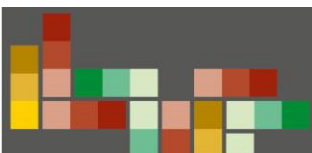
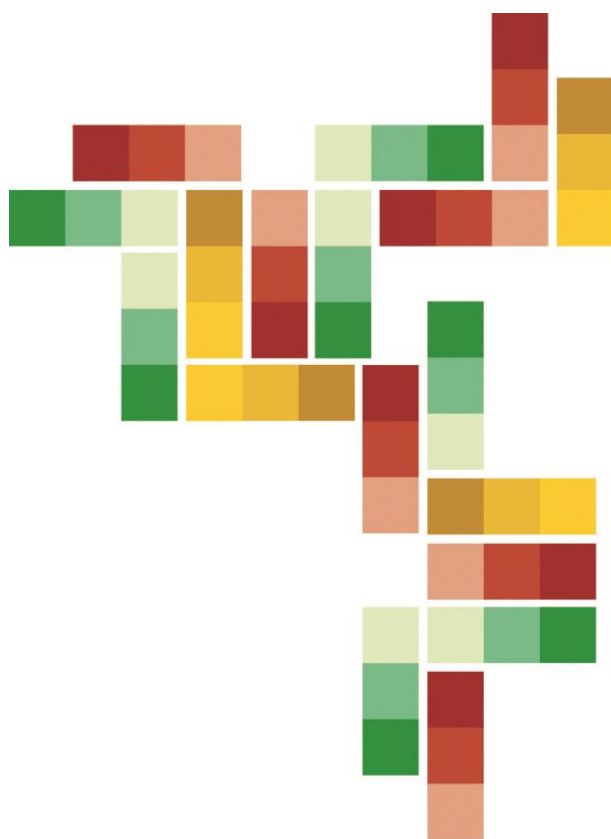


Snitfladebeskrivelse for samarbejdet mellem sektorer om genoptræning - efter sundhedslovens § 140 - af borgere, der udskrives fra psykiatriske centre





SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommuner og almen praksis

Indhold

1. Baggrund	4
1.1 Afgrænsning	4
1.2 Formål	5
1.2 Målgruppe for beskrivelsen.....	5
1.3 Læsevejledning	5
2. Lovgivning og begreber.....	6
2.1 Hvem har ret til en genoptræningsplan?	6
2.2 Hvad er genoptræning?	6
2.3 Funktionsevne og funktionsevnenedsættelse	6
3. Den faglige vurdering af genoptræningsbehovet	8
3.1 Hvornår er en genoptræningsplan ikke aktuel?	8
4. Cases	10
4.1 Cases hvor en almen genoptræningsplan vurderes relevant	10
4.2 Cases, hvor en almen genoptræningsplan ikke vurderes relevant	14
5. Kommunikation om genoptræning.....	16
5.1 Udarbejdelse af genoptræningsplanen	16
5.2 Sammenhæng og koordination.....	17
6. Når almen genoptræning ikke er en del af løsningen, hvilke muligheder er der så?	18
7. Bilag.....	19
Bilag 1: Oversigt over typiske funktionsevnetab hos den psykiatriske patient	19
Bilag 2: Lovgivning	21
Bilag 3: Arbejdsgruppens sammensætning	22

1. Baggrund

Det er et fælles ansvar mellem region og kommune, at borgere med nedsat funktionsevne, relateret til somatisk eller psykisk sygdom, tilbydes et sammenhængende rehabiliterings- og/eller genoptræningsforløb af høj faglig kvalitet, med henblik på at de får mulighed for at vende tilbage til et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv, trods de funktionstab, som sygdom kan medføre. Her udgør genoptræning ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats for borgeren.

Denne snitfladebeskrivelse vedrører alene voksne borgere med psykiske lidelser. Samarbejdet om børn og unge med psykiske lidelser og deres behov for en genoptræningsplan skal afdækkes og beskrives for sig.

Med vejledningen fra 2015 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner præciserede Sundheds- og indenrigsministeriet:

"...at retten til genoptræning efter udskrivning fra sygehus omfatter alle patienter uanset diagnose og alder, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt. Dette gælder også patienter, der udskrives fra en psykiatrisk afdeling."¹

Eksisterende snitfladekataloger om genoptræning for Region Hovedstaden og kommunerne har hidtil ikke beskrevet funktionsevnenedsættelser, der relaterer sig til psykiske lidelser. Arbejdsgruppen vedrørende genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler, i regi af Sundhedsaftalen 2015-2018, har derfor haft til opgave at lave en beskrivelse målrettet borgere med en psykisk lidelse.

Arbejdet har afdækket, at der eksisterer sparsom viden om, hvilke behov der bør og kan dækkes med en genoptræningsplan i relation til psykisk lidelse. Der er derfor blevet arbejdet med case gennemgange og tværsektorielle gennemgange af aktuelt indlagte patienter med det formål at undersøge dette. Denne snitfladebeskrivelse er et første forsøg på at få konkretiseret, hvordan kommuner og psykiatri kan samarbejde om denne målgruppe. Det er håbet, at det kan blive et afsæt for at få skabt viden, erfaringer og kompetencer gennem dialog og samarbejde om konkrete borgere, som kan danne grundlag for en ny version af snitfladebeskrivelse om et par år.

1.1 Afgrænsning

Snitfladebeskrivelsen har fokus på, hvilke funktionsevnenedsættelser, som voksne borgere kan have i forbindelse med indlæggelse for en psykisk lidelse, og hvornår det er lig med et behov for en genoptræningsplan.

