mindre ikke-rekonstruktive indgreb (herunder meniskresektion, synovektomi, chondrektomi)	40
Aktionsdiagnose: Rygopererede – diskusprolaps, spinalstenose, deseopererede og patienter med diskusprotese	41
Aktionsdiagnose: Rekonstruktioner – knæ; forreste og bagerste korsbånd, sideledbånd, knæskalsledbånd, brusk rekonstruktion.....	42
Aktionsdiagnose: Rekonstruktioner – skulder; ledkapsel, ledlæbe, rotatorcuff	43
Aktionsdiagnose: Skulderalloplastik.....	44
Aktionsdiagnose: Skulderartroskopi, mindre ikke-rekonstruktive indgreb	45
Aktionsdiagnose: Øvrige hånd- og fingerfrakturer	46
Aktionsdiagnose: Øvrige større håndkirurgiske indgreb herunder traumatiske skader inkl. amputationer, nervelæsioner samt kunstige hånd- og fingerled herunder også reumakirurgi	47

Medicinske diagnoser

Aktionsdiagnose: Voksne med erhvervet hjerneskade

Aktionsdiagnose: Voksne med erhvervet hjerneskade

(Inkluderende 13 primære diagnosegrupper jf. [Tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#))

Der gøres opmærksom på tilføjelse af ny kategori af genoptræningsniveau; 'Specialiseret rehabilitering' (jf. [Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus](#)) som ikke er repræsenteret i nærværende snitfladekatalog. Dette bør tages i betragtning ved læsning af nærværende revideringsudgave af snitfladekataloget.

Ambulant genoptræning er som hovedregel almen. Der ses få specialiserede rehabiliteringsforløb samt få delte forløb. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter, der henvises til almen genoptræning, har enten enkle og afgrænsede funktionsevnenedsættelser eller omfattende funktionsevnenedsættelser af betydning for flere livsområder	Nej	Nej	Efter udskrivelse til almen genoptræning kan der være behov for delte forløb. Eksempelvis inden for det neuropsykologiske felt eller meget komplekse dysfagi-forløb (jf. Tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade)
Specialiseret genoptræning	Patienter der henvises til genoptræning på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder. Eksempler: • Svær dysfagi, hvor der er behov for specialiseret klinisk undersøgelse af funktioner i mund og svælg samt instrumentel	Ja	Ja	

	undersøgelse. • Svær muskeloveraktivitet hvor der er behov for specialiserede klinisk og instrumentel undersøgelse koordineret med medicinsk behandling og samtidig genoptræning. Evt. skinnebehandling. • Svære sensomotoriske vanskeligheder og med væsentlige begrænsninger af gangfunktionen, hvor der er brug for særligt kostbart udstyr, herunder robotteknologi. • Svær smerteproblematik			
--	--	--	--	--

Aktionsdiagnose: Amyotrofisk Lateral Sklerose (ALS)

Aktionsdiagnose: Amyotrofisk Lateral Sklerose (ALS)

Der gøres opmærksom på tilføjelse af ny kategori af genoptræningsniveau; 'Specialiseret rehabilitering' jf. [Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus](#) som ikke er repræsenteret i nærværende snitfladekatalog. Niveauet er særlig henvendt til mennesker med neuro-degenerative sygdomme. Dette bør derfor tages i betragtning ved læsning af nærværende revideringsudgave af snitfladekataloget.

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Ikke relevant specifik beskrivelse da aktionsdiagnosegruppen varetages på højt specialiseret niveau.	Nej	Nej	Sikring af sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner. (Specialiseret rehabilitering) Patientens behov for hjælpemidler skal løbende vurderes
Specialiseret genoptræning	Kerneopgaven omfatter akut og elektiv diagnosticering og behandling	Ja	Ja	Det vil ikke være relevant at udarbejde genoptræningsplan for denne gruppe. Hovedparten af den ambulante indsats består af rådgivning og vejledning omkring funktioner, instruktion i brug af CPAP, vurdering af relevant boligændringer og hjælpemidler, vurdering af synkefunktion og anbefalinger vedrørende kostkonsistens, håndskinner, halskrave etc. samt instruktion i brug af dette.

For Region Hovedstaden er behandling centraliseret på Bispebjerg Hospital

Aktionsdiagnose: Cancer – nedsat funktionsevne

Aktionsdiagnose: Cancer – nedsat funktionsevne (bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt) Ambulant genoptræning er som hovedregel almen De generelle rammer for behovs-vurdering og for indsatser i forhold til rehabilitering og palliation for kræftpatienter beskrives i Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft samt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats . De sygdomsspecifikke indsatser indenfor rehabilitering og palliation beskrives i de sygdomsspecifikke pakkeforløb for kræft Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Se evt. notat for skildringen mellem Genoptræning og træning i henhold til genoptræningsplaner og forløbsprogrammer				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der har haft et funktionstab i forbindelse med enten indlæggelse eller ambulant behandling. Patienter med afgrænsede palliative behov inden for få problemområder, så det kan varetages af fagpersonale som ikke har palliation som hovedopgave. Patienter der har behov for støtte til udførelse af øvelser og vejledning i forbindelse med arwævsbehandling	Nej	Nej	OBS om patientens tilstand eller genoptræningsbehov bedst dækkes af forløbsprogram for rehabilitering og palliation og/el. en genoptræningsplan Da mange patienter har et behandlings-/kontrol forløb i regionen samtidig med et genoptræningsforløb i kommunen kræver det en god tværsektoriel kommunikation, og en høj grad af patientinvolvering for at sikre et sammenhængende patientforløb.
Specialiseret genoptræning	I få og særlige tilfælde, hvor der efter en lægefaglig vurdering er en eller flere faktorer, der har indflydelse på genoptræningsforløbet. Eksempelvis: • Ukontrollabel smertetilstand	Behov for meget tæt kontrol – herunder af flere specialer	Ja	I særlige tilfælde hvor der er problemer i tilrettelæggelsen af patientens dagligdag kan det være nødvendigt at drøfte om patienten skal have sin genoptræning i kommunal- eller hospitalsregi.

	• Perioperative/postoperative komplikationer • Særlige komplikationer i forbindelse med knogle- og/eller hjernemetastaser • Lymfødem Patienter med palliative behov af en høj sværhedsgrad.			
--	--	--	--	--

Aktionsdiagnose: Cancer – Hoved-hals

Aktionsdiagnose: Cancer – Hoved-hals

Ambulant genoptræning kan være almen, specialiseret eller indgå i delte forløb

De generelle rammer for behovs-vurdering og for indsatser i forhold til rehabilitering og palliation for kræftpatienter beskrives i [Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft](#) samt i [Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats](#). De sygdomsspecifikke indsatser indenfor rehabilitering og palliation beskrives med fokus for [pakkeforløb for hoved-halskræft](#) på sundhedsstyrelsens hjemmeside under beskrivelse af de [sygdomsspecifikke pakkeforløb for kræft](#).

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Se evt. notat for skildringen mellem [Genoptræning og træning i henhold til genoptræningsplaner og forløbsprogrammer](#)

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienten vil have kompromitterede vitale funktioner såsom respiration og fødeindtag. Eksempelvis: • Patienter med dysfagi-problemer der er påbegyndt at drikke og spise pr. os. • Patienter med dysfagi-problemer grundet smerter og/eller nedsat spytkonstruktion. • Patienter med behov for opfølgning ift. funktionsevne og øvelser efter strålebehandling. • Patienter med tunge- og kæbeproblemer, der medfører lette til moderate dysfagiproblematikker. • Patienter med udelukkende facials-parese/ mimik-problemer • Patienter, der har behov for tæt opsyn/ støtte til udførelse	Nej	Nej	Det bør vurderes hvorvidt patientens tilstand eller genoptræningsbehov bedst dækkes af forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft eller/og en genoptræningsplan Da mange patienter har et behandlings-/kontrol forløb i regionen samtidig med et genoptræningsforløb i kommunen kræver det en god tværsektoriel kommunikation, og en høj grad af patientinvolvering for at sikre et sammenhængende patientforløb.

	af øvelser			
Specialiseret genoptræning	Patienter med behov for tværfagligt forløb (kontakt til læge, mulighed for FEES, tæt opsyn i forbindelse med sonde, smerter osv.) Eksempelvis: • Svære dysfagi-problematikker • Svære fibroseskader efter stråling • Svære tunge- og kæbeproblemer. • Patienter med tracehostomi, hvor der er dyskoordination mellem åndedræt og synkning. • Patienten kan vurderes til at have behov for lymfødeme-behandling.	Behov for tæt koordinering og/eller kontrol – herunder af flere specialer	Ja	I særlige tilfælde hvor der er problemer i tilrettelæggelsen af patientens dagligdag kan det være nødvendigt at drøfte om patienten skal have sin genoptræning i kommunal- eller hospitalsregi. Der bør henvises til en specialiseret palliativ indsats, hvis en patient har symptomer, som er svære at lindre eller har komplekse palliative problemstillinger. (jf. Pakkeforløb for hoved- og halskræft)

Aktionsdiagnose: Geriatrike patienter

Aktionsdiagnose: Geriatrike patienter Ambulant genoptræning af geriatrike patienter er som hovedregel almen. Målgruppen for geriatrien kan ikke afgrænses på enkelt diagnoser, men omfatter ældre patienter med flere samtidige sygdomme, multisygdomme, polyfarmaci, aldersforandringer og påvirket funktionsevne. (jf. Sundhedsstyrelsens Specialeplan) Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Ældre patienter med multimorbiditet, polyfarmaci, aldersforandringer og/el. nedsat kognitiv såvel som fysisk funktionsevne	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Patienter med en kombination af svimmelhed, instabilitet og faldproblematik Geriatrike patienter som, på baggrund af et lægefagligt skøn, er meget svære at regulere medicinsk og hvor patientens hverdag i høj grad er hæmmet	Genoptræning foregår sideløbende med udredning, som kan påvirke træningen og derved medføre behov for et tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau		Der kan henvises til udredning på regionens faldklinikker. Ved behov tilbydes et specialiseret træningsforløb Regionens faldklinikker: • Herlev Hospital, Geriatrik Ambulatorium og Faldklinik. • Gentofte Hospital, Fald- og svimmelhedsklinikken, Medicinsk afdeling C, • Frederiksberg Hospital, Faldklinikken, geriamb. • Hvidovre Hospital, Geriatrik Faldambulatoriet, Geriatrik Funktion 530, • Amager Hospital, Geriatrik ambulatorium,

Bemærk at der foreligger [Genoptræningsforløbsbeskrivelse for den ældre medicinske patient med dysfagi](#) samt [Genoptræningsforløbsbeskrivelse for den ældre medicinske patient med fysisk funktionstab](#)

