

Koordination, kommunikation og kontinuitet på tværs

# Rehabiliteringsplaner skaber sammenhæng for patienter med senhjerneskade



Oktober 2009

## 2. præmie i Helsefondens prisopgave 2009

Udarbejdet i et samarbejde mellem  
Region Syddanmark og Odense Kommune

# Forord

Nærværende pjece er en drejebog for, hvorledes udarbejdelsen af rehabiliteringsplaner kan sikre sammenhæng for patienterne i form af kontinuitet, kommunikation og koordination i et rehabiliteringsforløb, der strækker sig fra en sygehusindlæggelse til en vifte af kommunale ydelser i forskellige forvaltninger.

De mange ydelser og foranstaltninger, der tilbydes patienter med et rehabiliteringsbehov, foregår i dag ofte fragmenteret mellem faggrupper, afdelinger og sektorer<sup>1</sup>. Større kontinuitet og koordination kan opnås med en rehabiliteringsplan udarbejdet af kompetente fagfolk med et helhedssyn på borgeren i et fælles sprog.

Formålet er, at borgere og pårørende oplever et sammenhængende og brugerinddragende forløb ved, at de sundhedsprofessionelle får et kommunikationsværktøj i form af en rehabiliteringsplan uden at denne er en administrativ byrde.

Drejebogen tager udgangspunkt i forløb med patienter, der har erhvervet en hjerne-skade. Dog er der tale om en generisk model, der med mindre justeringer kan anvendes i forhold til andre patientgrupper.

Pjecen er bygget op med to parallelle afsnit for hver fase i forløbet, hvor første afsnit i hver fase omhandler det sundhedsfaglige aspekt, mens andet afsnit går på det strukturelle og IT understøttende element.



# Indhold

- 4** Baggrund
  - 6** Rehabilitering som tankesæt
  - 8** **Fase 1** Akut/indlæggelse
  - 9** Udvikling af den elektroniske rehabiliteringsplan
  - 10** **Fase 2** Behandling og rehabilitering
  - 11** **Fase 2** IT understøttelse
  - 12** **Fase 2** Overgang fra sygehus til kommunalt regi
  - 13** **Fase 2** IT understøttelse
  - 14** **Fase 3** Kommunal rehabilitering
  - 15** **Fase 3** IT understøttelse
- 

# Baggrund

Hjerneskadeforeningen, Hjernesagen og andre patientforeninger har i en længere periode italesat ønsket om en rehabiliteringsplan, der kan understøtte, at borgeren oplever sit samarbejde med kommunen som velkoordineret<sup>2</sup>. Problemstillingen vedrører en række patientgrupper, i særlig grad patienter med senhjerneske, som har et behov for en sammenhængende rehabiliteringsindsats.

På sygehuset iværksættes ved indlæggelsen af en patient med senhjerneske hurtigt et tæt tværfagligt samarbejde med henblik på at afdække og imødekomme patientens behandlings-, pleje-, forebyggelses- og genoptræningsbehov.

Dokumentationen af den tværfaglige indsats samles i patientens journal, der ofte består af både elektroniske og håndskrevne notater og er tilgængelig for alle medlemmer af det tværfaglige team.

Kompleksiteten af problemstillinger for patienter med senhjerneske er ofte af en sådan karakter, at der efter indlæggelsen er behov for indsatser fra flere faggrupper på tværs af forvaltninger i kommunalt regi. Ofte har patienternes livsvilkår både fysisk, psykisk og socialt ændret sig markant qua den erhvervede hjerneske og dette på meget kort tid.

Patienterne er således nødsaget til at omlægge deres liv i forhold til deres reducerede funktionsevne, såvel fysisk som mentalt.