Beskrivelsen berører i mindre grad:

- Snitfladen mellem almen genoptræning (leveres af kommune) og specialiseret ambulante genoptræning (leveres af hospital)²

Beskrivelsen berører ikke:

- Snitfladerne mellem genoptræning, behandling og socialpædagogiske indsatser

¹ Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og Regioner: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202373>

² Niveauerne almen og specialiseret genoptræning, samt specialiseret rehabilitering er nærmere beskrevet i Vejledning om genoptræning, jf. forudgående fodnote.

- Specialiseret rehabilitering³
- Genoptræning til børn og unge.

1.2 Formål

Formålet med denne snitfladebeskrivelse er at beskrive samarbejdet mellem sektorer om genoptræning af borgere ved udskrivelse fra et psykiatrisk center, herunder:

1. En nærmere afgrænsning af, hvornår psykiatriske patienter kan have et lægefagligt begrundet behov for en genoptræningsplan
2. Opmærksomhedspunkter i forbindelse med den faglige vurdering
3. Kommunikation / arbejdsgange i forbindelse med udarbejdelse af genoptræningsplan
4. Opmærksomhedspunkter i relation til andre aftaler og lovgivninger

Beskrivelsen er vejledende og der er ikke tale om en facitliste.

1.2 Målgruppe for beskrivelsen

Snitfladebeskrivelsen er et understøttende arbejdsredskab for læger eller hvor opgaven er delegeret til fysioterapeuter og ergoterapeuter, som henviser og/eller genoptræner borgerne på de psykiatriske centre eller i kommunerne.

Det kan ligeledes være relevant for psykologer, sygeplejersker og social- og sundhedsfagligt personale på de psykiatriske centre og i kommunerne, der arbejder med borgere med psykiske lidelser og overgangene mellem sektorerne.

1.3 Læsevejledning

Beskrivelsen introducerer først de centrale begreber og funktionsevnetab hos borgere med psykiske lidelser. Herefter beskrives de faglige overvejelser, fulgt af cases. Til sidst beskrives kommunikation om genoptræningsplanen.

³ Samarbejdet om specialiseret rehabilitering mellem Region Hovedstaden og kommunerne er beskrevet i Implementeringsplan for rehabilitering ved erhvervet hjerneskade:

<https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktoejskasse/Documents/Implementeringsplan%20for%20forløbsprogram%20for%20rehabilitering%20af%20voksne%20med%20erhvervet%20hjerneskade.pdf>.

2. Lovgivning og begreber

I det følgende beskrives lovgivningen, og de centrale begreber uddybes.

2.1 Hvem har ret til en genoptræningsplan?

Patienter har ret til en genoptræningsplan senest på udskrivningstidspunktet (det vil sige ved afslutning af hospitalskontakt), når der foreligger et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt. Det kan være i forbindelse med et forløb på stationært afsnit, i et ambulatorium eller akut modtageafsnit. Vurderingen skal være konkret og individuel. Kommunen kan ikke tilsidesætte den lægefaglige vurdering af patientens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov, herunder om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau⁴.

Hvis der opstår tvivl om, hvorvidt borgeren skal have en genoptræningsplan til almen genoptræning, anbefales det, at det pågældende hospital går i dialog med borgerens kommune.

Retten til en genoptræningsplan gælder alle patienter, uanset diagnose og alder, men denne beskrivelse har kun fokus på voksne. Genoptræningsbehovet tager udgangspunkt i funktionstab (kropsligt, kognitivt, emotionelt, socialt, bevægelse og aktivitet) - ikke en specifik somatisk eller psykiatrisk diagnose.

Genoptræningsplanen skal udarbejdes i samarbejde med patienten. Patienten skal give samtykke til planen, og at den må videresendes til egen læge samt borgerens kommune.

Der henvises i øvrigt til 'Vejledning om genoptræning og vedligeholdende træning i kommuner og regioner', som til hver en tid skal følges.

2.2 Hvad er genoptræning?

I vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner defineres genoptræning som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende, og personale. Formålet er, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter, dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til for eksempel bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger.

Genoptræning efter sundhedsloven varetages af autoriseret sundhedsfagligt personale, typisk en fysioterapeut eller ergoterapeut.

2.3 Funktionsevne og funktionsevnenedsættelse

International klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF), er en central del af den tværfaglige begrebsramme på tværs af faggrupper og sektorer. ICF anvendes i snitfladebeskrivelsen som ramme til at understøtte kommunikationen ved at beskrive helbred og helbredsrelateret tilstande, som har betydning for menneskets dagligdag⁵.

⁴ Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og Regioner: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202373>

⁵ WHO'S ICF terminologi (International Classification of Functioning, Disability and Health) <https://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf>

Kroppens funktion og anatomi samt individets udførelse af aktiviteter og involvering i dagligdagen kan samlet udtrykkes i en positiv vending, som menneskets samlede funktionsevne. Omvendt kan de kropslige mangler og begrænsninger, der må være i aktivitet og deltagelse i tilværelsen, beskrives som menneskets funktionsnedsættelse, funktionsevne og funktionsnedsættelse er dog altid betinget af de kontekstuelle faktorer, omgivelserne samt de personlige faktorer og skal derfor betragtes i et dynamisk samspil for at repræsentere helheden af det enkelte individ.

Funktionsevnen består af:

- *Kroppens funktioner og anatomi.* "Kroppen" forstås som hele den menneskelige organisme, dvs. også hjernen og dens funktioner.
- *Aktivitet og deltagelse* dvs. en persons udførelse af en aktivitet, en opgave eller handling og involvering i dagliglivet.
- *Kontekstuelle faktorer* dvs. betingelser for et menneskes liv og levevilkår i det omgivende samfund.

