



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Servicejæk af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade

SUNDHEDSSTYRELSENS AFRAPPORTERING OG ANBEFALINGER TIL DEN FREMADRETTEDE INDSATS

2017



# Servicejæk af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1,0

**Versionsdato:** 06.11.2017

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, november 2017.

**Elektronisk ISBN:** 978-87-7104-927-5

# Indhold

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>4</b>
1.1	Formål	4
1.2	Baggrund	4
1.3	Afgrænsning	4
1.4	Rapportens opbygning	5
<b>2</b>	<b>Sammenfatning af anbefalinger</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Kvalitet i indsatserne</b>	<b>8</b>
3.1	Baggrund	8
3.2	Udfordringsbillede	9
3.3	Anbefalinger for den fremadrettede indsats	11
<b>4</b>	<b>Faglig kvalitetsudvikling</b>	<b>13</b>
4.1	Baggrund	13
4.2	Udfordringsbillede	13
4.3	Anbefalinger for den fremadrettede indsats	13
<b>5</b>	<b>Patient- og pårørendeperspektiv</b>	<b>15</b>
5.1	Baggrund	15
5.2	Udfordringsbillede	15
5.3	Anbefalinger for den fremadrettede indsats	16
<b>6</b>	<b>Tværasektorielt samarbejde</b>	<b>18</b>
6.1	Baggrund	18
6.2	Udfordringsbillede	18
6.3	Anbefalinger for den fremadrettede indsats	18
<b>7</b>	<b>Monitorering</b>	<b>20</b>
7.1	Baggrund	20
7.2	Udfordringsbillede	20
7.3	Anbefalinger til fremtidig indsats	22
<b>8</b>	<b>Referencer</b>	<b>24</b>
<b>9</b>	<b>Bilag</b>	<b>25</b>

# 1 Introduktion

## 1.1 Formål

Formålet med nærværende rapport er, på baggrund af servicetjekket på hjerneskadeområdet, som afdækkede udfordringer på området, at komme med anbefalinger til indsatser, der kan medvirke til at understøtte kvaliteten af genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade.

Realiseringen af anbefalingerne forudsætter bred opbakning og aktiv medvirken fra beslutningstagere, de faglige miljøer, patient- og interesseorganisationer mv.

## 1.2 Baggrund

Rigsrevisionen har i november 2016 udarbejdet en beretning på hjerneskadeområdet. Baggrunden for Rigsrevisionens undersøgelse var regeringens evaluering af kommunalreformen i 2013. Rigsrevisionens rapport viste en række udfordringer i sammenhængen mellem sygehus og kommune samt kvaliteten i kommunernes tilbud om genoptræning. Rigsrevisionen peger eksempelvis på, at de nye regler i bekendtgørelsen ikke er tilstrækkeligt godt implementeret, hvilket ifølge Rigsrevisionen betyder, at der fortsat er risiko for, at genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen efter udskrivning fra sygehus til mennesker med erhvervet hjerneskade er uensartet, og der fortsat er brug for understøttelse af kvaliteten. Statsrevisorerne konkluderer, at Sundheds- og Ældreministeriet har beskrevet rammerne for området, men ikke i tilstrækkelig grad har fulgt op på, om alle patienter med behov får en genoptræningsplan og tilbydes genoptræning af god kvalitet uden unødigt ventetid.

I finanslovsaftalen for 2017 blev Venstre, Det Konservative Folkeparti, Liberal Alliance og Dansk Folkeparti enige om at afsætte en ramme på 5 mio. kr. årligt i perioden 2017-2020 til en øget indsats til genoptræning af borgere med erhvervet hjerneskade, der udmøntes med afsæt i et servicetjek af området. Sundhedsstyrelsen har derfor iværksat et servicetjek af området med henblik på at pege på nogle initiativer til udmøntning af de afsatte midler. Hovedparten af midlerne fra finanslovsaftalen udmøntes til initiativer på baggrund af servicetjekket, mens en begrænset del er anvendt til at gennemføre selve servicetjekket.

Sundhedsstyrelsen er under udarbejdelsen af afrapporteringen blevet rådgivet af en følgegruppe, som har været nedsat til formålet. Følgegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1.

## 1.3 Afgrænsning

Servicetjekket har bestået af tre spor:

- Data
- Regional implementering af bekendtgørelse og visitationsretningslinje
- Kommunal implementering af bekendtgørelse og visitationsretningslinje.

Datatrækket er lavet i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen, mens analysen til servicetjekkets spor to og tre er udarbejdet af Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) i en samlet analyse<sup>1</sup>. Servicetjekket har været afgrænset til primært at omhandle genoptræning og rehabilitering af voksne patienter med omfattende og komplekse behov. Dog er der ikke i dataopgørelserne opgivet et alderskriterie. Grundet den førnævnte afgrænsning i målgruppen har afdækningen primært omhandlet patienter, der i kommunen visiteres til avanceret genoptræning eller udskrives med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

En uddybet beskrivelse af servicetjekkets spor og afgrænsning er beskrevet i kommissoriet for servicetjekket<sup>2</sup>.

Servicetjekkets afgrænsning til indsatser i medfør af sundhedslovens §§ 84 og 140, herunder særligt udarbejdelse af genoptræningsplaner på sygehus og den efterfølgende kommunale genoptræningsindsats, betyder, at servicetjekket kun i mindre grad har berørt den akutte behandling og indledende genoptræning og rehabilitering på sygehus, ligesom der ikke har været fokus på indsatserne i kommunen efter afsluttet kommunal genoptrænings- og rehabiliteringsindsats. Endelig har der ikke i afdækningen været fokus på opfølgende behandling på sygehus og i almen praksis, det har dog været drøftet med følgegruppen. Servicetjekket har heller ikke omhandlet indsatser i medfør af andre lovgivninger, men der har været fokus på behovet for at koordinere indsatser på forskellige forvaltningsområder i kommunen.