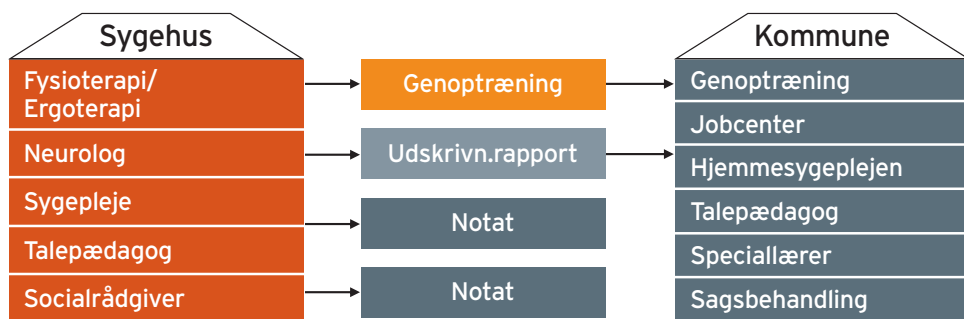
Det er vigtigt i forhold til målgruppen, at indsatsen er koordineret og opleves sammenhængen for den enkelte og dennes pårørende, idet der oftest er mange aktører for at imødekomme patienter med hjerneskedes behov i forhold til genoptræning, boligændring, erhvervsafklaring, talepædagog, psykologbistand til familien m.m.

De elementer som indgår i rehabiliteringsforløbet ligger i forskellige lovgivninger på områder indenfor specialundervisning, beskæftigelse, det sociale og det sundhedsfaglige område, herunder genoptræning. Jævnfør vejledning om træning i kommuner og regioner, 2006, har kommunerne via kommunalreformen fået mulighed for at sikre, at træningsindsatsen over for den enkelte patient bliver tilrettelagt i en sammenhæng med kommunens andre tilbud på det samlede rehabiliteringsområde med henblik på, at patienten tilbydes koordinerede ydelser og sammenhængende forløb.

Bindeleddet mellem instanserne er genoptræningsplanen, som netop omfatter en vurdering af borgerens funktionsevne. Men set i lyset af, at indsatserne skal være rettet mod det hele menneske<sup>3</sup> og den samlede livsførelse, hvor det handler om at vende tilbage til livet med reduceret funktionsevne, kan genoptræningsplaner efter Sundhedsloven ikke rumme patienternes komplekse problemstillinger.

Det er derfor nødvendigt, at genoptræningsplanen indgår i en mere omfattende rehabiliteringsplan, der er et delelement af den helt overordnede handleplan, som kommunen typisk vil tilbyde denne gruppe af patienter jævnfør Servicelovens § 141.

Udviklingen af en rehabiliteringsplan vil således skabe muligheden for den nødvendige kommunikation i overgangen mellem sygehuset og kommunen samt i det samlede rehabiliteringsforløb i kommunen.



Figuren er et eksempel på kommunikationen mellem sygehusene og kommunerne i en region, hvor der foreligger god erfaring med elektronisk fremsendelse af genoptræningsplaner og udskrivningsrapporter. Dog fastholder informationsvejene den fragmenterede tilgang til patienten.

# Rehabilitering som tankesæt

## Sammenhængende forløb

Forudsætningen for at patienten oplever sammenhæng i rehabiliteringsforløbet er, at der i samarbejde med patienten sikres en løbende koordinering, herunder at relevant information omkring patientens fysiske og mentale funktionsevne, ressourcer og begrænsninger overdrages til næste led i forløbet og at disse informationer anvendes aktivt i planlægningen af det videre rehabiliteringsforløb.

Koordinationsbehovet skyldes i høj grad involveringen af mange faggrupper, der bidrager til borgerens rehabiliteringsforløb og kompleksiteten i den rette timing af ydelserne. Der skal således i det kommunale regi være en koordineringsenhed til at sikre, at patienten med hjerneskade og dennes pårørende oplever sammenhæng i sit rehabiliteringsforløb med ydelser i forskellige kommunale sektorer: sundhedssektor, socialsektor, undervisningssektor og arbejdsmarkedssektor.

## Fælles sprog

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er en fælles begrebsramme til beskrivelse af menneskets funktionsevne og et standardiseret sprog (fagneutralt), der kan anvendes på tværs af fag og sektorer.

ICF understøtter rehabiliteringstanken om en flerstrengt indsats. Hertil kommer helhedssynet på borgeren med en tredelt fokusering på hhv. krop, aktivitet og deltagelse, som suppleres med patientens personlige faktorer og omgivelser. Med ICF som referenceramme beskrives patientens samlede funktionsevne og funktionsnedsættelse med henblik på at tilrettelægge et forløb, der kan understøtte patienten til at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv.