Aktionsdiagnose: Inkontinens for afføring

Aktionsdiagnose: Inkontinens for afføring Ambulant genoptræning af patienter med inkontinens for afføring er som hovedregel almen el. delte forløb. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der som led i udredning og behandling for inkontinens for afføring efter den fysioterapeutiske vurdering har behov for genoptræning af bækkenbunden efter et standardiseret forløb.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Patienter med mere komplekse defækationsproblemer hvor der er behov for udredning. Patientgruppen har et komplekst symptombillede med bl.a. smerteproblemer, og dyskoordination af bækkenbundsmuskulaturen.	Der er i forbindelse med genoptræningen behov for at samarbejde med speciallæge mhp justering af træningsstrategi		

Aktionsdiagnose: Hjerteklapsygdom

Aktionsdiagnose: Hjerteklapsygdom (f.eks. Aortaklap- eller mitralklap-opereret) En stor andel af stabile hjertepatienter vurderes, at kunne henvises direkte til almen rehabilitering/genoptræning. Der forekommer ligeledes specialiserede samt delte forløb. Ved størsteparten af hjerterehabilitering er kommunehenvisningen (XREF15) den primære henvisningsform. Henvisning til genoptræning (GGOP) kan tilføjes hvis patienten har et funktionstab. For yderligere se evt: Anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-hjertesygdom.ashx , 2019 Hjerteforloebprogram.pdf og den Nationale behandlingsvejledning Behandlingsvejledning Hjerterehabilitering . Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Pt. vurderes i lav risiko (fx TAVI-patient) og er berettiget til et rehabiliterende tilbud, bla. indeholdende fysisk træning (XREF15) Pt. har i forbindelse med sygdomsforløb haft et funktionstab (GOP)	Nej	Nej	Lægefagligt ansvar at foretage risikovurdering for alvorlige hændelser ved træning. I henvisning anføres en af tre kategorier: 1. Pt. er risikovurderet og meldes klar til at starte fysisk træning i kommunalt regi 2. Pt. afventer risikovurdering med arbejdstest før fysisk træning kan på-begyndes
Specialiseret genoptræning	Patienten er vurderet i høj risiko. Eksempelvis: • Svær dyspnø • Svær anæmi • Dårlig puls-reguleret • Postoperative komplikationer • Hjertestop i forløbet • Arbejdstest viser øget risiko	Ja	Ja	3. Pt. er vurderet i øget risiko ved fysisk træning og skal have specialiseret genoptræning på sygehus

Et delt fælles forløb retter sig mod patienter med behov for initial, klinisk tæt kontrol og optitrering i medikamentel behandling hvor rehabiliteringsforløbet forventes at kunne overtages i kommunalt regi

Aktionsdiagnose: Hjertesvigt (CHF)

Aktionsdiagnose: Hjertesvigt (CHF)

En stor andel af stabile hjertepatienter vurderes, at kunne henvises direkte til almen rehabilitering/genoptræning. Der forekommer ligeledes specialiserede samt delte forløb.

Ved størsteparten af hjerterehabilitering er kommunehenvisningen (XREF15) den primære henvisningsform. Henvisning til genoptræning (G-GOP) kan tilføjes hvis patienten har en funktionsnedsættelse.

For yderligere indblik i den tværsektorielle koordinering: [Anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-hjertesygdom.ashx](#), [2019 Hjerteforløbsprogram.pdf](#) og den Nationale behandlingsvejledning [Behandlingsvejledning | Hjerterehabilitering](#)

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Pt. vurderes i lav risiko (f.eks let nedsat LEVF) og er berettiget til et rehabiliterende tilbud, bla. indeholdende fysisk træning (XREF15) Hos stabile ptt, som er velkompenserede gennem tre uger, kan træning påbegyndes inden fuld medicinsk optimering Pt. har i forbindelse med sygdomsforløb haft et funktionstab (GOP)	Nej	Nej	Lægefagligt ansvar at foretage risikovurdering for alvorlige hændelser ved træning. I henvisning anføres en af tre kategorier: 1. Pt. er risikovurderet og meldes klar til at starte fysisk træning i kommunalt regi 2. Pt. afventer risikovurdering med arbejdstest før fysisk træning kan på-begyndes
Specialiseret genoptræning	Patienten er vurderet i moderat til høj risiko: - Moderat til svær nedsat LEVF (< 30 % på trods af fuld optimering) - Patienter med EF på 40 % eller under, der ikke er optimerede og patienter	Ja	Ja	3. Pt. er vurderet i øget risiko ved fysisk træning og skal have specialiseret genoptræning på sygehus

	med persisterende ventrikulær tachycardi, ICD-pacemaker og/eller hjertestop i forløbet skal altid starte rehabilitering på hospitalet. • Betydeligt indskrænket funktionsniveau. • Arbejdstest viser øget risiko ved fysisk træning			
--	--	--	--	--

Et delt fælles forløb retter sig mod patienter med behov for initial, klinisk tæt kontrol og optitrering i medikamentel behandling hvor rehabiliteringsforløbet forventes at kunne overtages i kommunalt regi.

Aktionsdiagnose: Iskæmisk hjertesygdom (inkluderende AMI, Angina pectoris, bypassoperation, ballonudvidelse)

Aktionsdiagnose: Iskæmisk hjertesygdom (inkluderende AMI, Angina pectoris, bypassoperation, ballonudvidelse)

En stor andel af stabile hjertepatienter vurderes, at kunne henvises direkte til almen rehabilitering/genoptræning. Der forekommer ligeledes specialiserede samt delte forløb.

Indenfor langt størsteparten af hjerterehabilitering er kommunehenvisningen (XREF15) den primære henvisningsform. Henvisning til genoptræning (G-GOP) kan tilføjes hvis patienten har en funktionsnedsættelse.

For yderligere indblik i den tværsektorielle koordinering henvises til [anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-hjertesygdom.ashx](#), [2019 Hjerteforløbsprogram.pdf](#) og den nationale [behandlingsvejledning | Hjerterehabilitering](#)

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Pt. vurderes i lav risiko Eksempelvis: • Elektivt PCI-forløb uden betydende komorbiditet • Arbejdtest som frikender pt. til fysisk træning • Få eller ingen indskrænkning i fysisk formåen (NYHA klasse 1) Pt. har i forbindelse med sygdomsforløb haft et funktionstab (GOP)	Nej	Nej	Lægefagligt ansvar at foretage risikovurdering for alvorlige hændelser ved træning. I henvisning anføres en af tre kategorier: 1. Pt. er risikovurderet og meldes klar til at starte fysisk træning i kommunalt regi 2. Pt. afventer risikovurdering med arbejdstest før fysisk træning kan på-begyndes
Specialiseret genoptræning	Patienten er vurderet i høj risiko. • Kompliceret forløb • Betydelige komorbiditeter • Betydelig indskrænket funktionsevne. Velbefindende i hvile, men lettere fysisk aktivitet fremkalder dyspnø • Arbejdstest viser øget risiko	Ja	Ja	3. Pt. er vurderet i øget risiko ved fysisk træning og skal have specialiseret genoptræning på sygehus

Et delt fælles forløb retter sig mod patienter med behov for initial, klinisk tæt kontrol og optitrering i medikamentel behandling hvor rehabiliteringsforløbet forventes at kunne overtages i kommunalt regi.

Aktionsdiagnose: Sphincter-dysfunktioner, herunder rupturer efter fødsel

Aktionsdiagnose: Sphincter-dysfunktioner, herunder rupturer efter fødsel Ambulant genoptræning foregår både som almen og specialiseret. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter som efter sundhedsfaglig vurdering, vejledning og instruktion på hospitalet herudover har behov for opfølgende genoptræning af bækkenbunden efter et standardiseret forløb.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Patienter med svære sphincterdysfunktioner som har et kompleks symptombillede med muskulære defekter, recto- og cystocele, smerteproblemer i forbindelse med arvæv og cicatricer og inkontinens for afføring og flatus.	Der er i forbindelse med genoptræningen behov for at samarbejde med speciallæge vedr. træningsprogression i forhold til patienternes symptombillede.	Ja	

Aktionsdiagnose: Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Aktionsdiagnose: Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom er omfattet af forløbsprogram for [KOL](#)

Den ambulante genoptræning og/eller rehabilitering er som udgangspunkt almen.

Indenfor langt størsteparten af KOL-rehabilitering er kommunehenvisningen (XREF15) den primære henvisningsform. Henvisning til genoptræning (G-GOP) fremsendes ligeledes hvis patienten har en funktionsnedsættelse (jf. [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL](#)). Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Se evt. notat for skildringen mellem [Genoptræning og træning i henhold til genoptræningsplaner og forløbsprogrammer](#)

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter indlæggelse med eksempelvis pneumoni eller eksacerbation bliver udskrevet med funktionstab. Patienter der vurderes med palliative behov	Nej	Nej	I alle tilfælde vurderes det hvorvidt patienter har behov for både en XREF15 og en genoptræningsplan. Bemærk: En betydelig del af de KOL-patienter, der indgår i et kommunalt forløb er henvist direkte fra almen praksis.
Specialiseret genoptræning	Patienter med høj risiko og mange symptomer. Herunder med ustabil sygdom med recidiverende eksacerbationer. Patientens sygdomsbillede er ofte multikompleks og behandlingskrævende i form af hospitalsindlæggelse. Patientgruppen har svært nedsat lungefunktion, åndenød, nedsat gangfunktion og lav iltmætning i blodet samt dårlig iltoptagelse med en forøget risiko for respirationssvigt.	Der er i forbindelse med genoptræning behov for et samarbejde med speciallæge vedr. træningsprogressionen i forhold til patientens symptom-billede og behandling af tilstødende komplikationer.	Ja	Efter afsluttet genoptræning på hospitalet, kan patienterne overgå til fortsat rehabilitering/ genoptræning i kommunen, hvis dette lægeligt vurderes relevant.

Aktionsdiagnose: Patienter med urininkontinens

Aktionsdiagnose: Patienter med urininkontinens Ambulant genoptræning af patienter med urininkontinens er som hovedregel almen Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Nedsat styrke i bækkenbundsmuskulaturen som kan genoptrænes med almen genoptræning	Nej	Nej	Nogle hospitaler tilbyder basal behandling af inkontinens .
Specialiseret genoptræning	Inkontinens med manglende knibefunktioner samt komplekst symptombillede, f.eks. i relation til postoperative komplikationer eller i kombination med delvis ukendt smerteproblematik. Patienter med kompliceret smertebillede efter store operationer for endometriose.	Der er i forbindelse med genoptræning behov for tæt samarbejde med speciallæge mhp justering af træningsstrategi		

Aktionsdiagnose: Leddegigt

Aktionsdiagnose: Leddegigt Ambulant genoptræning af patienter med leddegigt er som hovedregel almen. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter indlæggelse bliver udskrevet med funktionstab. Eksempelvis ved tab af ADL-funktioner, muskelstyrke og dårlig ledbevægelighed eller efter et ukompliceret ortopædkirurgisk indgreb.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Patienter med nydiagnosticeret leddegigt eller svær opblussen i gigtlidelsen. Patienter som har gennemgået et ortopædkirurgisk indgreb eller patienter som vurderes som meget ustabile i halsrygsøjlen.	Et kortvarigt superviseret træningsforløb i tæt samarbejde med speciallæge. Kræver tæt lægelig supervision under et nøje afstemt progredieret træningsforløb		En eller to enkeltstående instruktioner i ledbeskyttelse/egentræning afføder ikke genoptræningsplan.