## 1.4 Rapportens opbygning

Rapporten er bygget op omkring følgende temaer:

- Kvalitet i indsatserne
- Faglig kvalitetsudvikling
- Patient- og pårørendeperspektiv
- Tværsektorielt samarbejde
- Monitorering.

Hvert tema beskriver gældende bekendtgørelse<sup>3</sup> og visitationsretningslinje<sup>4</sup> på området samt et udfordringsbillede, som er identificeret fx ved, at der er fundet uoverensstemmelser mellem gældende krav og gældende praksis, som er afdækket i servicetjekket. Temaets udfordringsbillede efterfølges af foreslåede anbefalinger på det pågældende område. Anbefalingerne har således til formål at understøtte praksis i at nærme sig de gældende krav på området.

---

<sup>1</sup> <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/genoptraening-og-rehabilitering/servicetjek-af-hjerneskaedomraadet>

<sup>2</sup> <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/servicetjek-af-hjerneskaedomraadet>

<sup>3</sup> Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 1088 af 06/10/2014)

<sup>4</sup> Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje (SST, 2014)

## 2 Sammenfatning af anbefalinger

Rapportens anbefalinger er sammenfattet nedenfor. De enkelte anbefalinger uddybes i de efterfølgende kapitler.

### Kvalitet i indsatserne

1. *Sundhedsstyrelsen reviderer og opdaterer, med inddragelse af relevante aktører og på baggrund af eksisterende erfaringer, relevante anbefalinger, retningslinjer og forløbsprogrammer. Revisionen vil have særligt fokus på at præcisere anbefalinger vedrørende volumen, kompetencer og udstyr i genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.*
2. *Regionerne igangsætter initiativer, der understøtter, at læger og andet sundhedsfagligt personale på relevante afdelinger har kendskab til indhold i Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus og deres ansvar i relation hertil.*
3. *Kommuner igangsætter konkrete initiativer, herunder tværkommunalt samarbejde, der understøtter udførelse af genoptræning på avanceret niveau, mhp. at efterleve tilknyttede krav, som defineret i bekendtgørelse og visitationsretningslinje.*

### Faglig kvalitetsudvikling

4. *Sundhedsstyrelsen udarbejder på baggrund af eksisterende erfaringer, forskning og evidens og med inddragelse af repræsentanter fra faglige selskaber, brugerorganisationer, regioner og kommuner, nationale redskaber til funktionsevnevurdering. Arbejdet forudgås af en eksternt udarbejdet foranalyse og inddrager viden om relevant sideløbende arbejde med blandt andet pro-data.*

### Patient- og pårørendeperspektivet

5. *Regioner udbreder metoden "Den involverende stuegang" eller tilsvarende metoder baseret på principperne bag metoden, på relevante enheder. For at sikre, at patientinddragelse også omfatter patienter med afatiske eller kognitive kommunikationsvanskeligheder, anbefales det at relevant personale undervises i, og aktiviteter tilrettelægges med udgangspunkt i, principperne for samtalestøtte.*
6. *Som led i revisionen af de eksisterende anbefalinger, visitationsretningslinjer og forløbsprogrammer tilføjes særskilt anbefalinger for patient- og pårørendeinddragelse, med særligt fokus på kommunalt regi.*
7. *I regi af Sundheds- og Ældreministeriet udarbejdes der, med inddragelse af brugerorganisationer og øvrige relevante aktører, borger- og pårørenderettet informationsmateriale, samt informationsmateriale rettet mod relevante fagpersoner om genoptræningsplaner, herunder om lovgrundlag og retsstilling.*

8. *Regioner og kommuner arbejder systematisk med brugertilfredshed med udgangspunkt i eksisterende erfaringer på området.*

### **Tværspektorielt samarbejde**

9. *Regioner og kommuner iværksætter i fællesskab initiativer, der har til formål at understøtte et formaliseret samarbejde mellem regioner og kommuner. Samarbejdet skal styrke gensidigt kendskab og udbredelse af viden, fx via gennemførelse af fælles kvalitetsarbejde og journalaudits mv. på tværs af sektorer.*
10. *Der iværksættes forsøg med udgående funktion fra sygehuse med højt specialiseret funktion i neurorehabilitering<sup>5</sup> til kommuner med særlig henblik på kompetenceudvikling.*

### **Monitorering**

11. *Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde en ny opgørelsesmetode til opgørelse af antal genoptræningsplaner til målgruppen med erhvervet hjerneskade.*
12. *I regi af Sundhedsdatastyrelsen oprettes en administrativ kode til national monitorering af kommunernes visitation af almene genoptræningsplaner til henholdsvis genoptræning på basalt niveau og genoptræning på avanceret niveau.*

---

<sup>5</sup> Jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi 13.02.2017.  
<https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan/~media/061306D5042E4FA3B75F6717B7B9D68B.ashx>

## 3 Kvalitet i indsatserne

### *Anbefalinger*

*Sundhedsstyrelsen reviderer og opdaterer, med inddragelse af relevante aktører og på baggrund af eksisterende erfaringer, relevante anbefalinger, retningslinjer og forløbsprogrammer. Revisionen vil have særligt fokus på at præcisere anbefalinger vedrørende volumen, kompetencer og udstyr i genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.*