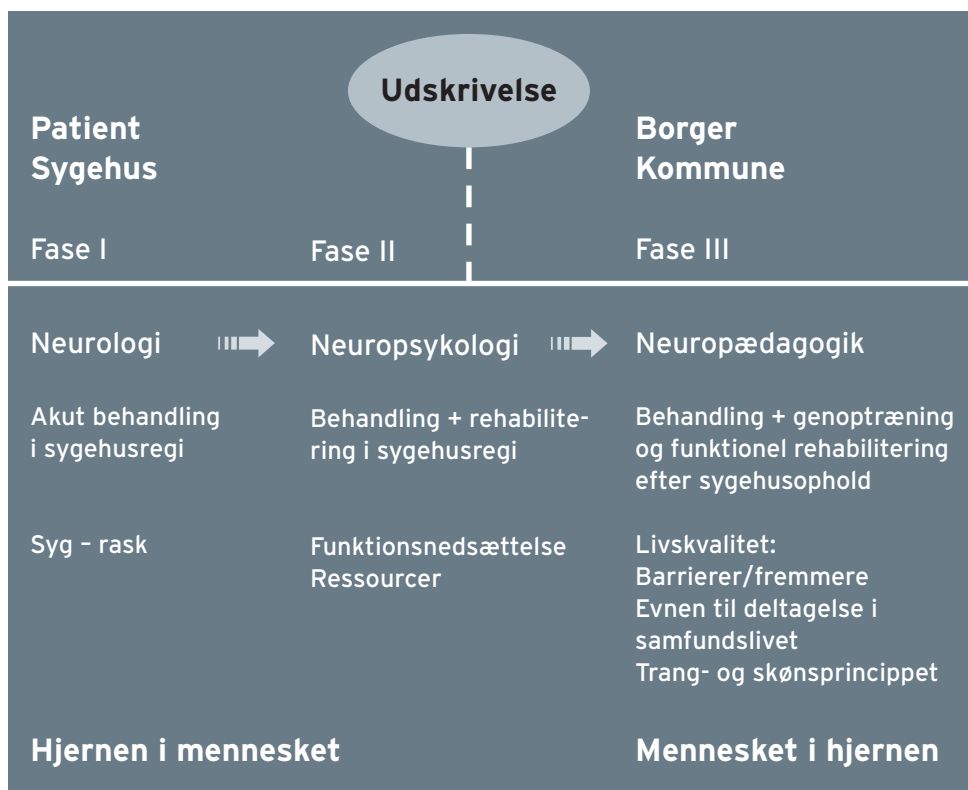
Det anbefales, at sundhedsprofessionelle, der er i kontakt med patientgruppen er kompetente til at arbejde med ICF for der ved lettere at kunne systematisere, hvilke iagttagelser, udredninger og vurderinger, der skal videreformidles som led i et samlet rehabiliteringsforløb.

