

CENTRALE INDSATSER PÅ GENOP- TRÆNINGSG- OG REHABILITE- RINGSOMRÅDET

*Baggrundsnotat til temadrøftelse om genoptrænings- og
rehabiliteringsområdet maj/juni 2015*



1. Indledning

Dette notat skitserer kort de centrale sundhedsaftaleindsatser på området for genoptræning og rehabilitering, samt udfordringer og potentialer på området.

Genoptræning og rehabilitering er udvalgt af Sundhedskoordinationsudvalget som et af de fire indsatsområder, der skal sættes særligt fokus på i implementeringen af sundhedsaftalen i 2015. Indsatserne på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet skal bidrage til en opfyldelse af de politiske mål om, at flere borgere er trygge i sektorovergange, og at flere borgere bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet/uddannelse i forbindelse med sygdom.

Omdrejningspunktet er, at borgerne tilbydes et sammenhængende genoptrænings- og rehabiliteringsforløb med en høj og ensartet kvalitet, og hvor det er den enkeltes behov for rehabilitering og genoptræning, der er udgangspunktet.

2. Baggrund

I forbindelse med kommunalreformen i 2007 blev den ambulante genoptræning et kommunalt myndighedsansvar. Kommunen varetager den almindelige ambulante genoptræning, mens hospitalet varetager den specialiserede ambulante genoptræning. Genoptræningen udføres på baggrund af en individuel genoptræningsplan, som hospitalet skal udarbejde for patienten. Kommunalreformen medførte også en ændret finansiering, hvor kommunerne finansierer den specialiserede ambulante genoptræning på hospitalet.

Opgavefordelingen betød samtidig nye snitflader mellem hospital og kommuner og krav om endnu tættere samarbejde på tværs af fagområder og sektorgrænser. Region og kommuner brugte i de første år efter kommunalreformen mange kræfter på at blive enige om forståelsen af en række begreber. Herunder også den udfordring der ligger i, at finansierings- og myndighedsansvaret for den specialiserede genoptræning, som nu er kommunal, blev adskilt fra visitationsansvaret, som hospitalerne har. Fordelingen af antallet af genoptræningsplaner til hhv. almindelig ambulant genoptræning og specialiseret ambulant genoptræning har løbende været genstand for drøftelser mellem regionen og kommunerne. I fællesskab er der eksempelvis udarbejdet et snitfladekatalog. Snitfladekataloget indikerer, hvilken type genoptræning en patient med en bestemt diagnose, som udgangspunkt skal have. Snitfladekataloget er derfor retningsgivende for, hvordan fordelingen af genoptræningsplaner skal være i Region Midtjylland, og det er ligeledes et redskab til at sikre, at borgerne får en forholdsvis ensartet vurdering af deres genoptræningsbehov uanset, hvor i regionen i de bor.

3. Centrale sundhedsaftaleindsatser på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet

De centrale sundhedsaftaleindsatser på genoptrænings – og rehabiliteringsområdet er:

- Opgaveudvikling og forbedringsarbejde

- Implementering af 'Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus'
- Rehabilitering i bred forstand

3.1. Opgaveudvikling og forbedringsarbejde

Det er vurderingen, at der siden 2007 er sket store forbedringer inden for det tværsektorielle samarbejde på genoptræningsområdet. De enkelte klynger er i tæt dialog om udviklingen på området, og der er generelt en større gensidig tillid, hvilket er en konsekvens af den tættere dialog. Den tætte dialog har f.eks. betydet, at der er flere borgere, som modtager en genoptræningsplan til almindelig ambulant genoptræning nu end i 2007, hvilket betyder, at borgerne kan træne i nærmiljøet. Dette afspejles i, at opgaveudviklingen på genoptræningsområdet i Region Midtjylland er kendetegnet ved, at der gennem de senere år er sket et markant fald i antallet af specialiserede genoptræningsplaner (genoptræning på hospitalet), hvor andelen udgjorde 38% i 2007 til 18% i 2014 (data fra e-sundhed).

Der er fortsat eksempler på, at kommunerne får nye genoptræningsopgaver. Hospitalsenheden Midt har eksempelvis overdraget en del af hjerterehabiliteringen til Viborg og Skive kommuner. Bedre udrednings- og behandlingsmuligheder og et tæt og velfungerende samarbejde betyder, at kommunen kan varetage opgaven som almindelig ambulant genoptræning. Der er tale om den ikke-medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering, som hidtil har foregået i hospitalsregi.