*Regionerne igangsætter initiativer, der understøtter, at læger og andet sundhedsfagligt personale på relevante afdelinger har kendskab til indhold i Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus og deres ansvar i relation hertil.*

*Kommuner igangsætter konkrete initiativer, herunder tværkommunalt samarbejde, der understøtter udførelse af genoptræning på avanceret niveau, mhp. at efterleve tilknyttede krav, som defineret i bekendtgørelse og visitationsretningslinje.*

### 3.1 Baggrund

Sundheds- og Ældreministeriets bekendtgørelse om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 1088 af 06/10/2014) stillede blandt andet krav til nye niveauer for genoptræningsplaner, herunder genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Hensigten var at forhindre uhensigtsmæssig afspecialisering af genoptræningsområdet, som var en af de udfordringer, der blev adresseret i en evaluering af kommunalreformen i 2013<sup>6</sup>.

Sundhedsstyrelsens faglige retningslinje Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje (Sundhedsstyrelsen 2014a) præciserer, at en lille del af målgruppen med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedssættelser, af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, har behov for indsatser, som varetages af sundhedspersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og hvor der stilles særlige krav til særligt udstyr og koordinering af indsatser.

I bekendtgørelsens § 4 fremgår det, at genoptræningsplanen senest skal udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet, og der er jf. National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi (Sundhedsstyrelsen 2014b) faglig konsensus om, at der er brug for hurtig opstart af genoptræning umiddelbart efter skaden, og at genoptræningsindsatsen skal foregå kontinuerligt for at opnå størst mulig effekt. Det er således afgørende, at sygehuset får udarbejdet og overleveret genoptræningsplanen rettidigt.

---

<sup>6</sup> <http://sim.dk/media/15185/evaluering-af-kommunalreformen.pdf>



Langt de fleste patienter i målgruppen vil have brug for indsatser leveret på baggrund af en genoptræningsplan på avanceret niveau og af visitationsretningslinjen fremgår det, at for det avancerede niveau gælder, at de involverede sundhedspersoner har særlige kompetencer og relevant erfaring inden for deres fagområde, herunder i forhold til patienter med erhvervet hjerneskade; dvs. grunduddannelse med efteruddannelse på højt niveau, hvilket vil sige systematiske uddannelsesforløb i neurorehabilitering og anvendelse af særlige metoder i indsatsen (Sundhedsstyrelsen 2014a).

Det fremgår endvidere af visitationsretningslinjen, at det for mange kommuners vedkommende vil være nødvendigt at etablere tværkommunale tilbud med henblik på at efterleve kravene knyttet til genoptræning på avanceret niveau, da patientgrundlaget i de fleste kommuner ikke vil være stort nok til at personalet kan vedligeholde deres kompetencer på det nødvendige niveau.

## 3.2 Udfordringsbillede

### *Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau*

Nyeste datatræk, lavet i forbindelse med servicetjekket, viser, at mængden af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau er stigende, men fortsat lav, og adskiller sig væsentligt fra det estimerede antal fremsat i visitationsretningslinjen fra 2014, hvor man forsigtigt skønnede, at omkring 5 pct. af den samlede målgruppe (ca. 350-450 patienter) vil have behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Den lave forekomst af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau og den regionale variation i antallet tyder på mangelfuld implementering af bekendtgørelsen, hvorfor der bør være en særlig opmærksomhed herpå. Som det fremgår af bilag 2 må dataopgørelserne tolkes med visse forbehold. Dog mener vi at kunne konkludere at dataudtræk, sammenholdt med kommunale spørgeskemaresultater i Rambølls analyse, og følgegruppens input, samlet kan påvise udfordringer i antal og variation i forhold til visitation til rehabilitering til specialiseret niveau.

### *Valg af specialiseringsniveau*

I Rambølls afdækning peger flere regioner peger på, at der i nogle tilfælde kan opstå tvivl om, hvilket niveau af genoptræning/rehabilitering der er det rette til en given patient, hvilket dels skyldes en oplevelse af, at der ikke er en klar afgrænsning af målgruppen i retningslinjer på området.

Det kan ligeledes være vanskeligt at vurdere hjerneskadens omfang, og dermed genoptræningsbehov, tidligt i forløbet, hvilket også fremgår af Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering (Sundhedsstyrelsen 2011c), hvor det fremgår, at særligt kognitive og mentale følger kan være vanskelige at udrede tidligt i forløbet. Idet systemiseret tilbageløb og kontrol på sygehuset med henblik på revurdering af genoptræningsbehov efter udskrivning kun eksisterer og benyttes i begrænset omfang, er det vigtigt, at den initiale vurdering af genoptræningsbehov er korrekt og fagligt velfunderet. Endvidere vil der grundet målgruppens differentierede og komplekse udfaldsbillede ofte være tilfælde, hvor der ved udskrivning er tvivl om, hvilket niveau af genoptræning, patienten har brug for.

### *Målgruppen udskrives ikke kun fra neurologiske afdelinger*

Data viser også, at cirka halvdelen af målgruppen udskrives fra andre afdelinger end neurologiske, hvilket kan betyde, at de påkrævede tværfaglige kompetencer i forbindelse med udredning er vanskeligere at få adgang til.