## IT understøttelse

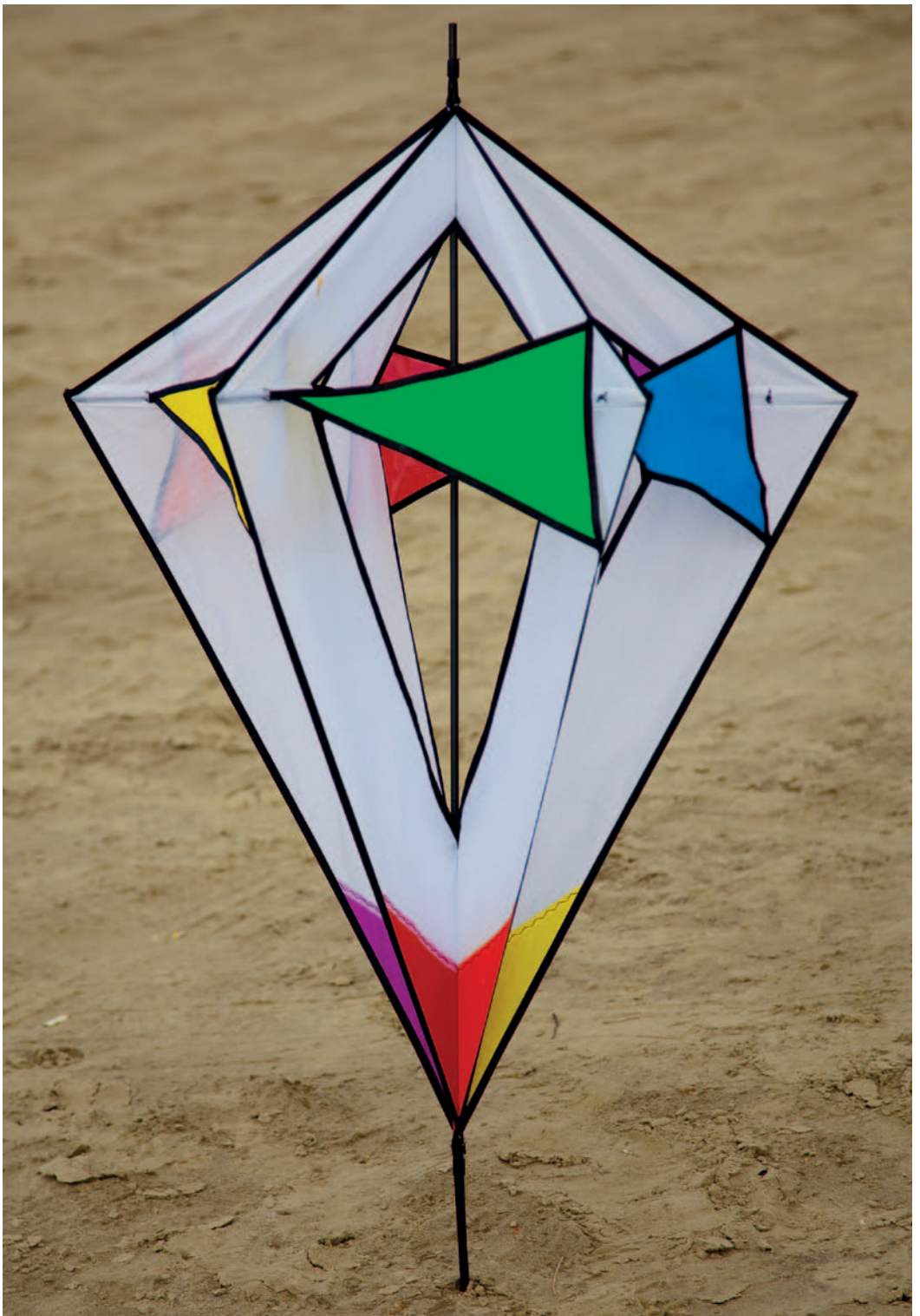
Med henblik på at overdrage relevant information fra en faggruppe til en anden og over sektorer i et samlet rehabiliteringsforløb, anbefales det at sikre tilstedeværelsen af IT systemer, der kan kommunikere på tværs og automatisere genereringen af en rehabiliteringsplan.

Eksempelvis udviklingen af det sundhedsfaglige indhold i den Elektroniske Patient Journal (EPJ), hvorved de sundhedsprofessionelle på sygehuset kan bibeholde deres vante journalføring og samtidig automatisere udarbejdelsen af en fælles rehabiliteringsplan på baggrund af allerede indtastede data.

Det anbefales, at den elektroniske rehabiliteringsplan kommunikeres til den koordinerende enhed i kommunen, der sikrer den samlede koordination og kontinuitet til relevante parter i kommunen.



Beskrivelsen strækker sig fra den akutte indlæggelse til rehabiliteringsforløbet i kommunalt regi. Ovenstående faseopdeling afspejler hvorledes tankesættet i forløbet ændrer fokus.



# Fase 1 Akut/indlæggelse

Patienten indlægges på sygehuset og registreres på baggrund af sygdom eller ulykke med risiko for hjerneskade til følge.

Er patienten kendt i det kommunale omsorgssystem, fremsender kommunen en elektronisk indlæggelsesrapport indenfor 24 timer som supplement til indlæggelses-samtalen.

Er patienten ikke kendt i det kommunale omsorgssystem indhenter sygehuset oplysninger om evt. brug af medicin og hjælpemidler samt andre relevante informationer fra patienten, pårørende eller patientens egen læge. Dette sker i forbindelse med indlæggelsessamtalen.