Aktionsdiagnose: Ledskader, muskelskader, seneskader og knogleskader – konservativt behandlet

Aktionsdiagnose: Ledskader, muskelskader, seneskader og knogleskader – konservativt behandlet (Idrætsmedicinske/ akutte skader, kroniske smerter opstået under fysisk aktivitet) Forløbet kan være almen, specialiseret eller et delt forløb Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter indlæggelse, besøg i akut modtagelsen eller efter ambulant besøg bliver udskrevet med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Multistrukturelle skader • Insufficient smertebehandling og evt. nedsat funktion • Kroniske ledsmerter med brusk involvering • Komplicerede muskelskader	Diagnostik og monitorering er afhængig af et tæt tværfagligt udredningsforløb mellem speciallæge og ergo- eller fysioterapeut med henblik på planlægning af behandlingsplan og progression af genoptræningsindsatsen. Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye interventionstyper.		Akut opstået og/eller overbelastningsskade ifbm. udøvelse af idræt, hvor personens mål er at kunne udøve sin idræt igen. Patient kommer fra en idrætsmedicinsk afdeling/klinik. Enkeltstående instruktioner (2 til 3 gange) afføder ikke genoptræning/genoptræningsplan men ses som led i behandlingen.

Aktionsdiagnose: Multipel sklerose (MS)

Aktionsdiagnose: Multipel sklerose (MS)

Ambulant genoptræning af patienter med multipel sklerose er som hovedregel almen.

For genoptræning af patienter med multipel sklerose der behandles på specialiseret niveau henvises til [anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med multipel sklerose](#)

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter som i forbindelse med indlæggelse eller ambulant besøg har haft et funktionstab, som vurderes at kunne genoptrænes til habituelle niveau	Nej	Nej	Ud over muligheden for almen genoptræning er patientgruppen også omfattet af vederlagsfri fysioterapi.
Specialiseret genoptræning	MS-patienter i speciallægeambulatorium, som er i medicinsk behandling med botox eller intrathekal baklofen mhp at nedsætte spasticitet/dystoni, som har brug for intensiv træning/behandling.	Der er i umiddelbar tilknytning til den medicinske behandling behov for tæt samarbejde mellem læge samt fysioterapeut og ergoterapeut		Kan efter regulering af den medicinske behandling overgå til almen genoptræning i kommunen. På Sklerose-hospitalerne varetages også specialiserede genoptrænings- og/eller rehabiliteringsindsatser af både psykisk, fysisk og kognitiv art.

Aktionsdiagnose: Osteoporotiske sammenfald i columna

Aktionsdiagnose: Osteoporotiske sammenfald i columna Ambulant genoptræning af patienter med osteoporotiske sammenfald er som hovedregel almen. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter som i forbindelse med indlæggelse, besøg i akut modtagelsen eller ambulant besøg har haft et funktionstab, som vurderes at kunne genoptrænes til habituelle niveau.	Nej	Nej	OBS: Osteoporotiske sammenfald i columna er ikke indbefattet af det nye forløbsprogram for rygbesvær.
Specialiseret genoptræning	Situationer, hvor lægen vurderer, at der er en eller flere konkrete grunde, som hver især er forklaret og begrundet			

Aktionsdiagnose: Parkinson sygdom

Aktionsdiagnose: Parkinsons sygdom Ambulant genoptræning af patienter med Parkinsons sygdom vil som hovedregel foregå på alment niveau. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter som i forbindelse med indlæggelse, besøg i akut modtagelsen eller ambulant besøg har haft et funktionstab, som vurderes at kunne genoptrænes til habituelle niveau.	Nej	Nej	Ud over muligheden for almen genoptræning er patientgruppen også omfattet af vederlagsfri fysioterapi
Specialiseret genoptræning	Patienten profiterer ikke af gængs medicinsk behandling og er f.eks. i eksperimentel behandling for dyskinæsi. Der anlægges fx en duodenum pumpe til medicinsk behandling eller der er behandlet med DBS-operation eller apomorfinpumpe Tilfælde hvor en eller flere individuelt beskrevet og begrundede faktorer, kan ydermere forekomme ud fra et lægefagligt skøn.	Ved udskrivelse er det endnu ikke afklaret, hvordan pumpe/operation virker bedst i forhold til symptomer. Speciallægen vurderer i samarbejde med terapeuter effekten på funktionsniveau.		

Aktionsdiagnose: Patienter med rygsmerte og/eller rygreglaterede radiculære bensmerte (ikke-opererede)

Aktionsdiagnose: Patienter med rygsmerte og/eller rygreglaterede radiculære bensmerte (ikke-opererede)

Ambulant genoptræning af ikke-opererede rygpatienter er som hovedregel almen.

Der henvises i øvrigt til [Forløbsprogram for rygbesvær](#), samt [Anbefalinger for tværgsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter](#) og [Anbefalinger for tværgsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmerte](#)

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter med rygsmerte, som er udredt og hvor man ikke vurderer at der er et kirurgisk tilbud eller hvor man initialt afprøver konservativ tilgang med efterfølgende ambulant kontrol.	Nej	Nej	Bemærk at der skelnes mellem henvisning til forløbsprogram for rygbesvær (XREF15) og/eller genoptræning (GGOP). Sidstnævnte forudsætter et funktionstab.
Specialiseret genoptræning	I tilfælde med sværere komplekse kroniske smerter, hvor pt. er færdigudredt og smerterne er ledsaget af alvorlige sociale og psykologiske problemer med konsekvenser for arbejdsliv og livskvalitet, kan der være behov for henvisning til en tværfaglig behandlingsindsats. Dette varetages i regionens tværfaglige smertecentre og -klinikker			Link med Info om henvisning til smerteklinik Bemærk at patienter både kan være tilknyttet forløb på smerteklinik og samtidig gennemgå genoptræningsforløb eller rehabilitering i kommunen.

Til orientering: Det nye [Forløbsprogram for rygbesvær](#) rummer nu også cervikale- og thorakale smerter

Aktionsdiagnose: Type II diabetes

Aktionsdiagnose: Type II diabetes

Ambulant genoptræning er som hovedregel almen. En meget lille gruppe af patienter tilbydes specialiseret genoptræning.

Patientgruppen er omfattet af forløbsprogram for type II diabetes ([Revideret FP for T2DM Maj 2019.pdf](#))

For øvrig indsigt i det tværsektorielle samarbejde se [Tværsektorielle anbefalinger for mennesker med type 2 diabetes](#) samt [Type 2 Diabetes - Dansk Endokrinologisk Selskab](#). Se evt. notat for skildringen mellem [Genoptræning og træning i henhold til genoptræningsplaner og forløbsprogrammer](#)

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter som i forbindelse med indlæggelse, besøg i akut modtagelsen eller ambulant besøg har haft et funktionstab. (GGOP) Patienter som vurderes at kunne profitere af et rehabiliterende tilbud/non-farmakologisk behandling (XREF15)	Nej	Nej	Langt størstedelen af diabetespatienter henvises fra praktiserende læge til rehabilitering kommunalt
Specialiseret genoptræning	Svært regulerbar diabetes og/eller tendens hypoglykæmi Signifikante komplikationer f.eks. fodproblemer, autonom neuropati, nefropati og svær retinopati (proliferativ og maculopati) Patienter med svære komplikationer, herunder fodsår med behov for vurdering og behandling i multidisciplinært team	Ja		En patient kan på baggrund af en lægelig vurdering overgå fra specialiseret genoptræning til almen. Behandling af alle diabetes type 1 ptt. varetages regionalt

Aktionsdiagnose: CRPS (Complex regional pain syndrome)

Aktionsdiagnose: CRPS (Complex regional pain syndrome) (Kompleks regional smertesyndrom [dansk] / Tidligere refleksdystrofi) Forløb ses initialt på specialiseret niveau. Kan forekomme som delt forløb. De sygdomsspecifikke rammer for udredning og indsatser beskrives i national behandlingsvejledning for Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der modtager behandling for 'primær klinik' (Eks. Hånd-/ortopædkirurgi) uden stillet diagnose. Ved indikation for CRPS med dertilhørende utilstrækkelig behandlingseffekt på hovedfunktionsniveau i relation til 'primær klinik', henvises til lægefaglig vurdering / specialiseret genoptræning. Patienter der efter endt forløb på specialiseret genoptræning har behov for og potentiale til at forsætte den videre genoptræning på alment niveau	Nej	Nej	I tilfælde hvor der vurderes at pt har behov for videre almen genoptræning sendes en korrespondance-meddelelse.
Specialiseret genoptræning	Diagnostik samt tværfaglig behandling og rehabilitering, ved utilstrækkelig behandlingseffekt på hovedfunktionsniveau. Ud over medicinsk behandling på speciallægeniveau er der behov for andre sundhedsfaglige indsatser med udvidede kompetencer inden for CRPS.	Ja Der er behov for tværfaglig indsats på specialniveau.		Ved manglende effekt af behandling en måned efter diagnose, henviser den "primære klinik" patienten til et CRPS-center. Den "primære klinik" har dog behandlingsansvaret, indtil patienten er vurderet første gang ved

	Herunder sikring af genoptræning, som følge af ventetid til CRPS-centrene. I særlige tilfælde kan der være behov for 1-3 vurderinger og ikke et specialiseret genoptræningsforløb.			CRPS klinik. Hele udrednings- og behandlingsforløbet overtages af CRPS centret, når patienten er set første gang. Der bør med andre ord foregå relevant behandling i "primær klinik" frem til, at patienten er set første gang i CRPS centret. Regionale og højt specialiserede centre inden for behandling af CRPS, fremgår af Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Neurologi (2025). For region Hovedstaden varetages CRPS v. 'Nervecenter og CRPS', Klinik 7PA, Rigshospitalet-Glostrup.
--	--	--	--	---

Kirurgiske diagnosegrupper

Aktionsdiagnose: Amputationer - fod, underben og lår

Aktionsdiagnose: Amputationer - fod, underben og lår Ambulant genoptræning efter amputationer - fod, underben og lår er som hovedregel almen. Ved proteseforsyning vil der være tale om delte forløb. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter som i forbindelse med indlæggelse eller ambulant besøg har haft et funktionstab, som vurderes at kunne genoptrænes. Patienter som er amputerede og som ikke skal proteseforsynes. Patienter der under delt forløb, sendes hjem til sårheling med henblik på senere proteseforsyning	Nej	Nej	Opmærksomhed bør rettes på væsentlige palliative behov.
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor patienten skal proteseforsynes, og/eller flere faktorer giver komplicerede problemstillinger med tilpasning af stumpen og dermed interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder: • Operative/postoperative komplikationer herunder helingsproblematikker • Infektioner - lægefaglig vurdering af hvorvidt genoptræning kan fortsætte eller skal indstilles	Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper.		Opmærksomhed rettes på behov for optimeret vidensdeling ml. terapeuter med speciale viden (på proteseforsyningsområdet) og kommunale terapeuter.