### *Rettidig udarbejdelse af genoptræningsplan*

Rambølls analyse har endvidere vist, at op mod en tredjedel <sup>7</sup> af de adspurgte medarbejdere på neurologiske afdelinger udtaler, at de oplever, at patienter ikke får en genoptræningsplan udarbejdet og udleveret rettidigt. Dette er i strid med bekendtgørelsen, hvor det fremgår at genoptræningsplanen senest udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet, og samtidig, efter aftale med patienten, sendes til patientens bopælskommune og praktiserende læge. En forsinkelse heraf kan vanskeliggøre og forsinke opstart af genoptræningsindsatser i kommunalt regi.

### *Uensartet visitation til hhv. basalt og avanceret niveau*

Rambølls analyse peger på, at kommunernes visitation til genoptræning på hhv. basalt og avanceret niveau er uensartet på tværs af kommuner i forhold til den procentvise fordeling. Det er gennemgående i bekendtgørelsen og retningslinjer på området, at der er særlige krav til det avancerede niveau, når det gælder kompetencer, volumen, udstyr mv. netop med fokus på at højne kvaliteten af indsatsen for den største del af målgruppen.

Derimod tyder Rambølls analyse ikke på, at der i praksis differentieres ud fra parametre, der sikrer indsatsens faglige kvalitet, men at den væsentligste forskel på basalt og avanceret niveau består af intensitet og varighed. I visitationsretningslinjen fremgår det, at der på det avancerede niveau stilles særlige faglige og organisatoriske krav, hvilket betyder, at mange kommuner vil have behov for at indgå i tværkommunale samarbejder med henblik på at oparbejde en vis volumen i målgruppen. Det har fx i forbindelse med Rambølls analyse ikke været muligt at finde kommuner, hvor der er indgået tværkommunale samarbejder, hvilket netop har til hensigt at sikre tilstrækkeligt volumen i målgruppen<sup>8</sup>. Dette tyder på, at den nødvendige organisatoriske og kompetencemæssige robusthed, der er forudsætningen for at levere genoptræning på avanceret niveau, ikke er oparbejdet.

Rambølls analyse fandt ligeledes, at der i de færreste kommuner var udarbejdet kompetenceprofiler på medarbejdere, der udøver indsatser på avanceret niveau i kommunerne. Nedskrevne kompetenceprofiler er ikke et krav, men kan ses som en indikator for, hvorvidt der er en kvalitetsmæssig graduering mellem genoptræningsniveauerne. Med den viden servicetjekket har bidraget med konkluderes det, at indsatserne på avanceret niveau generelt ikke lever op til bekendtgørelsen<sup>9</sup> eller Sundhedsstyrelsens anbefalinger jf. visitationsretningslinjen<sup>10</sup>.

### *Kvalitet i specialiserede tilbud hos ekstern leverandør*

Rambølls analyse adresserer overordnet, at der i kommunerne opleves forskellige udfordringer med at sammensætte forløb, der leveres i samarbejde med ekstern leverandør, samt med at sikre kvaliteten af de specialiserede indsatser, der tilkøbes af ekstern leverandør. Rambølls analyse

---

<sup>7</sup> <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/genoptraening-og-rehabilitering/servicetjek-af-hjerneskaedomraadet>. Se afsnit 4 i Rambølls analyse.

<sup>8</sup> Kommunale repræsentanter i følgegruppen har dog efterfølgende gjort opmærksom på, at der findes sådanne samarbejder.

<sup>9</sup> Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus

<sup>10</sup> Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje

viser endvidere, at over halvdelen af kommunerne ikke har en procedure for, hvorledes de kvalitetssikrer eksterne leverandører af specialiserede rehabiliteringsindsatser. Flere kommuner efter-spørger således hjælp til, hvorledes det sikres, at eksterne leverandører lever op til det specialiserede niveau jf. bekendtgørelsen<sup>11</sup>.

### 3.3 Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Med henblik på at understøtte regioner og kommuner i ovenstående anbefales det, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med relevante aktører reviderer Forløbsprogrammerne for voksne og børn og unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen 2011a og 2011b) samt Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje (Sundhedsstyrelsen 2014a). Særligt med fokus på at få præciseret anbefalinger vedrørende krav til genoptræning på avancerede niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Revidering af ovennævnte publikationer skal ses i sammenhæng med eksisterende anbefalinger på både det social- og sundhedsfaglige område

Det er centralt, at der fremadrettet er fokus på at understøtte regioner og kommuner i implementering af de faglige anbefalinger, og det anbefales derfor, i forlængelse af ovennævnte revision, at der iværksættes initiativer, hvor Sundhedsstyrelsen sammen med KL, Danske Regioner og Socialstyrelsen igangsætter initiativer med henblik på implementering af anbefalingerne. Fokus vil særligt være på udbredelse af metoder i regionerne til understøttelse af den faglige vurdering i tilfælde af tvivl om, hvilket niveau patienten skal visiteres til, rådgivning i forhold til indhold og kompetencer på avanceret niveau og metoder til vurdering og indgåelse af aftaler med tilbud, der leverer rehabilitering på specialiseret niveau.

På baggrund af ovenstående anbefales det, at der fortsat fokuseres på at implementere bekendtgørelsen, med et særligt fokus på at understøtte visitation til rette niveau og rettidighed i overlevering af genoptræningsplanen fra sygehus til kommune, ligesom fokus på inddragelse af patienter i forbindelse med udarbejdelse af genoptræningsplanen anbefales (se også kapitel 5 om patient og pårørende inddragelse).

Desuden anbefales det, at der regionalt igangsættes kompetenceudvikling af læger og andet sundhedsfagligt personale, med henblik på at øge deres kendskab til gældende retningslinjer på området og deres ansvar i relation hertil.