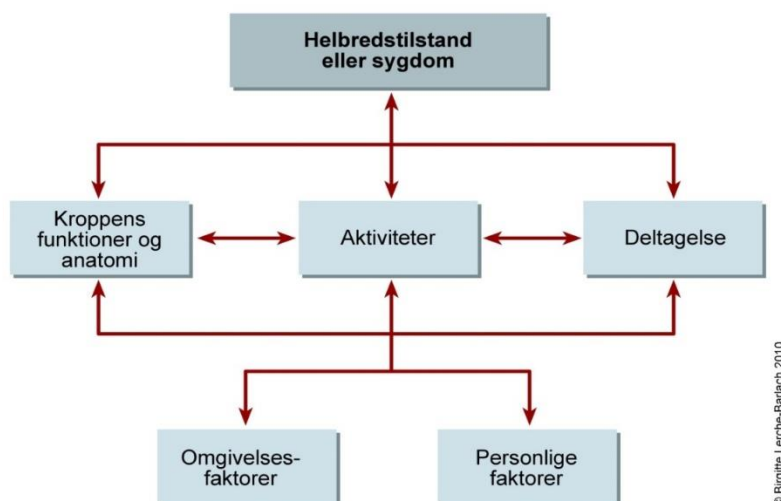


Fig.1. ICF-modellen, som viser hvordan de forskellige komponenter er forbundet og gensidigt påvirker hinanden.

Fx kan en mental *funktionsnedsættelse* som "nedsat energi og handlekraft" på baggrund af en depression føre til passivitet og isolation og dermed *aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger*. Det kan være svært at opretholde daglige rutiner og struktur på hverdagen og kroppen vil svækkes af længere tids inaktivitet. Der er opstået et *funktionsevnetab*. Funktionsevnetabet består i dette eksempel af såvel mentale og fysiologiske funktionsnedsættelser som begrænsninger i dagligliv og livsudfoldelse (aktivitet og deltagelse). Vurdering af funktionsevnetab er en del af den faglige vurdering af genoptræningsbehovet.

3. Den faglige vurdering af genoptræningsbehovet

Der indgår mange aspekter i vurderingen af, om en patient er i målgruppen for den tidsafgrænsede og målrettede proces, som genoptræning er. *Genoptræningsbehovet* udtrykker patientens behov for den professionelle indsats, som er nødvendig for, at patienten kan udnytte sit fulde potentiale.

Den faglige vurdering baseres på følgende:

1. Funktionsevnetabet

- *Er der ved udskrivelse kropslige funktionsnedsættelser og/eller aktivitets-/deltagelsesbegrænsninger relateret til den aktuelle indlæggelse eller sygehuskontakt?*
- *Kan funktionsevnetabet genoptrænes gennem træning af kroppens funktioner og aktiviteter?*

2. Indsatsen

- *Er behovet en sundhedsfaglig indsats?*
- *Er der tale om en indsats der kan målrettes og tidsbegrænses?*

3. Patientens potentiale

- *Hvad er patientens mulighed for at opnå bedring og evt. generhverve sin funktionsevne?*
- *Hvordan er patientens motivation for genoptræning?*
- *Kan patienten give samtykke til planen?*

Beskrivelse af behov for genoptræning sker med baggrund i både patientens egen og den (læge)faglige vurdering af behovet samt patientens motivation. Det skal desuden overvejes om andre indsatser er nødvendige for at genoptræningen kan gennemføres. Det kan fx være behov for støtte til at komme til genoptræning, hjælp til at huske aftaler etc.

3.1 Hvornår er en genoptræningsplan ikke aktuel?

En almen genoptræningsplan er ikke aktuel, hvis der kan svares ja til et eller flere af nedenstående spørgsmål:

- Borgeren ønsker ikke at give samtykke til deling af data mellem region og kommune, hvilket umuliggør udarbejdelse af en genoptræningsplan.

- Borgeren ønsker ikke at genoptræne på trods af, at hospitalet har anbefalet dette og ser et genoptræningspotentiale hos borgeren.
- Borgerens behov for genoptræning relaterer sig ikke til den aktuelle sygehuskontakt.⁶
- Borgeren har komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, herunder evt. alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen. Dette udløser en specialiseret genoptræningsplan, der varetages i regions regi⁷.

⁶ Arbejdsgruppen fortolker aktuel sygehus kontakt forholdsvis bredt. Der kan godt være tale om et forløb med flere indlæggelser over en kortere periode, fx 1/2-2 år, som relaterer sig til det samme symptom/billede/lidelse. Derimod er det fx ikke mange års inaktiv livsstil.

⁷ Niveauer for genoptræning er nærmere beskrevet i afsnit 4 i Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og Regioner:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202373>

4. Cases

For at konkretisere hvordan de faglige vurderinger kan falde ud følger her nogle cases. Der er derfor et snævert fokus på genoptræning i beskrivelsen, og andre samtidige indsatser, som fx behandling eller socialpædagogiske tilbud, er ikke beskrevet.

4.1 Cases hvor en almen genoptræningsplan vurderes relevant

Case 1: Karen, 73-årig kvinde med depression og psykotiske symptomer

Historik og aktuel indlæggelse

Karen er enke med mange indlæggelser bag sig på grund af tilbagevendende depressiv tilstand, og nu indlagt med depression og psykotiske symptomer. Desuden angst, uro, tvangstanker og vrangforestillinger. Hun har den seneste måned isoleret sig i sin lejlighed og ikke turdet gå på gaden eller været i stand til at klare husholdningen. Karen har tidligere været selvhjulpne og social aktiv.