Aktionsdiagnose: Amputationer - hånd, arm, skulder, bækken og hoftel

Aktionsdiagnose: Amputationer - hånd, arm, skulder, bækken og hoftel

Ambulant genoptræning efter amputationer - hånd, arm, skulder, bækken og hoftel er som hovedregel specialiseret.

Ved proteseforsyning kunne der være tale om delte forløb.

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter som er amputerede og ikke skal proteseforsynes Patienter der under delt forløb, sendes hjem til sårheling med henblik senere proteseforsyning	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Alle patienter der skal proteseforsynes.	Proteseforsyningen er meget kompliceret fordi, proteser skal bygges og funktionel tilpasses i samarbejde med speciallæge med særlig viden om proteseforsyning og bandagist		Landsdelsfunktion på Rigshospitalet Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper.

Aktionsdiagnose: Brud på skulder, overarm, underarm, bækken, underben og fod

Aktionsdiagnose: Brud på skulder, overarm, underarm, bækken, underben og fod Ambulant genoptræning efter brud på skulder, overarm, underarm, bækken, lårben og underben er som hovedregel almen. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb, og/eller efter ambulant besøg bliver udskrevet med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med et ellers alment genoptræningsforløb. Det gælder f.eks.: • Insufficient smertebehandling • Instabilitet af brud • Skred, manglende healing • Kompliceret osteosyntese • Komplex infektionstilstand • Multiple frakturer • Svære smerteproblematikker	Planlægning og progression af træningsindsatsen, hvor der er væsentlige fravigelser fra standardforløbet Løbende vurdering med henblik på eventuel re-operation Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper.		Enkeltstående instruktioner afføder ikke genoptræning/genoptræningsplan men ses som led i behandlingen.

Bemærk at der er udarbejdet [Genoptræningsforløbsbeskrivelse for hoftenært brud](#).

Aktionsdiagnose: Karpaltunnelsyndrom, mindre ligamentskader samt andre sene-oprensninger

Aktionsdiagnose: Karpaltunnelsyndrom, mindre ligamentskader samt andre sene-oprensninger Ambulant genoptræning efter Karpaltunnelsyndrom, mindre ligamentskader samt andre sene-oprensninger er som hovedregel almen. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb, og/eller efter ambulant besøg bliver udskrevet med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptrænings-forløbet. Det gælder f.eks.: • Infektion – lægefaglig vurdering af hvorvidt genoptræning kan fortsætte eller skal indstilles • Konkurrerende lidelser • Ukontrollabel smertetilstand • Operative/postoperative komplikationer • Svære smerteproblematikker	Løbende vurdering med henblik på eventuel reoperation Vurdering af cicatrice og løbende tilpasning af skinnen Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper.		Enkeltstående instruktioner afføder ikke genoptræning/genoptræningsplan men ses som led i behandlingen.

Aktionsdiagnose: Colles fraktur

Aktionsdiagnose: Colles fraktur Ambulant genoptræning efter colles fraktur er som hovedregel almen. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb, og/eller efter ambulant besøg bliver udskrevet med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Ukontrollabel smertetilstand • Instabilitet af bruddet • Skred, manglende heling • Kompliceret osteosyntese • Operativ/postoperativ komplikationer • Komplex infektionstilstand • Svære smerteproblematikker	Løbende vurdering med henblik på eventuel reoperation Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper.		Enkeltstående instruktioner afføder ikke genoptræning/genoptræningsplan men ses som led i behandlingen.

Aktionsdiagnose: Dupuytren

Aktionsdiagnose: Dupuytren Ambulant genoptræning efter dupuytren er som hovedregel almen. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb, og/eller efter ambulant besøg bliver udskrevet med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Infektion – lægefaglig vurdering af hvorvidt genoptræning kan fortsætte eller skal indstilles • Ukontrollabel smertetilstand • Operative/postoperative komplikationer • Svære smerteproblematikker	Løbende vurdering med henblik på eventuel reoperation Vurdering af cicatrice og løbende tilpasning af skinnen Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper.		

Aktionsdiagnose: Flexorsene- og extensorsuturering

Aktionsdiagnose: Flexorsene- og extensorsuturering Ambulant genoptræning efter flexorsene- og extensorsuturering er som hovedregel delt forløb, hvor initialfasen er specialiseret. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab Patienten har ikke længere behov for justering af skinnen og/eller senen er stabil.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor standardforløbet fraviges, idet en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Infektion – lægefaglig vurdering af hvorvidt genoptræning kan fortsætte eller skal indstilles • Multiple sene rupturer og reoperationer • Nervelesioner • Svære smerteproblematikker • Ukontrollabel smertetilstand • Operative/postoperative komplikationer	Løbende vurdering med henblik på eventuel reoperation Vurdering af cicatrice og løbende tilpasning af skinnen Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper		Delt forløb da samarbejdet på speciallægeniveau påbegyndes på afbandageringstidspunktet og afsluttes når senen er stabil.

Aktionsdiagnose: Hoftenær fraktur

Aktionsdiagnose: Hoftenær fraktur Ambulant genoptræning efter hoftenær fraktur er som hovedregel almen. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Infektion – lægefaglig vurdering af hvorvidt genoptræning kan fortsætte eller skal indstilles • Multiple frakturer og multiple reoperationer • Ukontrollabel smertetilstand • Operative/postoperative komplikationer	Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper.		Enkeltstående instruktioner afføder ikke genoptræning/genoptræningsplan men ses som led i behandlingen.

Bemærk at der er udarbejdet [Genoptræningsforløbsbeskrivelse for hoftenært brud](#).

Aktionsdiagnose: Hoftalloplastik

Aktionsdiagnose: Hoftalloplastik

Ambulant genoptræning efter hoftalloplastik er som hovedregel almen.

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab. Ukomplerede revisionshofter hører også under her.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Situationer, hvor lægen vurderer, at der er en eller flere konkrete grunde, som hver især er forklaret og begrundet			

Aktionsdiagnose: Knæalloplastik

Aktionsdiagnose: Knæalloplastik Ambulant genoptræning efter knæalloplastik er som hovedregel almen. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab. Ukomplerede revisionsknæ hører også under her.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Situationer, hvor lægen vurderer, at der er en eller flere konkrete grunde, som hver især er forklaret og begrundet			

Bemærk at der er udarbejdet [Genoptræningsforløbs-beskrivelse efter total knæalloplastik \(TKA\): Tværsektoriel genoptrænings-forløbsbeskrivelse, Region Hovedstaden](#)

Aktionsdiagnose: Knæartroskopi, mindre ikke-rekonstruktive indgreb (herunder meniskresektion, synovektomi, chondrektomi)

Aktionsdiagnose: Knæartroskopi, mindre ikke-rekonstruktive indgreb (herunder meniskresektion, synovektomi, chondrektomi) Ambulant genoptræning efter knæartroskopi, mindre ikke-rekonstruktive indgreb (herunder meniskresektion, synovektomi, chondrektomi) er som hovedregel almen. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Svære akutte skader • Multiledbåndsskader • Ukontrollabel smertetilstand • Nedsat bevægelighed med risiko for brisement • Infektion • Operative/postoperative komplikationer • Komplette synovektomier	Løbende vurdering med henblik på eventuel reoperation Vurdering af behov for og tilpasning af bandagering		

Aktionsdiagnose: Rygopererede – diskusprolaps, spinalstenose, deseopererede og patienter med diskusprotese

Aktionsdiagnose: Rygopererede – diskusprolaps, spinalstenose, deseopererede og patienter med diskusprotese

Ambulant genoptræning efter rygoperation er som hovedregel almen.

Snitfladebeskrivelsen omfatter rygopererede på alle niveauer af columna

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Situationer, hvor lægen vurderer, at der er en eller flere konkrete grunde, som hver især er forklaret og begrundet			

Aktionsdiagnose: Rekonstruktioner – knæ; forreste og bagerste korsbånd, sideledbånd, knæskalsledbånd, brusk rekonstruktion

Aktionsdiagnose: Rekonstruktioner – knæ; forreste og bagerste korsbånd, sideledbånd, knæskalsledbånd, brusk rekonstruktion Ambulant genoptræning efter rekonstruktioner - knæ; forreste og bagerste korsbånd, sideledbånd, knæskalsledbånd, brusk rekonstruktion er som hovedregel almen, men kan være specialiseret eller indgå i delte forløb. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/ eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Multiledbåndsskader • Insufficient smertebehandling • Nedsat bevægelighed med risiko for brisement • Komplex infektions tilstand • Operative/postoperative komplikationer/ særlige restriktioner	Løbende vurdering med henblik på eventuel reoperation Vurdering af behov for og løbende tilpasning af bandagering Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper.		Der er tale om få forløb Det skal løbende vurderes, hvornår patienten kan overgå til almen genoptræning Enkeltstående instruktioner afføder ikke genoptræning/genoptræningsplan men ses som led i behandlingen.

Aktionsdiagnose: Rekonstruktioner – skulder; ledkapsel, ledlæbe, rotatorcuff

Aktionsdiagnose: Rekonstruktioner – skulder; ledkapsel, ledlæbe, rotatorcuff Ambulant genoptræning efter rekonstruktioner - skulder; ledkapsel, ledlæbe, rotatorcuff kan være almen, specialiseret eller indgå i delte forløb. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab.	Nej	Nej	Genoptræningsforløbsbeskrivelse for Bankart læsion skal følges
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Multiledbåndsskader • Insufficient smertebehandling • Nedsat bevægelighed med risiko for brisement • Komplex infektions tilstand • Operative/postoperative komplikationer/ særlige restriktioner	Løbende vurdering med henblik på eventuel re-operation Vurdering af behov for og tilpasning af bandagering Kontrol og test af skulderstabilitet og senesuturen Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper		Det skal løbende vurderes, hvornår patienten kan overgå til almen genoptræning .

Aktionsdiagnose: Skulderalloplastik

Aktionsdiagnose: Skulderalloplastik

Ambulant genoptræning efter skulderalloplastik er som hovedregel et delt forløb, hvor initialfasen er specialiseret.

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab. Almen forløb når initialfasen er afsluttet.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningen i initialfasen. Det gælder f.eks.: • Insufficient smertebehandling • Komplex Infektions-tilstand, lægefaglig vurdering af hvorvidt genoptræning kan fortsætte eller skal indstilles • Komplicerende reoperationer • Operative/postoperative komplikationer	Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper		Det skal løbende vurderes, hvornår patienten skal overgå til almen genoptræning

Bemærk at der er udarbejdet [Genoptræningsforløbsbeskrivelse for skulderalloplastik hemi, total og reverse: Tværsektoriel, tværfaglig genoptræningsforløbsbeskrivelse, Region Hovedstaden](#)

Aktionsdiagnose: Skulderartroskopi, mindre ikke-rekonstruktive indgreb

Aktionsdiagnose: Skulderartroskopi, mindre ikke-rekonstruktive indgreb Ambulant genoptræning efter skulderartroskopi, mindre ikke-rekonstruktive indgreb er som hovedregel almen. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Multiledbåndsskader • Insufficient smertebehandling • Nedsat bevægelighed med risiko for brisement • Kompleks infektions tilstand • Operative/postoperative komplikationer/ særlige restriktioner	Løbende vurdering med henblik på eventuel reoperation Vurdering af behov for og tilpasning af bandagering Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper		Der er tale om få forløb.