Endvidere anbefales det, at der regionalt iværksættes initiativer, der er med til at understøtte en tværfaglig og fagligt velfunderet vurdering af den del af målgruppen, hvor der kan være tvivl om, hvilket niveau af genoptræning/rehabilitering de har brug for, med henblik på at understøtte, at patienter, der har brug for rehabilitering på specialiseret niveau, visiteres hertil.

Ligeledes anbefales det, at kommuner arbejder intensivt på at implementere genoptræning på avanceret niveau, som defineret i bekendtgørelse og visitationsretningslinje, herunder at der konkret igangsættes initiativer der understøtter tværkommunalt samarbejde med henblik på at udvikle det avancerede niveau og tilknyttede krav hertil ift. kompetencer, udstyr volumen etc.

---

<sup>11</sup> Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus

Konkret kan der i alle kommuner udarbejdes kompetenceprofiler for medarbejdere, der leverer genoptræning på avanceret niveau med henblik på at understøtte ledelsen i at sikre tilstedeværelsen af de kompetencer, som er nødvendige for dette niveau.

## 4 Faglig kvalitetsudvikling

### *Anbefaling*

*Sundhedsstyrelsen udarbejder på baggrund af eksisterende erfaringer, forskning og evidens og med inddragelse af repræsentanter fra faglige selskaber, brugerorganisationer, regioner og kommuner, nationale redskaber til funktionsevnevurdering. Arbejdet forudgås af en eksternt udarbejdet foranalyse og inddrager viden om relevant sideløbende arbejde med blandt andet pro-data.*

### 4.1 Baggrund

Sundhedsstyrelsen har i Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen 2011a) påpeget, at der til planlægning og fastlæggelse af rehabiliteringsindsatser er behov for systematisk udredning af funktionsevnen.

Af Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje (Sundhedsstyrelsen 2014a) fremgår det, at der så vidt muligt bør anvendes validerede vurderingsredskaber til vurdering af funktionsevnen. Disse bør ligeledes indarbejdes i kommunal praksis, ligesom der i regi af sundhedsaftalesamarbejdet hensigtsmæssigt kan iværksættes et udviklingsarbejde omkring harmonisering af anvendelsen af vurderingsredskaber med henblik på overførsel af information og sikring af sammenhængende forløb mellem sygehus og kommune.

Det anbefales ligeledes i National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi (Sundhedsstyrelsen 2014b), at der iværksættes et udviklingsarbejde, der identificerer og eventuelt validerer relevante måleredskaber med henblik på at gøre data brugbare.

Endelig har der i regi af Dansk Selskab for Neurorehabilitering været igangsat et arbejde, der havde til formål at udvælge nationale redskaber til vurdering af funktionsevne på hjerneskadeområdet. Arbejdet blev dog sat i bero som følge af manglende finansiering.

### 4.2 Udfordringsbillede

#### *Manglende national monitorering af effekt*

Et af budskaberne i Rigsrevisionens beretning er, at der ikke kan måles effekt på indsatserne i kommunerne, og Sundhedsstyrelsen anerkender, at der nationalt ikke er mulighed for at monitorere effekten af genoptræningsindsatser, og at det er en generel udfordring, at der ikke findes registrering, som måler effekten af indsatserne på tværs af sektorer.

### 4.3 Anbefalinger for den fremadrettede indsats

På baggrund af ovenstående anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der iværksættes en proces, der følger op på arbejdet med at udvælge fælles nationale redskaber til vurdering af funktionsevne til mennesker med erhvervet hjerneskade. Dermed understøttes kommunikation om funktionsevne

gennem hele patientens forløb i det regionale og kommunale sundhedsvæsen, hvilket på sigt kan danne grundlag for effektmåling. Sundhedsstyrelsen finder det vigtigt, at der igangsættes et arbejde, der understøtter at dette gælder på tværs af sygdomsområder, og i det omfang mere generiske redskaber til vurdering af funktionsevne kan udvælges, vurderes det at være en fordel.

Arbejdet bør tage udgangspunkt i en afdækning af området og inddrage eksisterende arbejde med lignende tiltag, herunder arbejdet med pro-data.

## 5 Patient- og pårørendeperspektiv

### *Anbefalinger*

*Regioner udbreder metoden "Den involverende stuegang" eller tilsvarende metoder baseret på principperne bag metoden, på relevante enheder. For at sikre, at patient-/borgerinddragelse også omfatter patienter og borgere med afatiske eller kognitive kommunikationsvanskeligheder, anbefales det at relevant personale undervises i, og aktiviteter tilrettelægges med udgangspunkt i, principperne for samtalestøtte.*

*Som led i revisionen af de eksisterende anbefalinger, visitationsretningslinjer og forløbsprogrammer tilføjes særskilt anbefalinger for patient- og pårørendeinddragelse, med særligt fokus på kommunalt regi.*

*I regi af Sundheds- og Ældreministeriet udarbejdes der med inddragelse af brugerorganisationer og øvrige relevante aktører, borger- og pårørenderettet informationsmateriale, samt informationsmateriale rettet mod relevante fagpersoner om genoptræningsplaner, herunder om lovgrundlag og retsstilling.*

*Regioner og kommuner arbejder systematisk med brugertilfredshed med udgangspunkt i eksisterende erfaringer på området.*

### 5.1 Baggrund

I bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus § 1, stk. 2, fremgår det, at genoptræningsplanen skal udarbejdes i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Det fremgår derudover af Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje (Sundhedsstyrelsen, 2014), at når borgeren er visiteret til en indsats eller et konkret tilbud, er det herefter de ansvarlige sundhedspersoner og øvrige fagpersoner, som med baggrund i en udredning af patienten og med inddragelse af patienten og dennes pårørende, fastlægger de konkrete faglige indsatser. Det fremgår endvidere i bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus § 6 stk. 2, at kommunalbestyrelsen er forpligtiget til at oplyse om frit valg af genoptræningstilbud. Herudover fremgår det af Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering (Sundhedsstyrelsen, 2010), at inddragelse af borgeren kan fremme udbyttet af rehabiliteringsindsatsen, fordi de involverede oplever større motivation, engagement og kontrol.