Under indlæggelsen bliver Karens medicin justeret. Hun støttes i at deltage i afdelingens forskellige aktiviteter og få struktur på hverdagen, hvilket giver ro og forudsigelighed. Sammen med fysioterapeuten trænes angsthåndtering gennem vejtrækningsøvelser og afspændingsteknikker, hvilket hun profiterer af. Med ergoterapeuten påbegyndes træning af indkøb udenfor afsnittet.

Funktionsevne på udskrivningstidspunktet

Ved udskrivelsen er det Karens mål igen at kunne købe ind på egen hånd og genoptage sociale aktiviteter. Hun har stadig brug for støtte til at træne angsthåndtering gennem vejtrækningen og til at træne indkøb. Der udarbejdes en genoptræningsplan. Inden udskrivelsen afholdes et netværksmøde med kommunen, hvor det aftales, at Karen får praktisk hjælp i hjemmet og hjælp til medicinadministration. Hun tilbydes desuden aktiviteter og socialt samvær på frivilligcenter.

Hvorfor en almen genoptræningsplan?

Funktionsevnetab

- Karen har et funktionstab på kropsniveau, som giver begrænsninger på aktivitet og deltagelse i hendes daglige aktiviteter og sociale liv.
- Funktionsevnetabet knytter sig dels til hendes gentagne depressioner men også til hendes aktuelle indlæggelse.

Indsats

- Ved en terapeutisk indsats er det muligt at genoptræne således, at Karen igen kan klare sig selv ved at købe ind.
- Genoptræningen kan målrettes og tidsbegrænses.

Potentiale og motivation

- Karen har et stort genoptræningspotentiale, da hun er i stand til positivt at modtage hjælp og er klar på egne mål for indsatsen (motivation).

Case 2: Bente, 51-årig kvinde med bipolar lidelse

Historik og aktuell indlæggelse

Bente er indlagt for anden gang på 4 år med maniske symptomer. Bente har været stresset i en periode - påtaget sig for mange opgaver på arbejde, overtrænet i fitness og med løb. Hun har svækket opmærksomhed, har svært ved at få gennemført helt almindelige daglige rutiner og sover sparsomt.

Under indlæggelsen opstarter Bente igen stemningsstabiliserende medicin. Hun får hjælp til at sove og finder ro ved sansemodulerende aktiviteter og sanserum. Hun genoptager langsomt fysisk træning med fokus på at lære at træne med opmærksomhed på kroppen og mærke egne grænser. Inden udskrivelsen kan Bente deltage i superviseret cirkeltræning på et lille hold, hvor hun øver at økonomisere med sine kræfter.

Funktionsevne på udskrivningstidspunktet

Ved udskrivelsen har Bente stadig svært ved at mærke egne grænser og passe på sig selv. Opmærksomhed, koncentration og udholdenhed er nedsat. Bente har et ønske om kunne komme tilbage til sit fitnesscenter og det sociale liv der, men er aktuelt for sårbar. Træningen har tidligere givet hende overskud til klare sit arbejde, men lige nu bliver hun meget let overvældet af mange sanseindtryk og mennesker. Der udarbejdes en genoptræningsplan.

Hvorfor en almen genoptræningsplan?

Funktionsevnetab

- Bente har i forbindelse med hendes aktuelle sygdomsforløb et funktionsevnetab på de mentale funktioner og i forhold til aktivitet og deltagelse.
- Funktionsniveauet bedres under indlæggelsen, men hun opnår ikke sin habituelle funktionsevne.

Indsats

- Bente har brug for fortsat superviseret træning i skærmede omgivelser med henblik på at genoptræne kroppens funktioner, samt lære tilpasse sin træning, så hun ikke overtræner.
- Genoptræningen kan målrettes og tidsbegrænses.

Potentiale og motivation

- Bente er motiveret og har allerede oplevet effekten af tilpasset fysisk træning i skærmende rammer.

Case 3. Jørgen, 59-årig mand med periodisk depression og selvmordstanker

Historik og aktuel indlæggelse

Jørgen har efter afskedigelse for 5 år siden og efterfølgende hjerteinfarkt haft flere indlæggelser på psykiatrisk afdeling. Kropsligt oplever Jørgen uro og udtalt træthed, hvorfor han tilbringer mange timer i sengen. Han er opgivende og uden selvværdsfølelse, hvorfor han undgår kontakt med familien. Hans kognitive funktioner som koncentration og opmærksomhed er svækket, og selv almindelige dagligdags gøremål som at tage et bad eller købe ind bliver uoverkommeligt, hvilket påvirker Jørgens egenomsorg, færden og sociale liv.

Jørgen modtager under indlæggelsen flere ECT-behandlinger med god effekt på den depressive tilstand og selvmordstanker. Jørgens udholdenhed, styrke og kognitive funktioner trænes ved deltagelse i afsnittets aktiviteter.

Funktionsevne på udskrivningstidspunktet

Ved udskrivelse kan Jørgen igen varetage egenomsorg, men koncentration og initiativ er svækket og Jørgen udtrættes hurtigt såvel mentalt som fysisk. Der udarbejdes en genoptræningsplan.

Hvorfor en almen genoptræningsplan?

Funktionsevnetab

- Jørgen har et funktionsevnetab i forhold til aktivitet og deltagelse. Han er kropsligt svækket af tidligere hjerteinfarkt og inaktivitet.
- Jørgen er ligeledes i målgruppen til forløbsprogram for hjertesygdomme og der kan sendes en kommunehenvisning (XRef15.)