De fleste patienter der erhverver en hjerneskade, har et rehabiliteringsbehov i større eller mindre omfang. For at skabe sammenhæng i forløbet er det således af afgørende betydning, at de sundhedsprofessionelle tænker et forestående rehabiliteringsforløb ind, allerede ved første kontakt til patienten.

## Udvikling af den elektroniske rehabiliteringsplan

Forud for patientforløb med rehabiliteringsplaner skal de involverede fagfolk i henholdsvis kommune og på sygehuset beslutte, hvilket fagligt indhold der i ICF termer skal indgå i rehabiliteringsplanen.

På baggrund af faggruppernes konsensus tilpasses EPJ systemerne på sygehuset, således at det sundhedsfaglige indhold kan genereres.

Der udarbejdes desuden instrukser for indlæggelsesforløbet som integreres i EPJ og derved gøres elektroniske. Dette med henblik på at kvalitetssikre dataindsamlingen til rehabiliteringsplanen. Eksempelvis kan der oprettes "skal-felter" til udfyldelse.

## Fase 2 Behandling og rehabilitering

På sygehuset iværksættes der ved indlæggelsen af en patient med senhjerneskade, hurtigt et tæt tværfagligt samarbejde med henblik på at afdække og imødekomme patientens behandlings-, pleje-, forebyggelse- og genoptræningsbehov.

Den tværfaglige indsats koordineres ofte via teammøder eller afdelingskonferencer, hvor alle deltagere i det tværfaglige team er repræsenteret. Det drejer sig typisk om læger, plejepersonale, ergoterapeuter, fysioterapeuter, talepædagoger, neuropsykologer, diætister, socialrådgivere, afhængigt af patientens behov.

Under indlæggelsen udarbejder sygehuset en behandlingsplan. I forbindelse med udarbejdelsen af behandlingsplanen foretages en lægefaglig vurdering af behovet for genoptræning, hjemmebesøg, hjælpemidler og forebyggelse.

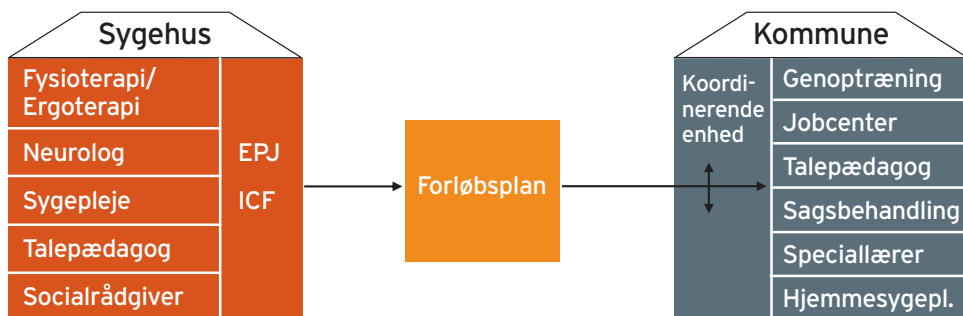
Desuden identificeres patienter med behov for rehabilitering, som tilbydes en relevant og velkoordineret rehabiliteringsindsats. Patienterne skal inddrages i udarbejdelsen af planen for rehabiliteringsforløbet<sup>4</sup>.

Hvis der vurderes behov for ydelser og foranstaltninger fra den kommunale hjemmepleje efter udskrivelse, angives konklusionerne fra behandlingsplanen i en forløbsplan, som sendes elektronisk til kommunens hjemmepleje senest 24 timer efter indlæggelsen.

Således adviseres kommunen på et tidligt tidspunkt. Det er den kommunale hjemmepleje, der adviserer relevante parter i kommunen, herunder den koordinerende enhed for patienter med hjerneskade i forhold til et eventuelt forestående rehabiliteringsforløb.

Ved forventning om et efterfølgende rehabiliteringsforløb, markeres dele af journalteksten i den sundhedsprofessionelles journalsystem med henblik på indarbejdelse i en samlet rehabiliteringsplan til kommunen. Tekst fraser der ønskes indarbejdet i rehabiliteringsplanen udarbejdes i ICF termer.