Der er således både faglig konsensus og lovgivning, der understreger væsentligheden af patient- og borgerinddragelse i genoptrænings- og rehabiliteringsforløb både i den initiale udarbejdelse af genoptræningsplanen og i forhold til planlægning af indsatser.

### 5.2 Udfordringsbillede

#### *Manglende patient- og pårørendeinddragelse*

Følgegruppens repræsentanter fra patientforeningerne angiver, at patienter i mindre omfang oplever at blive inddraget. Det gælder både i forbindelse med udarbejdelsen af genoptræningsplanen og i forbindelse med visitation til indsatser mv. i kommunerne.

Rambølls fund om regionernes håndtering af patient- og pårørendeinddragelse i forbindelse med udarbejdelse af genoptræningsplanen viser, at der i alle regioner er fokus på at inddrage patienter og pårørende. Dog oplever medarbejderne det udfordrende på grund af korte indlæggelser og manglende medarbejderkompetencer til at kommunikere og herigennem inddrage patienter med kognitive deficits.

#### *Uens forståelse af ”patientinddragelse”*

Fundene afspejler desuden, at begrebet patientinddragelse tolkes på forskellig vis, hvilket betyder, at der flere steder i praksis snarere er tale om, at patienten og de pårørende informeres, end at der sker en reel inddragelse i forhold til genoptræningsplanens indhold.

Lignende billede gør sig gældende i kommunalt regi, hvor de adspurgte kommuner selv har en oplevelse af, at borgeren bliver inddraget, men hvor inddragelsen ofte primært har karakter af formulering af målsætninger for forløbet, mens den egentlige planlægning af indsatserne oftest sker uden egentlig inddragelse af borgeren, der blot informeres efterfølgende. Endelig vurderes der at være stor variation i metoder til og grad af borger- og pårørendeinddragelse på tværs af kommunerne.

#### *Manglende gennemsigtighed i rettigheder og muligheder*

Patienter, der rammes af en hjerneskade, og pårørende befinder sig ofte i omfattende livskrise. Patienten er ofte ramt på flere livsområder, og forløbet er for mange langstrakt og komplekst med indsatser på tværs af sektorer, forvaltninger og lovgivning. Håndtering af dette kræver, at patient og pårørende er rustet til at kunne navigere i sundhedsvæsenet, herunder at opnå kendskab til, hvilke rettigheder og muligheder der gør sig gældende i forhold til genoptræning og rehabilitering.

Repræsentanter fra patientforeninger i følgegruppen oplever i deres rådgivning, at borgere ikke får den nødvendige information om frit valg mellem genoptræningstilbud, og de efterlyser endvidere en større gennemsigtighed i borgerens rettigheder, herunder klagemuligheder, særligt i forbindelse med klageadgang i relation til kommunale genoptræningsindsatser og visitationen hertil. Rambølls afdækning angiver ikke, hvorvidt kommunerne har en procedure for at informere om frit valg.

### 5.3 **Anbefalinger for den fremadrettede indsats**

På baggrund af ovenstående anbefales det, at der iværksættes initiativer, der understøtter en mere ensartet tilgang til patient- og pårørendeinddragelse på tværs af regioner og kommuner. Initiativerne skal have til formål dels at give faglige anbefalinger til patient- og pårørendeinddragelse, dels at udbrede konkrete metoder der har til formål at understøtte inddragelsen af patienter i praksis.

Konkret anbefales for det første at udbrede ’Den involverende stuegang’ (DIS). DIS er en metode til gennemførelse af stuegang, som blev implementeret på Rigshospitalets afdeling for apopleksi i Glostrup i 2012, og er en metode, hvor grundantagelsen er, at alle drøftelser om behandling og genoptræning sker i dialog med patienten og dennes eventuelle pårørende. Den bygger på principper fra Interprofessionel Læring og Samarbejde i Sundhedsvæsenet (IPLS), som kort beskrevet er, når to eller flere faggrupper deler viden og erfaringer og lærer af og om hinanden i



et interagerende samarbejde, med inddragelse af patienten og de pårørende. IPLS er en international anerkendt metode, der er udviklet i Canada og England.

Det anbefales for det andet, at der i sammenhæng med implementeringen af DIS iværksættes kompetenceudvikling i form af uddannelse af relevant personale i samtalestøtte til patienter med afasi. Af den samlede gruppe, der får en apopleksi, har op mod en tredjedel afasi. Samtalestøtten kan fx være med udgangspunkt i metoden 'Supported Conversation of Adults with Aphasia' (SCA) (på dansk kaldet "samtalestøtte til afasiramte"), som er udviklet af Aphasia Institute i Toronto, der er førende i forhold til en deltagelsesorienteret tilgang til afasibehandling og til at give patienter med afasi mulighed for en højere grad af inddragelse i rehabiliteringsforløbet trods kommunikative vanskeligheder.

