



NOTAT

Genoptræning og træning i henhold til genoptræningsplaner og forløbsprogrammer

Godkendt af Den Administrative Styregruppe (DAS) den 4. november 2016.

Bemærkninger

Gennemgået og justeret (XRef01 rettet til XREF15) af Tværsektorielt samarbejdsforum for genoptræning og rehabilitering november 2023

Genoptræning og træning i henhold til genoptræningsplaner og forløbsprogrammer

Notat fra arbejdsgruppe vedr. genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler vedr. genoptræning og rehabilitering i relation til forløbsprogrammerne (XREF15) og genoptræningsplaner (G-GOP).

Arbejdsgruppens væsentligste konklusioner er opsummeret i nedenstående boks, og baggrunden herfor uddybes på de efterfølgende sider. Til sidst præsenteres en række case-historier.

Henvisning fra hospital til genoptræning og forløbsprogrammer i kommunerne

Ved udskrivning fra hospital vurderes:

- Om patienten er berettiget til genoptræning i henhold til Sundhedsloven. I så fald udarbejdes en genoptræningsplan, som sendes via G-GOP til hjemkommunen.
- Om patienten er omfattet af et forløbsprogram. I så fald sendes en henvisning til forløbsprogrammet til hjemkommunen via XREF15.

- Der vil være patienter, som både har krav på genoptræning og som omfattes af et forløbsprogram. I så fald sendes både en genoptræningsplan og en henvisning til et forløbsprogram. Disse henvisninger kan ikke samles.
- For patienter der både er berettigede til genoptræning og henvises til et forløbsprogram omfattende fysisk træning, er det et kommunalt ansvar at sikre sammenhæng for patienten.

Baggrunden for denne konklusion er præsenteret i nedenstående afsnit:

1. Definitioner af genoptræning, rehabilitering, habilitering og recovery.
2. Forløbsprogrammernes tilbud om træning/fysisk aktivitet
3. Sammenhæng/overlap mellem genoptræning og træning i Forløbsprogram
4. Henvisning fra hospital til forløbsprogram i kommuner
5. Eksempler på patienthistorier i relation til henvisninger ved forløbsprogrammer.

Definitioner

Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus trådte i kraft pr. 1. januar 2015. På baggrund heraf er der udarbejdet vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

I dette notat gives en kort beskrivelse af tre definitioner, der er lovmæssigt forankret:

- "genoptræning", herunder vedligeholdelses træning
- "rehabilitering"
- "specialiseret rehabilitering"

Disse tre definitioner er afklarende ift. om der skal laves en GOP og/eller en Ref01. Der er lagt vægt på konteksten, dvs. disse begreber ift. forløbsprogrammerne, og det er således ikke en fyldestgørende juridisk gennemgang.

Desuden beskrives to faglige definitioner:

- "habilitering"
- "recovery".

Alle definitionerne er beskrevet for at sikre en gensidig og fælles forståelse af begreberne, som ofte benyttes i forbindelse med genoptræningsforløb.

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

Genoptræningsområdet er dækket af to lovgivninger: Sundhedsloven og Serviceloven.

Vedligeholdelsestræning defineres ifølge Serviceloven som en vedligeholdelse af fysiske eller psykiske færdigheder, som tilbydes personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, har behov herfor.

Der findes 4 niveauer af genoptræning og rehabilitering:

1. genoptræning på basalt niveau
2. genoptræning på avanceret niveau
3. genoptræning på specialiseret niveau og
4. rehabilitering på specialiseret niveau.

Ad 1. Genoptræning på basalt niveau

Patienter, der henvises til alment ambulant genoptræning og efterfølgende visiteres af kommunen til at modtage genoptræning på basalt niveau, har typisk enkle og afgrænsede funktionsevnenedsættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehus, der har betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Ad 2. Genoptræning på avanceret niveau

Patienter, der henvises til alment ambulant genoptræning, og herefter visiteres af kommunen til at modtage genoptræning på avanceret niveau, har typisk omfattende funktionsevnenedsættelser ofte af betydning for flere livsområder, herunder evt. komplikationer i behandlingsforløbet på sygehus af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Ad 3. Genoptræning på specialiseret niveau

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, herunder eventuelt alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen. Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulant sygehusbehandling.