Indsats

- Funktionsevnen bedres under indlæggelsen, men Jørgen har brug for træning af daglige rutiner og hverdagsliv for igen at kunne fungere i eget hjem og finde tilbage til meningsfulde aktiviteter.
- Genoptræningen kan målrettes og tidsbegrænses.

Potentiale og motivation

- Jørgen er motiveret og ønsker igen at være selvstændig i eget hjem.

Case 4. Kasper, 24-årig mand med paranoid skizofreni

Historik og aktuel indlæggelse

Kasper er indlagt på psykiatrisk afsnit med henblik på udredning af psykotiske symptomer. Kasper er inaktiv, har manglende energi og ambivalens. Hans kropsopfattelse er forstyrret og han har fx svært ved at mærke sin krop. Hørehallucinationerne påvirker hans evne til at koncentrere sig og få gennemført og afsluttet en opgave.

Under indlægges starter Kasper på antipsykotisk medicin og hans tilstand bedres. Gennem forskellige terapeutiske aktiviteter træner Kasper bl.a. processuelle færdigheder, kognitiv funktion og kropsbevidsthed. Kasper påbegynder superviseret fysisk træning, hvilket dæmper hørehallucinationerne og styrker selvværdet.

Funktionsevne på udskrivningstidspunktet

Kasper har forsat brug for psykiatrisk behandling og udskrives til ambulat behandling i OPUS⁸. Kasper kan stadig være kropsligt usikker og anspændt, hvilket påvirker hans selvbillede og relation til andre. Han drømmer om at komme i gang med en uddannelse men har ikke mod eller energi til det på nuværende tidspunkt. Det vurderes, at Kasper vil kunne profitere af målrettet træning med henblik på at bedre kontakt og relation til kroppen, styrke mestringsfølelse og øge fysiske og kognitive funktioner. Der udarbejdes en genoptræningsplan.

Hvorfor en almen genoptræningsplan?

Funktionsevnetab

- Kaspers skizofreni medfører flere funktionsevnenedsættelser. Nedsat kropskontakt, hørehallucinationer og negative symptomer medfører aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger.
- Funktionsevnetabet relaterer sig til Kaspers nydiagnosticerede skizofreni.

Indsats

- Ved en målrettet sundhedsfaglig indsats i en tidsafgrænset periode vil Kaspers fysiske og kognitive ressourcer kunne styrkes og øge muligheden for at profitere af sociale indsatser fx uddannelse.
- Genoptræningen kan målrettes og tidsbegrænses.

Potentiale og motivation

- Kasper har gjort sig positive erfaringer med terapeutiske indsatser under indlæggelsen og har brug for at forbedre sine forudsætninger for at kunne opnå sine fremtidige mål.

⁸ OPUS er et specialiseret behandlingstilbud i Region Hovedstaden for unge mellem 18-35 år med debuterende psykose.

4.2 Cases, hvor en almen genoptræningsplan ikke vurderes relevant

Case 5: Ditte: 31-årig kvinde diagnosticeret med skizofreni og med hyppige indlæggelser med vedvarende psykotiske symptomer

Historik og aktuel indlæggelse

Ditte har skizofreni og er hyppigt indlagt med vedvarende psykotiske symptomer. Hun bor alene, men har en datter, der fra fødslen har været i pleje. Ditte har svært ved at tage vare på sig selv, da hun er apatisk, uden initiativ, mistroisk og uden sygdomsindsigt. Ditte har tidligere arbejdet.

Hun har funktionsevnetab relateret til flere områder, bl.a. nedsat egenomsorg (går ikke i bad, børster ikke tænder, spiser sparsomt), isolerer sig og ønsker ikke at modtage hjælp. Ditte er velkendt i kommunen, som har stillet mange støttende tilbud til rådighed, hvilket hun har afvist op til indlæggelsen.

Under indlæggelsen arbejdes der på, at Ditte får tillid til personalet for at kunne modtage hjælp både terapeutisk og medicinsk. Efter længere indlæggelse kan Ditte med støtte fra personalet bedre varetage sin egenomsorg og i korte tidsrum deltage i aktiviteter sammen med medpatienter.

Funktionsevne på udskrivningstidspunktet

Ved udskrivelse er Ditte stadig grundlæggende mistroisk, initiativløs og har brug for støtte til at opretholde struktur og egenomsorg. Hun har nu mere tillid og indgår i et samarbejde ved fx at sige ja til et netværksmøde med kommunen, hvor der lægges en plan ift. fremadrettet støtte og kontakt.

Hvorfor ikke en genoptræningsplan?

Funktionsevnetab

- Ditte har et funktionsevnetab både på kropsniveau, med initiativløshed og ringe sygdomsindsigt, og på aktivitets- og deltagelsesniveau.
- Ditte er begrænset i at kunne tage vare på sig selv og kunne imødekomme almindelige opgaver og krav i hverdagen. Hendes initiativløshed vil på sigt få konsekvenser på kropsniveau med tab af styrke og udholdenhed.

Indsats

- Nogle af funktionstabene ville isoleret set kunne trænes ved en sundhedsfaglig indsats, men kompleksiteten og omfanget af funktionsevnetabet kræver på nuværende tidspunkt mere støttende indsatser, og en indsats med at oparbejde tillid og samarbejde til forskellige støtte- og behandlingsindsatser.
- Indsatsen kan ikke afgrænses og tidsbegrænses. En genoptræningsplan er derfor ikke relevant på nuværende tidspunkt.
- På netværksmødet (jf. side 16) aftales en socialpædagogisk støttende indsats og opfølgning i psykiatrien.