For det tredje anbefales det, som nævnt i kapitel 3, at Sundhedsstyrelsen reviderer de eksisterende forløbsprogrammer fra 2011 med særligt fokus på at tilføje anbefalinger for borger- og pårørendeinddragelse. Det drejer sig fx om inddragelse af patient og pårørende i udarbejdelsen af genoptræningsplanen og i det videre forløb i kommunalt regi. Revidering af ovennævnte publikationer skal ske i sammenhæng med eksisterende anbefalinger på både det sociale og sundhedsfaglige område.

Endvidere anbefales det, at der udarbejdes informationsmateriale målrettet patienter med erhvervet hjerneskade og pårørende, samt informationsmateriale rettet mod relevante fagpersoner. Materialet vil bestå af en oversigt over patientens rettigheder og klagemuligheder, og der tages højde for, at indsatser ydes i flere sektorer og i medfør af flere forskellige love.

Endeligt anbefales det, med det formål at arbejde systematisk med brugertilfredshed, at regioner og kommuner udarbejder spørgsmål, med udgangspunkt i eksisterende erfaringer, der bidrager til viden om brugertilfredshed og dermed viden om, hvor der, med et brugerperspektiv, er grundlag for forbedringer i praksis.

## 6 Tværsektorielt samarbejde

### *Anbefalinger*

*Regioner og kommuner iværksætter i fællesskab initiativer, der har til formål at understøtte et formaliseret samarbejde mellem regioner og kommuner. Samarbejdet skal styrke gensidigt kendskab og udbredelse af viden, fx via gennemførelse af fælles kvalitetsarbejde og journalaudits mv. på tværs af sektorer.*

*Der iværksettes forsøg med udgående funktion fra sygehuse med højt specialiseret funktion i neurorehabilitering til kommuner med særlig henblik på kompetenceudvikling.*

### 6.1 Baggrund

Det fremgår af Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig Visitationsretningslinje (Sundhedsstyrelsen 2014a), at der er behov for et koordineret samarbejde med mulighed for gensidig rådgivning og dialog. Særligt for det avancerede niveau og rehabilitering på specialiseret niveau kræves udvidet grad af koordinering, hvor der på det basale niveau primært vil være tale om samarbejde mellem fagpersoner.

### 6.2 Udfordringsbillede

#### *Manglende viden og samarbejde på tværs af sektorer*

Det fremgår af Rambølls analyse, at der er betydelig variation i kommuner og regioners formelle samarbejde, og der udtrykkes fra regionernes side uklarhed om kvaliteten af de kommunale genoptrænings- og rehabiliteringstilbud. Omvendt adresserer kommunerne, at de kan mangle klarhed over den faglige begrundelse for visitationen til rehabilitering på specialiseret niveau. Følgegruppen for servicetjekket medgiver, at der fortsat er mangel på viden om, hvad der foregår i den anden sektor, og der er tegn på en vis mistillid og mangel på forståelse for hinandens virkelighed, og hvilke indsatser der findes til målgruppen.

### 6.3 anbefalinger for den fremadrettede indsats

Det anbefales, at der iværksettes initiativer, der understøtter kendskab til patientens samlede forløb på tværs af sektorer og relations opbyggende aktiviteter med udgangspunkt i fx kvalitetsarbejde eller journalaudits på tværs af sektorer. Formålet er, at der gensidigt opbygges kendskab til de faglige indsatser på tværs af sektorer. Dette vurderes at kunne have indflydelse på patientens oplevelse af et mere sammenhængende forløb. Endvidere kan sådanne initiativer være med til at understøtte implementering af bekendtgørelse og vejledning, idet de vil danne grobund for en fælles dialog om tolkning af reglerne for genoptræning og rehabilitering. Dette initiativ kan have snitflade til anbefalinger på det sociale område, hvorfor initiativer skal ske i sammenhæng hermed.

Derudover anbefales det at understøtte, at de højt specialiserede neurorehabiliteringssteder<sup>12</sup> udvider deres viden og, i samarbejde med kommuner, iværksætter forsøg med udgående funktioner. Forsøgene skal i særlig grad tage hensyn til geografisk spredning og tage udgangspunkt i kommunernes identificerede behov.

---

<sup>12</sup> <sup>12</sup> Jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi 13.02.2017.  
[https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan/~/\\_media/061306D5042E4FA3B75F6717B7B9D68B.ashx](https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan/~/_media/061306D5042E4FA3B75F6717B7B9D68B.ashx)

## 7 Monitorering

### *Anbefalinger*

*Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde en ny opgørelsesmetode til opgørelse af antal genoptræningsplaner til målgruppen med erhvervet hjerneskade.*

*I regi af Sundhedsdatastyrelsen oprettes en administrativ kode til national monitorering af kommunernes visitation af almene genoptræningsplaner til henholdsvis genoptræning på basalt niveau og genoptræning på avanceret niveau.*

### 7.1 Baggrund

Med bekendtgørelse nr. 1088 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptrænings tilbud efter udskrivning fra sygehus kom der nye regler for udarbejdelsen af genoptræningsplaner. Det betød, at der kom en ny type genoptræningsplan (genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau), og at der formelt kom nye specialiseringsniveauer for den kommunale genoptræningsindsats, hvormed patienter med en almen genoptræningsplan kan modtage genoptræning på enten basalt eller avanceret niveau, mens patienter med særligt komplekse behov kan modtage rehabilitering på specialiseret niveau. Sygehusene har som tidligere mulighed for at udarbejde en genoptræningsplan til specialiseret genoptræning, der varetages på sygehus, når der er behov herfor.