Ad 4. Specialiseret rehabilitering

Rehabilitering på specialiseret niveau som begreb defineres som rehabilitering, hvilket er beskrevet nedenfor.

Rehabilitering på specialiseret niveau omfatter dog kun patienter med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsnedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

"Rehabilitering" defineres i forløbsprogrammerne ud fra *"Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet"*: "Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."

"Habilitation"

Definitionen af habilitation beror på en faglig definition, da der ikke findes lovgivning på området.

Habilitation baserer sig på den samme grundlæggende tankegang som rehabilitering, men adskiller sig ved, at:

- Dreje sig om *børn og unge med medfødt eller tidligt erhvervet funktionshæmning*
- Barnet skal for at det kan udvikle sig på trods af funktionshæmningen støttes og vejledes til at opnå kunne, viden og erfaring. Barnet har ingen forudgående erfaring, som den voksne med en erhvervet lidelse. Gennem hensigtsmæssig tilrettelæggelse af omgivelserne og under specialiseret vejledning, må barnet derfor gives mulighed for at afprøve egne muligheder og udvikle en forestilling om fremtidige mål.
- Indsatsen er ikke tidsbegrænset. Barnet vil ofte have behov for behandling og støtte under hele opvæksten med inddragelse af fagpersoner.

"Recovery" Her beskrives en faglig definition af recovery, da der ikke findes lovgivning på området. Recovery er dybt personlig, unik forandringsproces med hensyn til ens holdninger, værdier og mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende liv på præget af håb og aktiv medvirken selv med de begrænsninger, der er forårsaget af sygdom. Recovery indebærer udvikling af ny mening og nyt formål i ens liv.

Definition ved W.A. Anthony. Kilde: Wilken JP & Den Hollander D. Rehabilitering og recovery. En integreret tilgang, s.41, Akademisk forlag, 2008

I Børne- og Ungdomspsykiatrien defineres recovery som "en personlig og relationel udviklingsproces, hvor barnet får mulighed for at opnå en så almindelig opvækst som muligt: udvikle sig emotionelt, kognitivt og socialt bedst muligt

og dermed blive i stand til at leve et tilfredsstillende liv på trods af de begrænsninger og symptomer, sygdommen måtte påføre barnet. I nogle tilfælde afhænger barnets recovery af en parallel udviklingsproces hos forældrene.”

Definition udarbejdet i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden 2013 med udgangspunkt i Anthonys definition.

Lovgivning vedr. genoptræning:

Genoptræning er dækket af 2 lovgivninger: Sundhedsloven (SL) og Serviceloven (SEL).

- Sundhedsloven (SL § 140) redegør for lovgivningen omkring genoptræning. Genoptræningen gives efter en genoptræningsplan (SL § 84). Borgeren har, når visse betingelser er opfyldt, krav på dækning af transportudgifter i forbindelse med genoptræning (SL § 171-172).
- Serviceloven fastslår (SEL § 86,1), at kommunerne skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

Træning i forløbsprogrammerne¹

Forløbsprogrammerne er aftaler mellem regionen og kommunerne. Den træning, der indgår i programmerne, er omfattet af Sundhedslovens § 119 om forebyggelse og sundhedsfremme, der i modsætning til SL § 84 og SL § 140 om genoptræning ikke giver detaljerede bestemmelser om patientens/borgerens individuelle retskrav.

Overlap mellem ”genoptræning” og ”træning” i henhold til forløbsprogrammer

Nogle patienter vil både have krav på genoptræning og opfylde inklusionskriterierne for et forløbsprogram. Dette må dog holdes adskilt på grund af deres forskellige juridiske grundlag. Dvs. ved udskrivning skal det vurderes:

- Om patienten er berettiget til genoptræning i henhold til Sundhedsloven. I så fald udarbejdes en genoptræningsplan (G-GOP), som sendes til hjemkommunen
- Om patienten er omfattet af et forløbsprogram, hvilket hjemkommunen i så fald informeres om elektronisk via XREF15.