Potentiale og motivation

- Dittes ønske om at indgå i et genoptræningsforløb er for nærværende ikke tilstede.
- Kriterierne for en genoptræningsplan er ikke til stede, og genoptræning kan ikke bruges som middel til bedring af funktionsevnen.

Case 6: Helle, 47-årig kvinde med spiseforstyrrelser

Historik og aktuell indlæggelse

Helle har haft nervøs spisevægring siden 16 års alderen, og hendes BMI har ligget under 14 i 2 år trods relevant behandling. Det har betydet et funktionsevnetab i form af styrke og balance. Hun har til tider haft behov for enten hospitalsindlæggelse eller for at flytte hjem til sin mor på grund af det lave funktionsniveau. Helle har i perioder af sit liv haft et højere funktionsniveau, gennemført uddannelse og været i arbejde.

Funktionsevne på udskrivningstidspunktet

Helle har nedsat livslyst, manglede appetit og påvirkede kognitive funktioner. Helles aktuelle BMI er 15,2 og hun har svært ved at gå på trapper, kan blive usikker og falde. Hun har svært ved at rejse sig fra liggende på gulv til stående stilling. Helle ønsker genoptræning med henblik på at øge sit funktionsniveau. Hun ønsker at kunne klare sig selv i egen lejlighed og på sigt kunne varetage et arbejde igen.

Helle er informeret om, at genoptræning med henblik på opbygning af muskelvæv kun giver mening, hvis det foregår sideløbende med vægtstigning. Helle følges aktuelt i ambulatoriet for spiseforstyrrelser i psykiatrien.

Hvorfor ikke en almen genoptræningsplan?

Funktionsevnetab

- Helle har en alvorlig og kompliceret funktionsevnenedsættelse, med livslangt forstyrret kropsopfattelse, tvangstanker og med et BMI som i perioder har været livstruende.
- Helles egenomsorg og dømmekraft er svækket og hun er aktuelt ikke selvhjulpnen i daglige.

Indsats

- Helle kan genvinde sin funktionsevne ved en målrettet sundhedsfaglig indsats. Der vil være behov for en tæt koordineret tværfaglig indsats fra fagpersoner med specialiseret viden om spiseforstyrrelser.
- Vægtøgning er nødvendig for, at Helle kan træne. Ansvar for denne monitoring bør varetages af et team af behandlere med psykiatriske kompetencer.
- Der er således tale om behov for en specialiseret genoptræningsplan.

Potentiale og motivation

- Helle er motiveret for at genoptræne, men har svækkede mentale funktioner.

5. Kommunikation om genoptræning

5.1 Udarbejdelse af genoptræningsplanen

Genoptræningsplanen skal udarbejdes i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Inddragelse af patienter og pårørende har bl.a. betydning for en realistisk beskrivelse af patientens genoptræningsbehov under hensyn til patientens ressourcer, motivation og ønsker, ligesom inddragelsen har betydning for afstemningen af forventninger til det fortsatte genoptræningsforløb.

Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet fra hospitalet (stationære afsnit, ambulatorier eller akutmodtagelser).

Genoptræningsplanen udarbejdes og sendes på udskrivningstidspunktet elektronisk til patientens bopælskommune samt til patientens alment praktiserende læge via Sundhedsplatformen i Den Gode Genoptræningsplan (G-GOP). Det gælder både for almen og specialiseret genoptræning.

Der anvendes den samme genoptræningsplan i psykiatrien som i somatikken.

Oplysninger

Det er vigtigt, at genoptræningsplanen indeholder den tilstrækkelige, fagligt relevante og nødvendige information, så kommunen nemt kan overtage patienten og planlægge genoptræningsforløbet. En udtømmende liste over krav til udfyldelse af genoptræningsplaner fremgår af 'Vejledning om genoptræning og vedligeholdende træning i kommuner og regioner'⁹.

Genoptræningsplanen skal indeholde oplysninger om **helbredsforhold og behandlingsforløb**, herunder:

- Aktionsdiagnose og evt. andre relevante diagnoser
- Oplysninger om aktuell behandling og status ved udskrivelse
- Aftaler om kontrol og opfølgning.

Genoptræningsplanen skal indeholde oplysninger om **helbredsrelateret funktionsevne, genoptræningsbehov og potentiale**, herunder:

- Beskrivelse af patientens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet
- Målet med genoptræningsindsatsen
- Information om hvilket specialiseringsniveau, genoptræningen skal varetages på.

Genoptræningsplanen bør beskrive:

- Vurdering af patientens potentiale og motivation
- Informationer om håndtering af særlige (patientsikkerhedsmæssige) foranstaltninger for den enkelte patient, fx afskærmning ift. andre borgere/ventefaciliteter, særlig anvendelse af teknisk udstyr fx GPS/overfaldsalarm mm
- Særlige kompetencer og/eller særligt udstyr, som den fortsatte genoptræning kræver.

⁹ Afsnit 5.4 i Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og Regioner:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202373>

Patientens vanlige funktionsevne beskrives i det omfang, det er nødvendigt og relevant for patientens aktuelle problemstilling.

Opmærksomhedspunkter som understøtter patientens genoptræningsforløb samt oplevelse af en velkoordineret sektorovergang bør ligeledes indgå i genoptræningsplanen (jf. afsnit 3), som fx en beskrivelse af træningen under indlæggelsen (samt kvaliteten af træningen), strategier brugt under indlæggelser, behov for hjælp til at holde aftaler, mv. Det kan også være evt. oplysninger om, hvorvidt patienten modtager bistand i henhold til andre lovgivninger (servicelov og/eller beskæftigelseslov).