Aktionsdiagnose: Øvrige hånd- og fingerfrakturer

Aktionsdiagnose: Øvrige hånd- og fingerfrakturer

Ambulant genoptræning efter øvrige hånd- og fingerfrakturer er som hovedregel almen, men der forekommer specialiserede forløb.

Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning

	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Infektion • Ukontrollabel smertetilstand • Lednær fraktur • Instabilitet af bruddet • Skred, manglende healing • Kompliceret osteosyntese • Operativ/postoperativ komplikationer • Komplex infektionstilstand • Multiple frakturer • Svære smerteproblematikker	Løbende vurdering med henblik på eventuel reoperation Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper.		Enkeltstående instruktioner afføder ikke genoptræning/genoptræning plan men ses som led i behandlingen.

Aktionsdiagnose: Øvrige større håndkirurgiske indgreb herunder traumatiske skader inkl. amputationer, nervelæsioner samt kunstige hånd- og fingerled herunder også reumakirurgi

Aktionsdiagnose: Øvrige større håndkirurgiske indgreb herunder traumatiske skader inkl. amputationer, nervelæsioner samt kunstige hånd- og fingerled herunder også reumakirurgi Ambulant genoptræning efter øvrige større håndkirurgiske indgreb herunder traumatiske skader inkl. amputationer/nervelæsioner samt kunstige hånd- og fingerled herunder også reumakirurgi er initielt specialiseret som hovedregel. Snitfladekataloget skal anvendes i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning				
	Beskrivelse af tilstand	Tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau	Patientens Sikkerhed	Bemærkninger
Almen genoptræning	Patienter der efter kirurgisk indgreb og/eller besøg i ambulatoriet udskrives med funktionstab.	Nej	Nej	
Specialiseret genoptræning	Tilfælde hvor en eller flere faktorer interfererer med genoptræningsforløbet. Det gælder f.eks.: • Infektion – lægefaglig vurdering af hvorvidt genoptræning kan fortsætte eller skal indstilles • Multiple sene rupturer • Multiple frakturer • Reoperationer • Nervelæsioner • Ukontrollabel smertetilstand • Operative/postoperative komplikationer • Behov for plastikkirurgisk intervention • Brandsårs patienter • Svære smerteproblematikker	Planlægning og progression af træningsindsatsen Løbende vurdering med henblik på eventuel reoperation Vurdering af cicatrice, hudtransplat og løbende tilpasning af skinne Behov for særlig opfølgning af træningsindsatsen ved speciallægen i forbindelse med nye operationstyper.		Det vurderes, hvornår patienten kan overgå til almen genoptræning.



Tværsektoriel samarbejdsaftale

Kommunikation via korrespondancemeddelelsen (KM) mellem hospital og kommune ved behov for kommunal genoptræning/rehabilitering - Børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

Formål

Formålet med samarbejdsaftalen er at styrke koordinationen og samarbejdet i sektorovergangen blandt det sundhedsfaglige personale, der er involveret i patientens/borgerens forløb, herunder at skabe kvalitet og sammenhæng i det samlede neurorehabiliteringsforløb for patienten/borgeren.

Aftalen gælder for det tværsektorielle samarbejde omkring patienter over 1 år¹. Aftalen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade (SST, 2020), Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade (SST, 2011) og eksisterende kommunikationsaftale mellem kommuner og hospitaler i Region Hovedstaden (Region Hovedstaden, 2019).

Præciseringen består i:

1. Tidlig advisering ved en genoptræningsplan til *rehabilitering på specialiseret niveau*

- Tilføjelse til eksisterende [tværsektoriel samarbejdsaftale om udskrivelse af voksne med erhvervet hjerneskade og behov for rehabilitering på specialiseret niveau](#), så aftalen også omfatter børn og unge med erhvervet hjerneskade.

2. Hospitalet fremsender kun én genoptræningsplan for det samlede forløb – tillæg til eksisterende genoptræningsplan

- Er der i forbindelse med udskrivelse udarbejdet en genoptræningsplan, så er det muligt i forbindelse med ambulant opfølgning at sende en korrespondancemeddelelse (KM) som et tillæg til eksisterende genoptræningsplan. Dette inden for en tidsperiode på 8 uger efter udskrivelse.

3. Orientering om aktuel funktionsevne og rehabiliteringsbehov efter tværfaglig vurdering – børn og unge år efter sygdomsdebut

- I forbindelse med tværfaglig vurdering af børn og unge i alderen 1 til og med 17 år – år efter sygdomsdebut - i Børne- og Ungefunktionen for Neurorehabilitering, Rigshospitalet – Glostrup, kan der være behov for orientering til kommunen om barnets/ den unges aktuelle funktionsevne og rehabiliteringsbehov. Dette sker, for at kommunen kan tilret-

¹ Børne- og Ungefunktionen for Neurorehabilitering, Rigshospitalet – Glostrup har et henvisningskriterium: Barnet skal være fyldt ét år. Generelt er der årligt ekstremt få forløb, hvor barnet er under ét år.



telægge eventuelle indsatser på sundheds-, social- og/eller undervisningsområdet. Orienteringen sendes via en KM.

4. Én kommunal indgang ift. punkt 1 - 3

- Kommunen tilgår henvendelsen af de tre ovenstående punkter via en elektronisk korrespondancemeddelelse mærket 'Træning', ATT *Hjerneskadekoordinering / hjerneskadekoordinator*.

Implementering

Der anbefales, at det i samarbejdsfora i de enkelte planområder drøftes, hvordan arbejdsgangen implementeres lokalt.

Tidlig advisering ved en genoptræningsplan til *rehabilitering på specialiseret niveau*

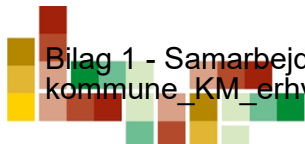
Baggrund

Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade samt forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade, bør der udarbejdes konkrete aftaler vedrørende advisering og samarbejde omkring udskrivning af patienter.

Der foreligger en [godkendt samarbejdsaftale fra maj 2023](#) for indlagte patienter over 18 år. Formålet med samarbejdsaftalen er at styrke koordinationen og samarbejdet i sektorovergangen blandt det sundhedsfaglige personale, der er involveret i patientens udskrivningsforløb, for at sikre kvalitet og sammenhæng i rehabiliteringsforløbet for patienten.

Indhold

Samarbejdsaftalen er alene gældende for advisering og samarbejde ved udskrivelse af patienter fra hospital til kommune i Region Hovedstaden til videre rehabilitering på specialiseret niveau, og skal betragtes som et tillæg til den eksisterende Kommunikationsaftale i Region Hovedstaden. Samarbejdsaftalen skal fremadrettet omfatte børn, unge og voksne med nyopstået hjerneskade. Specifikt for børn og unge gøres der opmærksom på, at hvis der er behov for vurdering ved logopæd og/eller neuropsykolog med henblik på en genoptræningsplan, så kan regionens børne- og ungeafdelinger henvise til 'Erhvervet Hjerneskade hos Børn og Unge, Klinik 601'. Henvisninger til klinikken kan sendes på to måder: Central Visitationen (CVI) eller ambulant best./ord i Sundhedsplatformen til Afdeling for Hjerne- og Rygmarvsskader. Der gøres opmærksom på, at adviseringen omfatter en kort sammenfatning af den tværfaglige begrundelse for rehabilitering på specialiseret niveau, herunder vurdering af rehabiliteringsbehov og -potentiale.



Kommuner med SP-link eller adgang til Sundhedsjournalen har mulighed for at orientere sig i journalnotater ved behov for udbydende oplysninger. Jf. Sundhedsloven §42a kan sundhedspersoner lave opslag i elektroniske systemer i nødvendigt omfang indhente oplysninger om en patients helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten. Det er således ikke alle kommunale fagpersoner, der kan tilgå patientjournalen via fx SP-link uden samtykke af borgeren og eventuelt pårørende.

Hvis en kommune ikke har adgang til patientjournalen via SP-link eller Sundhedsjournalen, eller hvis kommunen skal anvende journaloplysninger i den videre sagsbehandling af borgerens forløb og anmoder hospitalet om supplerende oplysninger, fremsender hospitalet disse.

Der gøres opmærksom på en tilføjelse til eksisterende samarbejdsaftale: I forhold til børn og unge vil ”*advisering forud for udskrivelse via PFP*” ikke være hensigtsmæssigt. Der bør for børn og unge tilføjes ”Hospitalet adviserer via KM kommunen tidligst muligt og senest fem hverdage før forventet udskrivelse om, at patienten forventes udskrevet med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau med/uden behov for døgnrehabilitering. KM sendes senest kl. 13:00.

Hospitalet fremsender kun én genoptræningsplan for det samlede forløb – tillæg til eksisterende genoptræningsplan

Baggrund

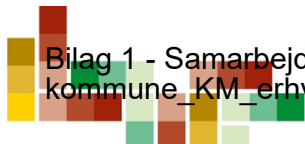
Ifølge ”Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner” (ref. Vejledning om genoptræning), må der kun udarbejdes én genoptræningsplan for det samlede genoptræningsforløb, der knytter sig til den samme indlæggelse.

Det er derfor ikke muligt at opdatere og genfremsende en genoptræningsplanen med nytilkomne oplysninger for eksempel en neuropsykologisk vurdering, som er foretaget efter udskrivelse fra hospitalet. En praksis, som i nogen grad har eksisteret på både voksenområdet samt børne- og ungdomsområdet, og som har betydet, at nogle kommuner har modtaget 2 genoptræningsplaner på den samme patient i samme forløb. Denne praksis er i strid med vejledningen på området og er derfor ændret.

Indhold

Samarbejdsaftalen skal sikre patientens rettigheder til genoptræning/rehabilitering efter sundhedsloven i forbindelse med et indlæggelsesforløb².

² Et indlæggelsesforløb er defineret ved indlæggelse + ambulant opfølgning på indlæggelsen.



KM, der sendes som del af tidligere afsendt genoptræningsplan knyttet til et specifikt patientforløb, skal dermed give patienten/borgeren de samme rettigheder som genoptræningsplanen.

Samarbejdsaftalen skal sikre, at hospitalet udarbejder og kun fremsender én genoptræningsplan for det samlede genoptræningsforløb, der knytter sig til det samme indlæggelsesforløb.

Hospitalets ansvar

Det forventes, at patienten udredes og vurderes med inddragelse af relevante og faglige kompetencer under indlæggelse. Er der behov for supplerende ambulant udredning og vurdering, sker det på baggrund af en faglig vurdering og ikke på baggrund af ressourcer. Dette inden for en tidsperiode på 8 uger efter udskrivelse.