¹ Her tænkes på Region Hovedstadens forløbsprogrammer for KOL, Type 2 diabetes, hjertekarsygdom og kræft samt i det omfang det bliver relevant lænderyglidelser.

I nogle situationer skal der således både udarbejdes en genoptræningsplan og en henvisning til et forløbsprogram. Dette kan ikke samles i en henvisning. En genoptræningsplan kan ikke erstattes af eller omfatte en henvisning til et forløbsprogram.

I kommunerne vil der tilsvarende for samme patient kunne modtages både en genoptræningsplan og en henvisning til forløbsprogram. Det er så kommunens ansvar at sikre patienten et sammenhængende forløb. Da genoptræningen skal igangsættes jf. genoptræningsplanen og med overholdelse af gældende tidsfrister, vil det i praksis sige, at det er den genoptræning, som eventuelt skal tilbydes som supplement i henhold til forløbsprogrammerne, der skal tilpasses.

Henvisning fra hospital til forløbsprogram i en kommune

Ved henvisning fra hospital til forløbsprogrammer i kommunalt regi skal standarden XREF15 benyttes. Det er således ikke en mulighed at bruge genoptræningsplanen (G-GOP) hertil.

Eksempler på patientcases i relation til henvisninger ved forløbsprogrammer

CASE 1:

78-årig kvinde med generelt noget lavt funktionsniveau og let overvægt. I forbindelse med faldepisode pådrager patienten sig en højresidig collum femoris fraktur. Indlægges på hospital. Behandles med osteosynthese.

I forbindelse med rutineblodprøver rejses der mistanke om en diabetes. Patienten tilses af medicinsk afdeling, der efter supplerende blodprøver vurderer, at det drejer sig om en DM type-2, for hvilken patienten påbegynder medicinsk behandling. Patientens diabetes anses for ukompliceret og det vurderes, at fortsat kontrol kan foregå via egen læge. Tilhører stratificeringsgruppe 1 / 2. Påbegynder under indlæggelsen mobilisering, men har på baggrund af sin collum femoris fraktur et klart færdighedstab. Udskrives på 8. dagen til egen bolig. Ved udskrivelsen udfærdiges - pga. et lægefagligt vurderet behov - en genoptræningsplan (G-GOP). Samtidig vurderes det, at patienten vil kunne profitere af et kommunalt tilbud om at indgå i forløbsprogram for DM type-2, hvorfor der samtidig udfærdiges og fremsendes XREF15 til kommunen.

CASE 2:

72-årig mand, ryger, med generelt lavt aktivitetsniveau igennem nogle år. Aleneboende. Har praktisk bistand 1 gang ugentligt. På grund af nyopståede svære abdominalsmerter indlægges patienten akut på hospital, hvor der konstateres betændelse i galdevejene, formentlig på baggrund af passage af galdesten. Indenfor de første dage udvikler patienten samtidig pneumoni. Påbegynder IV-antibiotikabehandling. På mistanke om respirationsinsufficiens tilses patienten af lungemediciner, der vurderer, at patienten har en begyndende KOL, stratificeres til gruppe 1 / 2. Efter 10 dages behandling vurderes det samlet, at patienten stort set er i sin habitualtilstand, også hvad angår færdighedsniveauet og der vurderes ud fra et lægefagligt begrundet behov, at der ikke er et egentligt færdighedstab i forbindelse med aktuelle indlæggelse. Udskrives til egen bolig igen. Det skønnes, at patienten vil kunne profitere af kommunalt forløbsprogram for KOL, hvorfor der fremsendes XREF15 til kommunen med henblik på dette.