## Fase 2 IT understøttelse



*Der foreligger god erfaring med elektronisk advisering i form af en forløbsplan til kommunal hjemmepleje ved indlæggelser på mere end 24 timer.*

## Fase 2 Overgang fra sygehus til kommunalt regi

Patienter med erhvervet hjerneskade vil som hovedregel have et kompliceret forløb, hvorfor der aftales udvidet koordinering med kommunen i forbindelse med udskrivelsen.

Den udvidede koordinering tager form som en udskrivningskonference, hvor den kommunale koordinerende enhed deltager.

Ved udskrivelsen sender sygehuset elektronisk en udskrivningsrapport og en genoptræningsplan til kommunen. Begge med anmærkninger om, at der ligeledes er fremsendt en rehabiliteringsplan til den koordinerende enhed.

Rehabiliteringsplanen samler de væsentlige informationer ift. patientens videre rehabilitering til en koordinerende enhed, hvilket gør den efterfølgende rehabilitering mere sammenhængende.

Rehabiliteringsplanen er en status fra sygehuset med henblik på udarbejdelse af den endelige rehabiliteringsplan i kommunalt regi. Fra sygehuset formidles således hverken mål eller handleplaner for rehabiliteringsforløbet.

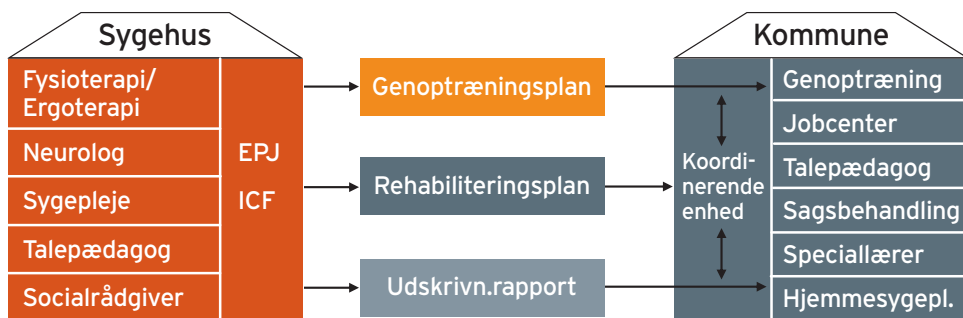
## Fase 2 IT understøttelse

Med udgangspunkt i EPJ, indsamles informationerne i en tværfaglig elektronisk rehabiliteringsplan. I forbindelse med udskrivningen sikres genereringen af rehabiliteringsplanen automatisk i EPJ med en elektronisk forsendelse til den koordinerende enhed i kommunen.

Rehabiliteringsplanen skal ses som en datagenerering fra indlæggelsen, hvori en samlet videreformidling af udskrivningsrapporten, genoptræningsplanen m.v. sikres til en koordinerende enhed i kommunalt regi.

Rehabiliteringsplanen skal afdække patientens samlede behov og ressourcer i det videre forløb og give et helhedsbillede af patientens situation i et tværfagligt perspektiv.

Rehabiliteringsplanen er et redskab til at samle og videreformidle væsentlige informationer fra sygehus til kommune. Herefter understøtter rehabiliteringsplanen koordinering og kommunikation på tværs af kommunens forvaltninger, afdelinger og indsatser. Derved sikres, at det ikke er patienten selv og/eller de pårørende, der skal skabe sammenhæng i det komplekse rehabiliteringsforløb.



## Fase 3 Kommunal rehabilitering

Rehabiliteringsplanen videreformidler relevant viden om borgeren til den koordinerende enhed i kommunen, der aktivt anvender denne viden som afsæt for en fortsat indsamling og systematisering på tværs i kommunen.

Koordineringsenheden tager kontakt til borgeren, når en rehabiliteringsplan er modtaget. Herefter sikrer enheden kommunikationen til de relevante kommunale parter med rådgivning omkring det forestående rehabiliteringsforløb herunder faglige indstillinger.

Koordineringsenheden agerer således tovholder mellem forskellige kommunale instanser, dog uden myndighedsfunktion for bevilling af ydelser til borgeren. Koordineringsenheden sikrer derimod, at der foretages de nødvendige udredninger med hensyn til indstillinger til visitation til kommunens ydelser.