Hospitalet skal i genoptræningsplanen skrive, hvis der er behov for ambulant opfølgning med henblik på udredning og vurdering af genoptrænings-/ rehabiliteringsbehov, for eksempel ved børne-/neuropsykolog og eventuel logopæd. Der skal skrives hvilken vurdering, der er behov for og en tidsramme for vurderingen. Dette skrives i genoptræningsplanens feltet "*Patientens genoptræningsbehov og potentiale*". Rammen for opfølgende vurdering er op til 8 uger efter udskrivelse.

Som udgangspunkt kan genoptræningsplanens specialiseringsniveau³ ikke ændres efter den ambulante vurdering. Hvis der er sendt en genoptræningsplan til *Almen genoptræning*, og der ved den opfølgende vurdering er et lægefagligt vurderet behov for ændring af specialiseringsniveauet til *rehabilitering på specialiseret niveau*, skal kommunen kontaktes med henblik på indhentning af oplysninger om igangværende kommunale genoptrænings-/rehabiliteringsindsatser, samt hvorvidt borgeren profiterer af den igangværende indsats.

Hvis der lægefagligt vurderes behov for ændring af specialiseringsniveauet, så bør det ske på baggrund af en samlet tværfaglig udredning og drøftelse om specialiseringsniveauet.

Vurderes det samlet set, at der er behov for ændring af specialiseringsniveauet til *rehabilitering på specialiseret niveau*, så skal kommunen adviseres om dette minimum fem hverdage inden der sendes en elektronisk KM.

Er der ved udskrivelse udarbejdet og afsendt en genoptræningsplan, og der vurderes behov for supplerende ambulant vurdering ved børne-/neuropsykolog og eventuelt logopæd med henblik på kommunal rehabilitering, kan der som tillæg til eksisterende genoptræningsplan sendes en elektronisk KM.

Kommunens ansvar

³ Almen genoptræning, specialiseret genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau.



Da borgeren, på baggrund af eksisterende genoptræningsplan, allerede er i et genoptrænings-/rehabiliteringsforløb, tilstræbes det, at kommunen - så vidt det er muligt - adviserer borgeren om det samlede kommunale forløb inden for fire kalenderdage og iværksat genoptræning / rehabilitering inden for 7 kalenderdage efter modtaget KM, jf. lovgivningen om genoptræningsplaner:

- Senest fire kalenderdage efter udskrivningen fra hospitalet informeres borgeren om, hvor og hvornår kommunen kan tilbyde borgeren opstart af genoptræning/rehabilitering, samt hvilken genoptræning/rehabilitering kommunen har vurderet, der er brug for.
- Tilbyde opstart af genoptrænings-/rehabilitering inden for 7 kalenderdage efter modtagelse af genoptræningsplanen (korrespondancemeddelelse må ikke stå alene).

Indhold i KM

Overskrift på KM:

Tillæg til genoptræningsplan – ATT Hjerneskadekoordinering / hjerneskadekoordinator.

Korrespondancemeddelelsen bør indeholde følgende oplysninger:

- Informeret samtykke fra borgeren og eventuelt pårørende
- Hvornår genoptræningsplanen er fremsendt til kommunen
- Hvilket specialiseringsniveau havde den afsendte genoptræningsplan
- Dato for vurdering af aktuel funktionsevne efter udskrivning fra hospitalet
- Hvem har foretaget vurderingen
- Følgende oplysninger relateret til borgeren (statusnotat):
 - Beskrivelse af helbredsrelateret funktionsevne, herunder relevante resultater af funktionsevнемålinger
 - Genoptrænings-/rehabiliteringsbehov og potentiale (sammenfatning)

Orientering om aktuel funktionsevne og rehabiliteringsbehov efter tværfaglig vurdering – børn og unge år efter sygdomsdebut

For børn og unge under 18 år med behov for kommunal rehabilitering år efter sygdomsdebut bør der anvendes en anden kommunikationsvej end genoptræningsplanen med henblik på orientering og beskrivelse af aktuel funktionsevne og rehabiliteringsbehov, herunder eventuelle kommunale indsatser på både sundheds-, social- og/eller undervisningsområdet.

Indhold



Samarbejdsaftalen skal sikre barnet / den unge de gode hensigter om kommunale rehabilitering på både sundheds-, social og/eller undervisningsområdet på baggrund af en sundhedsfaglig og tværfaglig vurdering.

Hospitalets ansvar – Ambulatorium for børn og unge med erhvervet hjerneskade

Det forventes, at barnet/den unge udredes og vurderes med inddragelse af relevante og faglige kompetencer.

Hvis der vurderes behov for kommunale indsatser, sendes en elektronisk KM.

Kommunens ansvar

Kommunerne er på baggrund af den sundhedsfaglige og tværfaglige vurdering, ansvarlige for at igangsætte en helhedsindsats på sundheds-, social- og/eller undervisningsområdet.

Orienteringen skal efter behov videresendes til rette forvaltninger og personer på social- og/eller undervisningsområdet. Det tilstræbes, at kommunen så vidt det er muligt adviserer borgeren og pårørende inden for 7 kalenderdage efter modtaget KM om, hvilke rehabiliteringsindsatser kommunen har vurderet, der er brug for, og hvornår indsatsen kan opstartes.

Indhold i KM

Overskrift på KM:

Orientering om aktuel funktionsevne og rehabiliteringsbehov efter tværfaglig vurdering – ATT Hjerneskadekoordinering / hjerneskadekoordinator eller træningsenheden.

Denne meddelelse bør efter behov videresendes til relevante forvaltninger og personer på social- og/eller undervisningsområdet.

Korrespondancemeddelelsen bør indeholde følgende oplysninger:

- Informeret samtykke fra borgeren og eventuelt pårørende
- Dato(er) for vurdering af aktuel funktionsevne
- Hvem har foretaget vurderingen
- Følgende oplysninger relateret til borgeren:
 - Sammenfatning af sygdomsforløb
 - Sammenfatning af helbredsrelateret funktionsevne, herunder relevante resultater af funktionsevne målinger
 - Sammenfatning af rehabiliteringsbehov på sundheds- og socialområdet



Én kommunal indgang

Baggrund

Der findes flere kommunale indgange, men for at sikre ensartet kommunikationsveje, så bør der hjerneskadeområdet anvendes én kommunal indgang vedr. genoptræning og rehabilitering på sundheds- og socialområdet.

Indhold

Samarbejdsaftalen skal sikre at der anvendes én kommunal indgang (nedenstående) på KM:

- Modtager: 'Træning/forebyg'
- Emneord: 'Hjerneskadekoordinering'

Derefter en overskrift på KM svarerende til specifik problemstilling. Se i ovenstående afsnit "tillæg til eksisterende genoptræningsplan" og "ambulatorium for børn og unge med erhvervet hjerneskade".

Brugen af korrespondancemeddelelsen (KM) mellem hospital og kommune ved behov for kommunal genoptræning/rehabilitering - Børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

Tidlig advisering ved en genoptræningsplan til *rehabilitering på specialiseret niveau*

- Hvis der tætt på udskrivelse vurderes behov for en genoptræningsplan til *rehabilitering på specialiseret niveau*, skal hospitalet advisere kommunen senest fem hverdage inden udskrivelse.
- Senest 3 hverdage før forventet udskrivelse afholdes der en tværsektoriel udskrivningskonference med deltagelse af kommune (evt. virtuelt), patient og evt. pårørende.

Hospitalets ansvar:

- Ved patienter over 18 år sendes advisering via PFP og med supplerende oplysninger via en korrespondancemeddelelse
- Ved patienter under 18 år sendes advisering og supplerende oplysninger via en korrespondancemeddelelse.
- Planlægning og afholdelse af udskrivningskonference.

En genoptræningsplan for det samlede forløb – tillæg til eksisterende genoptræningsplan

- Et tillæg til eksisterende genoptræningsplan, som giver de samme patientrettigheder ift. genoptræningsbehov som genoptræningsplanen.

Hospitalets ansvar:

- Hvis der ved udskrivelse vurderes behov for ambulant supplerende vurdering – for eksempel ved neuropsykolog eller logopæd – skrives dette i genoptræningsplanen i feltet "*Patientens genoptræningsbehov og potentiale*".
- Rammen for opfølgende vurdering er op til 8 uger efter udskrivelse.
- Hvis der er sendt en genoptræningsplan til *Almen genoptræning*, og der vurderes behov for ændring af specialiseringsniveauet til *rehabilitering på specialiseret niveau*, så skal kommunen kontaktes med henblik på indhentning af oplysninger om igangværende kommunale genoptrænings-/rehabiliteringsindsatser samt hvorvidt borgeren profiterer af den igangværende indsats.
- Overskrift på KM: *Tillæg til genoptræningsplan – ATT Hjerneskadekoordinering / hjerneskadekoordinator.*

Kommunens ansvar:

- Der tilstræbes, at kommunen - så vidt det er muligt - adviserer borgeren om det samlede kommunale forløb inden for fire kalenderdage og iværksat genoptræning / rehabilitering inden for 7 kalenderdage efter modtaget KM, jf. lovgivningen om genoptræningsplaner.

Orientering om aktuel funktionsevne og rehabiliteringsbehov – børn og unge år efter sygdomsdebut

Gældende for Ambulatorium for Børn og Unge med erhvervet hjerneskade under Børne- og Ungefunktionen for Neurorehabilitering, Rigshospitalet – Glostrup. Hvor det ikke er relevant med en genoptræningsplan.

Hospitalets ansvar:

- Tværfaglig vurdering af barnets/den unges aktuelle funktionsevne og rehabiliteringsbehov.
- Overskrift på KM: *Orientering om aktuel funktionsevne og rehabiliteringsbehov efter tværfaglig vurdering – ATT Hjerneskadekoordinering / hjerneskadekoordinator eller træningsenhed.*

Denne meddelelse bør efter behov videresendes til relevante forvaltninger og personer på social- og/eller undervisningsområdet.

Kommunens ansvar:

- Kommunerne er på baggrund af den sundhedsfaglige og tværfaglige vurdering, ansvarlige for at igangsætte en helhedsorienteret indsats på sundheds-, social- og/eller undervisningsområdet.
- Orienteringen skal efter behov videresendes til rette forvaltninger og personer på social- og/eller undervisningsområdet.
- Der tilstræbes, at kommunen så vidt det er muligt advisere borgeren og pårørende inden for 7 kalenderdage efter modtaget KM med henblik på hvilke rehabiliteringsindsatser kommunen har vurderet, der er brug for og hvornår indsatsen kan opstartes.

En kommunal indgang

- Kommunen tilgår henvendelsen via en elektronisk korrespondancemeddelelse mærket '*Træning/forebyg*' og emneord '*Hjerneskadekoordinering*'.

Tværsektoriel samarbejdsaftale om udskrivelse af **patienter** med erhvervet hjerneskade og behov for rehabilitering på specialiseret niveau

Formål

Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade (2020) bør der udarbejdes konkrete lokale aftaler vedrørende advisering og samarbejde omkring udskrivning af patienter. På børne- og ungeområdet findes der ingen tilsvarende anbefalinger, da der ikke har været en opdatering af Forløbsprogrammet for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade (2011).