CASE 3:

82-årig kvinde med kendt DM type-2. Har for ca. 1 år siden været igennem kommunalt forløbsprogram. Har generelt været noget dårligt mobiliseret pga. forskellige arthrosesygdomme, men har dog kunnet færdes frit rundt uden gangredskab. Indlægges akut på mistanke om svær cystit, som udvikler sig til sepsis. Påbegynder IV-antibiotikabehandling og bedres langsomt under dette. Efter 14 dage skønnes patienten samlet at være færdigbehandlet. Patientens diabetes skønnes ikke at kræve yderligere behandlingsinitiativer. På udskrivningstidspunktet er patienten mobiliseret med rollator. Er præget af gangusikkerhed. Det vurderes, at der efter et lægefagligt begrundet behov fortsat er et relativt stort funktionstab under indlæggelsen, og patienten kan profitere af yderligere genoptræning, hvorfor der udfærdiges genoptræningsplan (G-GOP), der fremsendes til kommunen med henblik på almen genoptræning på basalt niveau. Der vurderes ikke at være behov for yderligere i forhold til patientens diabetes, udover fortsat kontrol hos egen læge, hvorfor det ikke er relevant med henvisning til forløbsprogram.

CASE 4:

67-årig mand, der er aleneboende, storryger. Indenfor de sidste 2 år haft pneumoni x 3. Primært behandlet via egen læge. Har i en længere periode været præget af tiltagende funktionsdyspnoe. Indlægges højfebril på hospital. Der konstateres svær pneumoni. Indenfor det første døgn fremtræder patienten med svær respirationsinsufficiens. Overflyttes i en kortere periode til ITA. Påbegynder IV-antibiotikabehandling. I det videre indlæggelsesforløb udredes patienten lungemedicinsk. Fremtræder med betydeligt nedsat lungekapacitet, FEV <30 %. Patientens tilstand stabiliseres langsomt. Samlet vurderes det, at patienten har svær KOL-sygdom, hørende til stratificeringsgruppe 3. Lægefagligt vurderes, at han ved afslutningen af indlæggelsesforløbet samlet har haft

et relativt stort funktionstab, hvorfor der udfærdiges genoptræningsplan (G-GOP) med henblik på, at patienten får tilbudt genoptræning på specialiseret niveau under henvisning til stratificeringsniveau, samt Snitfladekatalog. Påbegynder genoptræning efter udskrivelse til hjemmet. Efter en periode på 8 uger, er patientens tilstand yderligere stabiliseret og han skønnes stort set at have samme funktionsniveau, som i perioden op til indlæggelsen. Det vurderes, at han nu tilhører stratificeringsgruppe 2 og vil kunne profitere af deltagelse i et kommunalt forløbsprogram for KOL, hvorfor der på dette tidspunkt fremsendes XREF15 til kommunen.

CASE 5:

58-årig mand, som igennem en årrække har været adipøs med BMI på ca. 35. Har over en periode følt sig tiltagende træt. Der har været flere episoder med blærebetændelse. Udredes i første omgang hos egen læge, der på mistanke om diabetes finder, at der er grundlag for henvisning til diabetesambulatorium på hospital. Efter yderligere udredning konkluderes det, at patienten har en DM type-2. Der påbegyndes behandling for dette. Der er fundet en række komplicerende faktorer i form af hypertension og nedsat nyrefunktion. Samlet vurderes patienten til at være i stratificeringsgruppe 3.

Sideløbende med udrednings- og behandlingsforløbet tilbydes patienten at indgå i diabetesambulatoriets patientskole/forløbsprogram for DM type-2. Der vurderes ikke at være et lægefagligt behov for fortsat genoptræning. Patienten har været selvhjulpne og er frit mobil. Der er ikke grundlag for udarbejdelse af genoptræningsplan (G-GOP) eller udfærdigelse af XREF15 til kommunen, idet hele forløbet sker i hospitalsregi.

Ved afslutningen af forløbet fremsendes notat/epikrise til egen læge med henblik på, at fortsat kontrol sker i egen læges regi.