Borgeren samarbejder med koordineringsenheden om målsætning for indsatsen og koordineringsenheden tager initiativ til at de relevante samarbejdsparter i kommunen inddrages i den videre planlægning af de konkrete indsatser, der understøtter borgeren rehabiliteringsforløb.

Herefter etablerer de forskellige kommunale enheder et konkret samarbejde med borgeren og de pårørende under hensyntagen til den fælles plan.

Koordineringsenheden er sammen med borgeren ansvarlig for den løbende evaluering af forløbet og for ændring af kursen, når det er nødvendigt.

Eksempler på relevante kommunale instanser:

- Sygedagpengeafsnittet
- Revalideringsafdelingen
- Pensionsafdelingen
- Arbejdsmarkedsafdelingen
- Pleje- og omsorgsafdelingen
- Børn- og Ungeforvaltningen,
- Handicapafdelingen m.v.

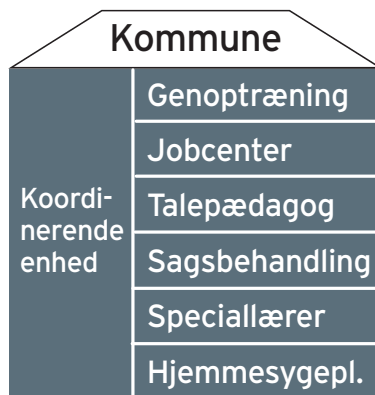
## Fase 3 IT understøttelse

Informationerne i rehabiliteringsplanen sendes elektronisk fra sygehuset i struktureret format til den koordinerende enhed i kommunen, og derfor kan data genbruges i en elektronisk handleplan i kommunalt regi.

Et eksempel på ovenstående fremgangsmåde, ses når en fødselsanmeldelse udarbejdet på sygehuset automatisk genererer en barnejournal i den kommunale sundhedspleje. Dette fordrer, at rehabiliteringsplanen udarbejdes som en elektronisk MedComstandard.

Koordineringsenheden i det kommunale regi skal besidde et IT fagsystem, der kan modtage elektroniske rehabiliteringsplaner på samme vis, som træningsenhederne kan modtage genoptræningsplaner.

Systemet skal endvidere kunne sikre en elektronisk videreformidling af relevant data til øvrige relevante aktører i de kommunale forvaltninger.



### FAKTA

Alle kommunesystemer i hele landet kan i dag rent teknisk modtage elektroniske genoptræningsplaner og udskrivningsrapporter i henholdsvis genoptræningsenheder og hjemmeplejen.

## Titel

Rehabiliteringsplaner skaber sammenhæng for patienter med senhjerneskade - koordination, kommunikation og kontinuitet på tværs

## Udgivelsesdato

9. november 2009

## Kilde henvisninger

- <sup>1</sup> Ugeskrift for læger 2007: Viden, handling og ledelse. Tiltrædelsesforelæsning ved Erik Juhl
- <sup>2</sup> [www.hjernesagen.dk/det-mener-hjernesagen/henvendelser-til-politikere/lad-os-fa-indforten-rehabiliteringsplan-til-hjerneskaderamte/](http://www.hjernesagen.dk/det-mener-hjernesagen/henvendelser-til-politikere/lad-os-fa-indforten-rehabiliteringsplan-til-hjerneskaderamte/)
- <sup>3</sup> Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, MarselisborgCentret 2004
- <sup>4</sup> Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, Den Danske kvalitetsmodel, 2009

For yderligere information kan rettes henvendelse til Camille Larsson  
[camille.larsson@regionsyddanmark.dk](mailto:camille.larsson@regionsyddanmark.dk)

## UDARBEJDET AF

### Region Syddanmark, Afd. for Kommunesamarbejde

- Camille Larsson
- Birgitte Ebbe Mathiesen
- Tove Lehrmann
- Bente Falk
- Karina Hasager Hedevang

### Region Syddanmark, Rehabiliteringsafd., OUH

- Hanne Kaae Kristensen  
Forsknings- og Udviklingsenh.

### Odense Kommune

- Jan C. L. Jensen  
Hjerneskerådsgivningen
- Asger Kudahl  
Genoptræning