Tværsektorielt Samarbejdsforum for hjerneskade i Region Hovedstaden har på den baggrund udarbejdet en samarbejdsaftale, der konkret omhandler advisering og samarbejde omkring udskrivning af patienter, der har behov for videre rehabilitering på specialiseret niveau. Samarbejdsaftalen skal ses som en 'minimumsaftale', som hospitaler og kommuner skal følge og som understøtter en klar opgavefordeling og kommunikation mellem sektorerne for at sikre et koordineret og sammenhængende patientforløb. Aftalen giver mulighed for at der suppleres med lokale aftaler i Planområderne.

Formålet med samarbejdsaftalen er at styrke koordinationen og samarbejdet i sektorovergangen blandt det sundhedsfaglige personale, der er involveret i patientens udskrivningsforløb, for at sikre kvalitet og sammenhæng i rehabiliteringsforløbet for patienten.

Aftalen gælder alene for det tværsektorielle samarbejde omkring indlagte patienter **over ét år**, som af hospitalet vurderes at have behov for rehabilitering på specialiseret niveau efter udskrivelse.

Indhold af aftalen

Samarbejdsaftalen er alene gældende for advisering og samarbejde ved udskrivelse af patienter fra hospital til kommune i Region Hovedstaden til videre rehabilitering på specialiseret niveau og skal betragtes som et tillæg til den eksisterende Kommunikationsaftale i Region Hovedstaden.

Aftalen konkretiserer tilrettelæggelse af tværsektorielle arbejdsgange for advisering, afholdelse af udskrivningskonference og overlevering af relevante informationer. **Herunder at hvis der tæt på udskrivelse vurderes behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, skal hospitalet advisere kommunen.**

Inddragelse af patient og pårørende

Regioner og kommuner inddrager personer med erhvervet hjerneskade og deres eventuelle pårørende systematisk i forbindelse med udredning af funktionsevne, udarbejdelse af genoptræningsplan, planlægning af forløb og målsætning.

Journalopslag via SP-Link eller Sundhedsjournal

Jf. Sundhedsloven §42a kan sundhedspersoner lave opslag i elektroniske systemer i nødvendigt omfang indhente oplysninger om en patients helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten. Det er således ikke alle kommunale fagpersoner der kan tilgå patientjournalen via SP-link eller Sundhedsjournalen uden samtykke af borgeren og eventuelt pårørende.

Evaluering

Tværsektorielt Samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering har fulgt op på implementering af samarbejdsaftalen primo 2025.

Arbejdsgang

Indlæggelsesadvisering

Hospitalets opgave

Hospitalet sender automatisk et indlæggelsesadvis til patientens bopælskommune med information om at borgeren er indlagt og på hvilken afdeling.

Indlæggelsesrapport

Kommunens opgave

Kommunen sender automatisk generet indlæggelsesrapport (ILR) til hospitalet på de patienter, der er kendte i det kommunale omsorgssystem. Hvis kommunen vurderer, at der er supplerende oplysninger til ILR, sender kommunen en manuelt opdateret indlæggelsesrapport (MILR). Formålet er, at hospitalet bliver bekendt med patienters funktionsniveau før aktuelle indlæggelse.

Tidlig advisering om behov for udvidet koordinering – gældende for personer over 18 år

Hospitalets opgave

I forløb, som kræver udvidet koordinering på tværs af sektorer, sendes hurtigst muligt en PFP med de oplysninger, hospitalet kan bidrage med, herunder

- Patientens alder og habituelle funktionsevne, patientens sociale, arbejds- og familiemæssige situation, herunder om der evt. er børn i familien
- Forventet specialiseringsniveau
- Estimeret dato for udskrivelse

Den tidlige advisering bruges som opmærksomhed på udvidet koordineringsbehov og som grundlag for tidlig planlægning af indsatser fra kommunal side.

Kommunen kontakter hospitalet førstkommande hverdag mhp. det videre forløb.

De kommuner, der har adgang til SP-link og/eller Sundhedsjournalen, kan selv tilgå yderligere oplysninger.

Advisering forud for udskrivelse via PFP – gældende for personer over 18 år

Hospitalets opgave

Hospitalet adviserer via PFP kommunen tidligst muligt og senest fem hverdage før forventet udskrivelse om, at patienten forventes udskrevet med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau med/uden behov for døgnrehabilitering. PFP sendes senest kl. 13:00.

Senest 3 hverdage før forventet udskrivelse afholdes der en tværsektoriel udskrivningskonference med deltagelse af kommune (evt. virtuelt), patient og evt. pårørende.

Der anmodes om kontakt fra kommunen, så dato for udskrivelseskonference kan aftales.

Indhold i PFP:

- Forventet dato for udskrivelse
- Forventet genoptræningsniveau ved udskrivelse
- Faglige strategier ift. metode og tilgang til støtte over døgnnet i forhold til funktionsevne og omfang af støtte
- Relevante informationer i forhold til sociale og familiære forhold, herunder om der er børn i familien
- Informationer, hvor der kan være behov for yderligere dialog før udskrivelse, herunder habilitet

Der gøres opmærksom på, at for børn og unge under 18 år så anbefales det ikke at sende en Pleje Forløbs Plan (PFP). I disse patientforløb skal hospitalet via korrespondancemeddelelse (KM) advisere kommunen tidligst muligt og senest fem hverdage før forventet udskrivelse om, at patienten forventes udskrevet med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau med/uden behov for døgnrehabilitering. KM sendes senest kl. 13:00.

Specifikt for denne målgruppe gøres der opmærksom på, at hvis der er behov for vurdering ved logopæd og/eller neuropsykolog med henblik på en genoptræningsplan, så kan regionens børne- og ungeafdelinger henvise til 'Erhvervet Hjerneskade hos Børn og Unge, Klinik 601'. Henvisninger til klinikken kan sendes på to måder: Central Visitationen (CVI) eller ambulant best./ord i Sundhedsplatformen til Afdeling for Hjerne- og Rygmarvsskader.

Supplerende journaloplysninger via KM

Hospitalets opgave

Der sendes supplerende journaloplysninger til kommunen samme dag og senest første hverdag efter advisering via PFP. Supplerende oplysninger sendes under emneord "Hjerneskadekoordinering".

Adviseringen omfatter en kort sammenfatning af den tværfaglige begrundelse for *Rehabilitering på specialiseret niveau*, herunder vurdering af rehabiliteringsbehov og -potentiale med

- Ergo- og fysioterapeutisk opdateret statusbeskrivelse
- Neuropsykologisk konklusion

- Ved behov: a) Logopædisk udredning samt SCA-oplysninger, b) Udredning ved synsteam, herunder udredning fra øjenlæge, hvis det foreligger

Ønsker hospitalet en tilbagemelding på henvendelse, skal det tydeligt fremgå, at der er behov for "faglig tilbagemelding".

Ved væsentlige ændringer i patientens tilstand eller ændringer i den estimerede udskrivelses-/færdigmeldingsdato, sendes opdateret PFP.

Opdateret KM sendes ved væsentlige ændringer i patientens tilstand eller genoptræningsbehov/genoptræningspotentiale.

Kommunens opgave

Kommunen kontakter hospitalet for at aftale dato for udskrivelseskonference i forhold til det videre forløb. Dette sker ved telefonisk henvendelse.

Kommunen anmoder om yderligere relevante oplysninger fra journal ved behov

De kommuner, der har adgang til SP-link og/eller Sundhedsjournalen, kan selv tilgå yderligere oplysninger

Udskrivelseskonferencen

Deltagere er patient, eventuelt pårørende, hospital og kommune.

Formålet med udskrivelseskonferencen er:

- At udveksle yderligere information i forhold til behov for rehabiliteringsindsats efter udskrivelse fra hospital
- At inddrage patient og eventuelt pårørende i planlægning af den videre rehabiliteringsindsats efter udskrivelse og sikre forventningsafstemning af det videre forløb.

Udskrivelseskonference kan foregå fysisk eller virtuelt. Dette aftales lokalt.

Der kan undtagelsesvist afholdes formøde, hvis der er tale om særlige omstændigheder.

Mødelederfunktion ift. gennemgang af dagsorden og opsummering af hovedpunkter fra mødet varetages som udgangspunkt af hospitalet

Dagsorden ved udskrivelseskonference

- Præsentation af deltagere til konferencen
- Formål med mødet
- Kort status og anbefalinger fra fagpersoner
- Patient/pårørendeovervejelser og spørgsmål
- Kommunen fremlægger den videre plan (f.eks. plan for, hvad der yderligere skal afklares i forbindelse med udskrivelsen, eller hvis muligt, at præsentere den konkrete plan efter udskrivelse fra hospitalet for patienten)
- Hvis der er tale om et komplekst patientforløb, så aftales eventuel plan for yderligere overlevering mellem hospital og kommune, f.eks. hospitering.
- Hospitalet orienterer om eventuelle planlagte ambulante opfølgninger

- Opsummering af hovedpunkter fra møde og aftaler vedr. det videre forløb

Igang sættelse af hjerneskadekoordination i kommunen

Kommunens opgave

De relevante fagområder og tværfaglige aktører sikrer rettidig indsats og understøttelse af videndeling. Særlig opmærksomhed på tidlig indsats i forhold til blandt andet børn i hjemmet, forsørgelsesgrundlag og boligforhold.

Vær opmærksom på indhentelse af samtykke, lovgivning og organisering i egen kommune, herunder kontakt evt. til Beskæftigelses- og Familieafdelinger.

Kommunen indhenter selv de samtykker, der er behov for til den kommunale sagsbehandling.

Aftale om videre forløb efter udskrivelse

Kommunen orienterer snarest efter udskrivelseskonference hospitalet om endelig dato for, hvornår kommunen/det specialiserede rehabiliteringssted kan modtage patienten. Det aftales lokalt, hvordan orienteringen skal foregå.

Udskrivelse

Hospitalets opgave

Der sendes en opdateret PFP, når der foreligger en sikker færdigbehandlings-/udskrivningsdato og senest kl. 13:00 dagen før udskrivelsen. Senest ved udskrivningstidspunktet sendes der en genoptræningsplan (GOP) samt en udskrivningsrapport (USR) fra plejen til kommunen.

NOTAT

Borgere med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik

Baggrund

Notatet beskriver, hvordan der samarbejdes mellem Region Hovedstaden og kommuner og praktiserende læger i regionen om behandling til borgere med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik – også kaldet dobbeltdiagnose. Teksten i notatet skal erstatte afsnittet om borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug i "Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom", fordi lovgivning har opstillet nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om dobbeltdiagnosebehandling.