Tidsfrister

Patienten vil blive tilbudt tid til opstart af genoptræning i kommunen senest 7 dage efter udskrivelsen. Ved behov for udskudt behandlingsstart udfyldes dette med optimal starttid og begrundelse

5.2 Sammenhæng og koordination

Det anbefales, at der i forbindelse med udarbejdelse og afsendelse af genoptræningsplanen etableres en personlig kontakt med kommunen, særligt ved tvivlsspørgsmål. Det giver de bedste muligheder for en god overgang.

Det anbefales ligeledes, at kommunen efter afsluttet forløb, med patientens samtykke, sender et afslutningsnotat til patientens praktiserende læge.

Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats, derfor skal personalet i være opmærksom på, hvorledes genoptræningsplanen indgår i fx koordinationsplaner og udskrivningsaftaler. Særligt i forløb, hvor patientens funktionsevnetab kræver indsats fra forskellige lovgivninger samt på tværs af sektorer, skal det involverede personale være ekstra opmærksomme på at sikre et sammenhængende og meningsfuld forløb. Dette kræver tæt kontakt og opfølgning mellem hospital og kommune. Her kan netværksmøder evt. bruges (se side 16).

Genoptræningsindsatsen kan evt. tilrettelægges, så den foregår parallelt med ambulante lægelige behandling og kontrol, fx samtaleforløb.

6. Når almen genoptræning ikke er en del af løsningen, hvilke muligheder er der så?

Patienter, der ikke er i målgruppen for en genoptræningsplan, men som har behov for hjælp og støtte fra kommunen, kan evt. tilbydes andre kommunale tilbud. Afhængig af blandt andet patientens beskæftigelsesmæssige situation kan det fx dreje sig om socialpædagogiske indsatser, som støttekontaktpersoner og hjemmevejledere, eller beskæftigelsesindsatser, som fx ressourceforløb og mentorer. En oversigt over kontaktoplysninger til de kommunale sundheds- og socialafdelinger kan findes på sundhed.dk: Find behandler.

Hvis patienten har brug for praktisk eller personlig hjælp i hjemmet, kan MedCom standarderne 'Hjemmepleje-hospitalsmeddelelser' bruges til at kontakte kommunernes sundhedsforvaltninger (læs mere i kommunikationsaftalen). Kommunerne kan vælge at foranstalte hverdagsrehabilitering som led i dette.

Hvis patienten er i målgruppe for et kommunalt sundheds- og forebyggelsestilbud, fx forløbsprogram for borgere med KOL, diabetes, hjerte-kar, lænde-ryg, demens, kræft mv., skal MedCom standarden 'kommunehenvielse' (XRef15) benyttes. Der findes et overblik over de enkelte kommuners forebyggelsestilbud på sundhed.dk: Sundhedstilbud.

Netværksmøder

Hvis der er tvivl om, hvilken kommunal indsats, der er den rette for borgeren, anbefales det at holde et netværksmøde med parter fra hospitalet og borgerens bopælskommune. Borgeren og evt. pårørende deltager, hvis borgeren ønsker det. Et netværksmøde kan afholdes på et hvert tidspunkt i et udrednings- og behandlingsforløb, når enten kommune eller det psykiatriske center skønner, at der kan være behov herfor.

På netværksmøder drøfter borgeren, dennes netværk og de forskellige aktører sagen, og kan indgå aftaler om forløbet. Almen praktiserende læge kan deltage i sådanne møder, hvis der er behov. Den praktiserende læges deltagelse sker altid efter dialog med denne.

Den part, der inviterer til netværksmøde, skal udarbejde en dagsorden for og referat af mødet, der beskriver de aftaler, der bliver indgået. Referatet sikrer at alle parter ved, hvad der er aftalt på netværksmødet – og dermed også ved, hvem der skal følge op på de aftaler, der er indgået.

[Du kan læse mere om netværksmøder på regionens hjemmeside.](#)

7. Bilag

Bilag 1: Oversigt over typiske funktionsevnetab hos den psykiatriske patient

Denne oversigt (på næste side) beskriver med udgangspunkt i ICF-terminologien typiske funktionsevnetab hos borgere med psykiske lidelser. Oversigten kan bruges til at identificere de eventuelle funktionstab, som patienten kan have, i forbindelse med den faglige vurdering. Identificering af funktionstab udløser dog ikke i sig selv en genoptræningsplan, jf. afsnit 3 om faglig vurdering (side 7).