Opgaveudviklingen stiller løbende nye krav til samarbejdspartnerne og et grundlæggende princip er gennemsigtighed i de faglige og økonomiske konsekvenser. Kvaliteten for borgeren skal fastholdes og videreudvikles. Det betyder, at kommunerne skal videreføre en systematisk monitorering og kvalitetsopfølgning og eksempelvis følge de nationale kliniske retningslinjer og indberette til nationale kliniske databaser. Samtidigt skal de nødvendige kompetencer være til stede. Hensynet til borgeren betyder ligeledes, at hospitalet må stille sig til rådighed med f.eks. nem og direkte rådgivning til kommunen – også i forhold til den enkelte borger. Og bidrage med formidling og kompetenceudvikling i forhold til nyeste viden. Det handler om, at kvalitetskravene er de samme uanset hvilken sektor, der har ansvaret.

3.2. Implementering af ny bekendtgørelse og vejledning

Den 1. januar 2015 trådte 'Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivelse fra sygehus' i kraft. Bekendtgørelsen og vejledningen er udarbejdet på baggrund af evalueringen af Kommunalreformen, der bl.a. påpeger behovet for styrket viden og samarbejde på tværs af regioner og kommuner – særligt i genoptræning og rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade.

Formålet med bekendtgørelsen og vejledningen er at løfte genoptræningsindsatsen for borgerne ved at anlægge et mere helhedsorienteret borgersyn.

Opgaver

Der forestår en række opgaver, der skal ske nærmere aftale om i forbindelse med implementeringen af den nye vejledning og bekendtgørelse:

- Fælles forståelse og anvendelse af ny terminologi
- Koordinering og sammenhæng – udvikling af 'Det gode genoptrænings- og rehabiliteringsforløb'
- Tidsfrist for opstart af genoptræning
- IT-understøttelse

Fælles forståelse og anvendelse af ny terminologi – nye specialiseringsniveauer

Den nye bekendtgørelse og vejledning medfører nye specialiseringsniveauer, der afgør ansvarsfordelingen mellem kommuner og region. Det betyder, at der skal udarbejdes definitioner af de nye begreber, samt aftales, hvordan de anvendes i kommunerne og i regionen.

Specialiseringsniveauer iflg. ny vejledning og bekendtgørelse:

- 1. Specialiseret ambulans genoptræning:** kommunalt myndigheds- og finansieringsansvar, regionalt leverandør- og visitationsansvar (det samme som den gamle lovgivning)
- 2. Almen ambulans genoptræning – basalt niveau:** kommunalt myndigheds-, finansierings- og leverandøransvar, regionen udarbejder genoptræningsplan (opdeling i basal og avanceret er nyt)
- 3. Almen ambulans genoptræning – avanceret niveau:** kommunalt myndigheds-, finansierings- og leverandøransvar, regionen udarbejder genoptræningsplan (opdeling i basal og avanceret er nyt)
- 4. Specialiseret rehabilitering:** kommunalt myndigheds-, finansierings- og leverandøransvar, regionen udarbejder genoptræningsplan (nyt)

Særligt om specialiseret rehabilitering

Rehabilitering på specialiseret niveau er et nyt niveau, hvor myndigheds- og finansieringsansvaret ligger hos kommunerne. Niveaue er målrettet patienter, der typisk har komplicerede, og alvorlige funktionsnedsættelser f.eks. patienter med erhvervet hjerneskade. Genoptræning er ofte kun ét ud af flere elementer i et samlet rehabiliteringsforløb, hvor også indsatser efter den sociale lovgivning, beskæftigelseslovgivningen og lovgivningen på specialundervisningsområdet kan være relevant.

Hospitalet skal fremover udarbejde genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Genoptræningsplanerne skal indeholde udvidede beskrivelser af udredning og behandling på hospitalet samt en detaljeret beskrivelse af borgerens samlede funktionsevne mv. Herunder skal genoptræningsplanen indeholde en beskrivelse af borgerens samlede rehabiliteringsbehov og -potentiale. Det vil sige, at hospitalet i genoptræningsplanen kan beskrive borgerens rehabiliteringsbehov ikke alene efter sundhedsloven, men også efter andre lovgivninger. Endvidere kan hospitalet komme med anbefalinger i brugen af træningsmetoder.

Region Midtjyllands neurorehabiliteringsenheder har gennem flere år udarbejdet en tværfaglig statusrapport, der beskriver patientens rehabiliteringsbehov, når de har udskrevet patienterne. Med den nye bekendtgørelse og vejledning bliver det nu muligt at beskrive rehabiliteringsbehovet direkte i genoptræningsplanen til specialiseret rehabilitering, hvilket styrker patientens retsstilling.