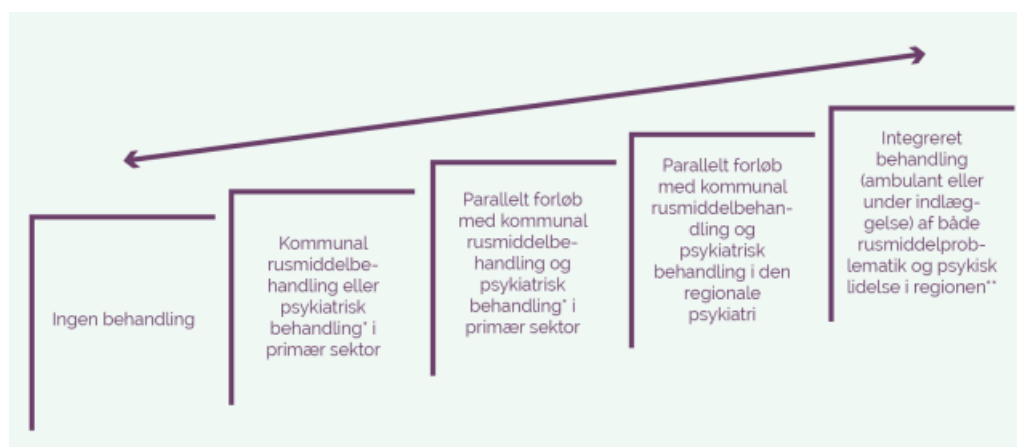
Det tværsektorielle samarbejde om borgerne med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik skal foregå indenfor samarbejdsaftalens generelle rammer, og de gældende aftaler omfatter således også denne målgruppe.

Ansvarsfordeling

Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen har udarbejdet en faglig visitationsretningslinje for integreret dobbeltdiagnosebehandling i regionerne. Visitationsretningslinjen omtaler både integreret og parallel dobbeltdiagnosebehandling. I den integrerede behandling foregår psykiatrisk behandling og rusmiddelbehandling samlet i regionen. I den parallelle behandling foregår den psykiatriske behandling i regionen og rusmiddelbehandlingen i kommunen. Visitationsretningslinjen understreger, at den parallelle behandling altid bør koordineres på tværs af de to sektorer.

Er en borger indlagt til psykiatrisk behandling, har regionen ansvaret for både psykiatrisk behandling og rusmiddelbehandling under indlæggelsen. Det gælder også, hvis borgeren før og efter indlæggelsen får parallel behandling. Regionen har derudover altid ansvar for akut, kompliceret abstinensbehandling og behandling af akut alkoholforgiftning.

Mange borgere med dobbeltdiagnose har behov for integreret behandling og parallel behandling i forskellige faser af deres behandlingsforløb. Det er illustreret i visitationsretningslinjen med nedenstående behandlingstrappe.



I behandlingsforløb, hvor kommunen har ansvaret for rusmiddelbehandlingen, har kommunen efter serviceloven valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser eller træffe aftale med region, anden kommune eller privat udbyder om behandlingstilbud. Kommunen skal sikre et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper, herunder personer med dobbeltdiagnose. Det kommunale behandlingssystem må ikke afvise udredning og behandling af personer med en rusmiddelproblematik, fordi de har en psykisk lidelse.

Regionen har efter sundhedsloven ansvaret for behandling i praksissektoren og sygehusvæsenet, og behandling af en psykisk lidelse er derfor altid regionens ansvar. Behandlingen kan foregå ved praktiserende læge, praktiserende psykolog, praktiserende speciallæge i psykiatri eller i sygehusvæsenet. Regionen har derudover ansvaret for rusmiddelbehandling i forløb med integreret dobbeltdiagnosebehandling. Denne behandling foregår altid i sygehusvæsenet. Regionen må ikke afvise udredning og behandling af personer med en behandlingskrævende psykisk lidelse, fordi de har en rusmiddelproblematik.

Kriminalforsorgen har ansvar for rusmiddelbehandling til personer, der er indsat i Kriminalforsorgens institutioner.

Henvisning til integreret dobbeltdiagnosebehandling

Generelle retningslinjer for henvisning til psykiatrisk behandling er beskrevet i et særskilt afsnit i samarbejdsaftalen. Retningslinjerne er fortsat gældende, men derudover gælder følgende tilføjelser for henvisning til integreret dobbeltdiagnosebehandling:

For borgere med et aktuelt forløb i den regionale behandlingspsykiatri kan kommunal myndighed eller rusmiddelenhed henvise til integreret behandling ved at kontakte det ambulatorie, hvor borgeren modtager sin psykiatriske behandling. Herefter vil den behandlingsansvarlige læge vurdere, hvorvidt borgeren er i målgruppe for integreret behandling. Overgangen til den integrerede behandling koordineres på et netværksmøde.

For borgere uden et aktuelt forløb i den regionale behandlingspsykiatri kan kommunal myndighed eller rusmiddelenhed henvise til integreret behandling ved at sende en henvisning til den centrale visitation (Center for Visitation og Diagnostisk) i Region Hovedstaden. Det skal være en læge, der signerer henvisningen, og det kan fx være en læge fra rusmiddelenheden eller borgerens praktiserende læge.

Region og kommuner har sammen udarbejdet en henvisningsblanket, som skal benyttes, når borgere uden et aktuelt forløb i den regionale behandlingspsykiatri henvises til integreret behandling. Uanset hvilket henvisningssystem der anvendes, skal der vedhæftes en udfyldt henvisningsblanket ved henvisning til integreret behandling.

Opfyldelse af behandlingsgaranti kræver særlig markering

Borgere, som visiteres til integreret behandling, har en behandlingsgaranti på 14 dage. Henvisninger til integreret behandling skal markeres tydeligt med teksten "Integreret dobbeltdiagnosebehandling" for at sikre, at behandlingsgarantien overholdes.

Samarbejde i dobbeltdiagnosebehandlingen

En klar ansvarsfordeling i den integrerede og parallelle dobbeltdiagnosebehandling kan ikke stå alene. I overgangene mellem integreret og parallel behandling skal der være et øget fokus på patientsikkerhed og tæt koordination på tværs af sektorer. I den parallelle behandling skal der desuden være systematisk koordination på tværs af sektorerne, hvis behandlingen skal have effekt. Borgere med dobbeltdiagnose har ofte et lavere funktionsniveau på grund af deres mangesidede udfordringer og kan derfor ikke forventes selv at varetage den tværsektorielle koordination.

I den parallelle behandling kan det i nogle tilfælde være en privat leverandør, der står for rusmiddelbehandlingen. På trods af dette skal den parallelle behandling altid indledningsvist koordineres mellem region og kommune. Efter aftale med kommunen, kan regionen efterfølgende koordinere den videre behandling med den private leverandør.

Tværsektorielle netværksmøder

For både parallel og integreret dobbeltdiagnosebehandling gælder det, at behandlingen som minimum skal koordineres mellem region og kommune på tværsektorielle netværksmøder ved opstart og afslutning af behandlingen. Den part, som afgiver behandlingsansvar, skal indkalde til og afholde netværksmødet.

Se mere i afsnittet om tværsektorielle netværksmøder i samarbejdsaftalen.

Netværksmøder som koordineret indsatsplan

I det tværsektorielle samarbejde om parallel dobbeltdiagnosebehandling er det et krav at udarbejde koordinerende indsatsplaner for borgere med svær psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. En koordinerende indsatsplan anvendes for at skabe overblik over borgerens aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i den parallelle behandling.

Møder om koordinerende indsatsplaner holdes som tværsektorielle netværksmøder, hvor der laves konkrete aftaler og planer for samarbejdet om den parallelle behandling. Den part, der bliver opmærksom på, at der er behov for et tværsektorielt samarbejde om behandlingen, skal indkalde til og afholde netværksmødet.

Motivation

Det er en forudsætning for at yde henholdsvis integreret og parallel dobbeltdiagnosebehandling, at borgeren ønsker en samtidig rusmiddelbehandling og psykiatrisk behandling. Borgerens motivation til at indgå i behandlingen kan være svingende. I de tilfælde er de behandlingsansvarlige parter på tværs af region og kommune forpligtiget til at holde fast i behandlingen og arbejde med borgerens motivation. Det indebærer blandt andet at koordinere med den anden sektor og opsøge borgeren, hvis vedkommende ikke møder op til aftaler.

Manglende samtykke

Giver borgeren ikke samtykke til integreret eller parallel dobbeltdiagnosebehandling, skal den behandlingsansvarlige part løbende og over en længere periode motivere borgeren til at opstarte behandlingen og samtykke til, at den koordineres på tværs af sektorer.

Brobygning og følgeskab ved overgange

Den behandlingsansvarlige part skal gennem brobygning støtte borgeren i opstart og fastholdelse af psykiatrisk behandling og/eller rusmiddelbehandling i den anden sektor, når det er relevant for behandlingsforløbet. Det betyder, at behandlingsansvaret ikke slippes før det er overtaget i den anden sektor, og at borgeren skal støttes så konkret og pragmatisk som muligt gennem:

- henvisning til behandling
- booking af indskrivningssamtale
- fysisk følgeskab til indskrivningssamtale, behandlingsopstart og eventuelt efterfølgende behandling
- tværsektoriel videndeling over telefon og på fysiske og virtuelle, tværsektorielle (netværks)møder.

Hvis rusmiddelbehandlingen påbegyndes under et indlæggelsesforløb i regionen, og efterfølgende skal fortsættes i en parallel behandlingsindsats, skal der med samtykke fra borgeren, tages kontakt til den kommunale rusmiddelbehandling for at sikre, at behandlingen bliver ført videre efter udskrivning. Det gælder også i tilfælde, hvor borgeren efter udskrivning fortsætter behandling for den psykiske lidelse i ambulant regi eller hos egen læge.

Det er vigtigt, at der under en indlæggelse er et tæt samarbejde mellem det psykiatriske center, kommunen, egen læge, borgeren og eventuelt dennes pårørende for at sikre, at borgeren fortsætter i rusmiddelbehandling efter udskrivning – uagtet om den foregår i region eller kommune. Dialog og samarbejde kan med fordel ske med afsæt i et eller flere tværsektorielle netværksmøder.

Abstinensbehandling

Har borgeren behov for abstinensbehandling i overgangen fra en sektor til en anden, skal abstinensbehandlingen startes af den sektor, hvor borgeren aktuelt modtager behandling eller har opsøgt behandling. Herefter skal den samlede behandling overdrages sikkert til den sektor, der fremadrettet skal varetage behandlingen. For alkoholabstinensbehandling gælder det, at behandlingen skal gøres færdig inden behandlingsansvaret overdrages.

Alkoholabstinensbehandling er gjort færdig, når borgeren over en periode på seks timer scores uden abstinenser. Behandles borgeren med chlordiazepoxid, skal sedationen være aftaget tilstrækkeligt til, at overdragelsen kan foregå uproblematisk.

Samarbejde med almen praksis

Når region eller kommune ordinerer medicinsk rusmiddelbehandling, er det obligatorisk at opdatere FMK for at sikre, at borgerens egen læge kan få information om behandlingen, så der kan tages højde for det ved ordination af somatisk medicin. Tilsvarende skal FMK opdateres, når medicinsk rusmiddelbehandling ophører.