Funktionsevnenedsættelse	Helbredstilstand/sygdoms påvirkning	Eksempler på funktionsevnetab
KROPPENS FUNKTIONER OG ANATOMI		
↑ Bevægelsesmæssig	Somatisk sygdom eller fysisk skade i tillæg til psykisk lidelse	Funktionsevnetab afledt af f.eks. livsstilssygdomme som hjerte/karsygdomme, diabetes, KOL Fraktur efter fald, vævsskader efter selvskade eller selvmordsforsøg
	Længere tids fysisk inaktivitet og/eller isolation afledt af den psykiske tilstand	Målbart nedsat udholdenhed, muskelkraft, balance, bevægelighed, koordination
	Psykosomatiske symptomer	Smerter, uro, åndedrætsbesvær, anspændthed og vegetative forstyrrelser som medfører tab af bevægelseskapacitet og -kvalitet
Kognitiv eller emotionel	Overordnede mentale funktioner Nedsat orienteringsevne Nedsat eller forøget energi og handlekraft Søvnforstyrrelser	Problemer med at orientere sig i tid og sted, forstå egen og andres identitet Nedsat motivation og initiativ. Nedsat impuls kontrol og øget handletrang Nedsat eller forøget søvnmængde, nedsat søvnkvalitet, forstyrret døgnrytme
	Specifikke mentale funktioner Nedsat hukommelse og opmærksomhed	Glemsomhed, problemer med at fastholde koncentrationen eller skifte fokus
	Psykomotorisk hæmning eller excitation Manglende følelsesregulering	Ændret motorik og tempo f.eks. reduceret kropssprog eller rastløshed Udadreagerende adfærd som hindrer samarbejde og evne til at indgå i relationer, oplevelse af angst, tristhed eller mangel på følelser
	Problemer med tænkning Forstyrret oplevelse af egen krop og selvet	Tvangstanker, negative automatiske tanker Forstyrret kropsofattelse, vrangforestillinger, depersonalisering
AKTIVITET OG DELTAGELSE		
↓ Aktivitetsmæssig	Problemer med læring og anvendelse af viden f.eks. pga. ambivalens, kognitive forstyrrelser, processuelle udfordringer	Nedsat evne til at problemløse hverdagens aktiviteter og/eller træffe valg. Vanskeligt ved at lære nye strategier eller tilegne sig viden.
	Problemer med almindelige opgaver og krav pga. sygdomsbelastning f.eks. depression, nedsat kognition	Svært ved at holde aftaler, opretholde struktur, daglige rutiner, meningsfulde aktiviteter
	Problemer i relation til kommunikation pga. sygdommes karakter f.eks. psykose	Problemer med at forstå meddelelser, samtale og udtrykke sig
	Nedsat evne til bevægelse og færden f.eks. pga. angst	Isolation i eget hjem, vanskeligheder ved at færdes med offentlig transport
	Funktionstab i relation til omsorg for sig selv og husførelse pga. sygdomsbelastning f.eks. manglende initiativ	Problemer med at tage bad/spise/rydde op/gøre rent varetage egen sundhed
Social	Vanskeligheder ift. interpersonelt samspil og kontakt	Tab af samtale færdigheder, evne til konflikthåndtering og samarbejdsevne

Bilag 2 Lovgivning

Snitfladerne mellem lovgivningerne på voksenområdet

Udover den genoptræning som sker i henhold til Sundhedsloven jf. Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner^{10 11}, kan fysio- og ergoterapi til voksne tildeles ud fra to lovgivninger: Sundhedsloven¹² og Serviceloven¹³. De to lovområder er tæt forbundet, og nedenstående skema vedr. træningstilbud giver et overblik over lovgivningerne.

Træningsform	Bestemmelse	
Genoptræning	Sundhedsloven § 140	Genoptræning hvor hospitalet udarbejder en genoptræningsplan
Vederlagsfri fysioterapi	Sundhedsloven § 140 a	Vederlagsfri fysioterapi efter henvisning fra egen læge. Udvalgte diagnosegrupper.
Ride fysioterapi	Sundhedsloven § 140 a	Vederlagsfri ride fysioterapi efter henvisning fra egen læge
Genoptræning	Serviceloven § 86, stk. 1	Kommunal genoptræning efter en konkret individuel vurdering af træningsbehovet
Vedligeholdende træning	Serviceloven § 86, stk. 2	Kommunal vedligeholdende træning efter en konkret individuel vurdering af vedligeholdelsesbehovet.

Når borgeren har afsluttet sit kommunale genoptræningsforløb efter sundhedsloven, kan kommunen forlænge genoptræningsperioden, hvis det vurderes relevant. Borgeren kan også overgå til anden lovgivning, hvis kommunen vurderer, at borgeren har behov for dette.

¹⁰<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202249> Bekendtgørelsen om genoptræning og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

¹¹ <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=164990> Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

¹² <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110#idceb8ae62-d5da-4042-b912-542e9e9ace27> Sundhedsloven

¹³ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209925> Serviceloven

Bilag 3: Arbejdsgruppens sammensætning

Skrivegruppe

Anette Klahr, Region Hovedstadens Psykiatri
Annemarie Torsting, Region Hovedstadens Psykiatri
Anette Juhl Skov, Københavns Kommune
Tove Vedige Brøckner, Region Hovedstadens Psykiatri
Kamilla Walther, Region Hovedstaden

Underarbejdsgruppe

Merete Røn Christensen, Københavns Kommune
Morten Østergaard, Region Hovedstaden
Pia Hansen, Helsingør Kommune
Johan Patrik Nilsson, Region Hovedstadens Psykiatri
Winnie Brandt, Region Hovedstaden
Kamilla Walther, Region Hovedstaden (sekretær)
Nanna Sobol, Frederiksberg Kommune (sekretær)

Arbejdsgruppen vedrørende genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler

Susanne Poulsen, Rigshospitalet og Glostrup Hospital (formand)
Dorte Quaade, Frederiksberg kommune (formand)
Therese Vitthøfft Dahl, Rigshospitalet og Glostrup Hospital
Morten Østergaard, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler
Hanne Forbech Skall, Herlev og Gentofte Hospitaler
Lisbet Ærø Lind, Nordsjællands Hospital
Jette Christensen, Hvidovre og Amager Hospitaler
Camilla Schmeltzer, Bornholms Hospital
Mette Pia Noble, Halsnæs Kommune
Dorte Hoffland, Gentofte Kommune
Lone Dahlstrøm, Høje Taastrup Kommune
Merete Røn Christensen, København Kommune
Tashiea Stender Alstrup, Bornholms Regionskommune
Charlotte Christine Grimstad, Egedal Kommune
Nanna Aue Sobol, Frederiksberg Kommune (sekretær)
Kamilla Walther, Center for Sundhed, Region Hovedstaden (sekretær)