Kompetencen til at bestemme specialiseringsniveau er adskilt fra finansieringsansvaret. Regionen har således i et vist omfang indflydelse på det kommunale serviceniveau på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet, da kommunerne ikke kan tilsidesætte den lægefaglige vurdering af patientens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov. For, at dette skal fungere til gavn for borgeren, kræver det tillid begge veje – tillid fra kommunerne ift. den lægefaglige vurdering, og tillid fra hospitalerne ift. kompetencer i kommunerne.

Der skal udarbejdes en fælles begrebsafklaring og anvendelse af de fire specialiseringsniveauer – herunder en tilretning af snitfladekataloget.

Koordinering og sammenhæng

Genoptræning er ofte kun ét ud af flere elementer i et samlet rehabiliteringsforløb, hvor også indsatser efter den sociale lovgivning, beskæftigelseslovgivningen og lovgivningen på specialundervisningsområdet kan være relevant. Implementeringen af den nye vejledning og bekendtgørelse kræver i høj grad koordinering og sammenhæng både mellem sektorer og internt i sektorerne for at sikre, at borgeren får den rette genoptræningsindsats.

Mange fagpersoner fra forskellige forvaltninger og sektorer vil ofte være involveret i de komplekse borgerforløb. Kompleksiteten øges af, at der ofte er tale om forvaltninger/sektorer under forskellig lovgivning og dertilhørende økonomi. For at skabe en rød tråd for borgeren er det vigtigt, at ansvars- og opgavefordelingen i det enkelte forløb er aftalt og afstemt. Håndtering af koordineringen er dermed en selvstændig opgave.

Der skal udarbejdes et koncept for den gode genoptrænings- og rehabiliteringsplan. Endvidere ses på organisering i kommunerne for at sikre den interne koordinering på tværs af forvaltninger.

IT-understøttelse

En implementering af de nye begreber og anvendelsen heraf kræver, at de praktiske foranstaltninger ift. it-understøttelse af den nye lovgivning (f.eks. procedureregistrering, skabeloner som ny elektronisk genoptræningsplan i MedCom mv.) er på plads. Udfordringen er, at it-understøttelsen ikke er på plads nationalt ved bekendtgørelsen og vejledningens ikrafttrædelse 1. januar 2015, og først ventes klar ultimo 2015.

Det er en stor udfordring for samarbejdet, at it-understøttelsen ikke er klar, da Region Midtjylland og kommunerne i modsætning til andre regioner er vant til at kommunikere genoptræningsplanerne elektronisk.

Sundhedskoordinationsudvalget har på mødet den 27. marts 2015 godkendt, at den hidtidige praksis inden for det tværsektorielle samarbejde på genoptræningsområdet fortsætter, indtil it-understøttelsen (ny MedCom standard) er klar ultimo 2015.

Tidsfrist for opstart af genoptræning

Hospitalet kan som noget nyt i genoptræningsplanen angive en tidsfrist for opstart af genoptræningen efter udskrivelse fra hospital, hvis der er sundhedsfagligt begrundet behov herfor.

Det kræver en definition af tidsfrist, og at kommunerne organiserer sig for at kunne sikre, at tidsfristen efterleveres. Konsekvenser for bl.a. kvalitet og økonomi skal i den forbindelse belyses.

3.3. Rehabilitering i bred forstand – herunder tilknytning til arbejdsmarkedet

Rehabilitering betragtes som en overordnet ramme for kommunernes og regionens indsats i forbindelse med behandling, pleje, træning og rehabilitering. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og kræver en koordineret sammenhængende og vidensbaseret indsats. I praksis vil en rehabiliterende tilgang kræve, at borgeren og evt. pårørende involveres aktivt i hele rehabiliteringsprocessen og, at rehabiliteringen tager udgangspunkt i og inddrager borgerens mål og ressourcer samt pårørende. Rehabilitering udøves af en bred vifte af medarbejdere med eksempelvis en sundheds- eller socialfaglig uddannelse.

For at sikre sammenhængende forløb er det essentielt, at kommunerne og hospitalerne samarbejder om den enkelte borger, men også, at sektorerne samarbejder internt.

Området er et vigtigt udviklingsområde i aftaleperioden for at omsætte de politiske visioner og mål.

I aftaleperioden udvikles og afprøves nye metoder, som i højere grad understøtter integrerede rehabiliteringsforløb – herunder også potentialet i tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Endvidere udarbejder kommuner og hospitaler interne og fælles retningslinjer for koordinering af indsatsen om den enkelte borger.