I Rigsrevisionens beretning indgår tal for bl.a. udarbejdelsen af genoptræningsplaner og ventetid til kommunal genoptræning. Det beskrives i den forbindelse, at der kun er udarbejdet 49 genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau<sup>13</sup>, hvilket er væsentligt mindre end estimeret i Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskade.

Tal for antal patienter og genoptræningsplaner benyttes i forbindelse med udarbejdelsen af publikationer og i forbindelse med sundhedsplanlægning nationalt, i regioner og i kommuner. Derfor er der generelt fokus på disse, herunder i nationale monitoreringsdeltag og i det lokale kvalitetsarbejde. Endelig indgår eksempelvis ventetidsopgørelser i de nationale mål for sundheds væsnet og i monitoreringen af sundhedsaftalerne på eSundhed.dk.

---

<sup>13</sup> Rigsrevisionens optælling er foretaget på et tidspunkt, hvor MedCom standarden for de nye genoptræningsplaner ikke var implementeret i alle regioner.

## 7.2 Udfordringsbillede

### *Opgørelser over genoptræningsplaner*

Sundhedsdatastyrelsen har som led i servicetjekket udarbejdet en række opgørelser over antal udarbejdede genoptræningsplaner til patienter med erhvervet hjerneskade samt ventetid til kommunal genoptræning. Opgørelserne viser antal genoptræningsplaner opgjort på aggregationsniveauerne: hele landet, regioner, samt sygehuse og kommuner. Der er endvidere suppleret med en opgørelse over antal genoptræningsplaner til målgruppen på henholdsvis neurologiske afdelinger og øvrige afdelinger. Et udsnit af opgørelserne er vedlagt som bilag 2.

Opgørelsesmetoden, herunder afgrænsning af populationen, tidsvindue<sup>14</sup>, og om der alene inkluderes incidente patienter, har indflydelse på antallet af genoptræningsplaner i opgørelserne. Sundhedsstyrelsen formoder, at tidsvinduet har størst betydning for opgørelsen af genoptræningsplaner til specialiseret rehabilitering, da hjerneskadens sværhedsgrad (og det deraf følgende behandlings- og genoptræningsbehov) ofte har betydning for indlæggelsestiden. Om der alene inkluderes incidente patienter, eller om der også inkluderes patienter, der tidligere har haft en hjerneskadediagnose, har også stor betydning, idet en relativ stor andel af patienter med erhvervet hjerneskade har behov for flere indlæggelser og/eller opfølgning i længere tid, fx på baggrund af forværring eller nyt tilfælde af den bagvedliggende sygdom med heraf afledt behov for ny eller revideret genoptræningsplan.

Der er i følgegruppen blevet rejst spørgsmål ved den metode, der har været benyttet i forbindelse med en række tidligere publikationer. Det er således blevet fremført, at metoden har vist sig upræcis i forhold til at angive antallet af patienter med erhvervet hjerneskade, der på baggrund af hjerneskaden har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, bl.a. fordi metoden alene har inkluderet incidente patienter, ligesom hjerneskadediagnosen ikke nødvendigvis kan antages at være den udløsende faktor for udarbejdelsen af genoptræningsplanen. Der er således nogle udfordringer i den anvendte opgørelsesmetode til estimering af antal mennesker med genoptræningsbehov efter udskrivning fra sygehus for målgruppen med erhvervet hjerneskade, og disse udfordringer er taget til efterretning. Ved eventuelle fremtidige opgørelser på området kan det derfor med fordel overvejes, at der udarbejdes en opgørelsesmetode til estimering i samarbejde med relevante faglige selskaber.

### *Monitorering af kommuners visitation af almene genoptræningsplaner*

Det følger af bekendtgørelsens § 5, stk. 3, at såfremt genoptræningsplanen angiver, at patienten har behov for almen genoptræning efter udskrivning, skal kommunen på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering som led i visitationen angive, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Sundhedsstyrelsen og KL har opfordret kommunerne til at monitorere visitationen af mennesker, der udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning til henholdsvis basal og avanceret genoptræning. Det har mange kommuner gjort, men

---

<sup>14</sup> Tidsvinduet er den periode, der kan gå fra indskrivning på sygehus med hjerneskadediagnose og til registrering af udarbejdet genoptræningsplan, hvis den skal tælle med i opgørelsen. Opgørelserne, der ligger til grund for nærværende afrapportering, er afgrænset således, at genoptræningsplanen kan være udarbejdet inden for 6 måneder efter indskrivning på sygehus med hjerneskadediagnose (tidsvindue på 6 måneder)

der er imidlertid ikke nogen national indberetning, og visitationen kan derfor ikke følges nationalt. Af Rambølls analyse fremgår tal for kommunernes visitation af almene genoptræningsplaner på regionsniveau.

Kigges på fordelingen i de enkelte kommuner, ses der variation i visitationen af borgere med en genoptræningsplan til almen genoptræning til henholdsvis basalt og avanceret niveau. For Region Midtjylland fremgår eksempelvis, at den kommune, der visiterer den største andel borgere til avanceret niveau, visiterer 79 % af borgerne til genoptræning på avanceret niveau. Herimod visiterer den kommune i regionen, der visiterer den laveste andel borgere til genoptræning på avanceret niveau, kun 19 % af borgerne til det avancerede niveau. For Region Hovedstaden er andelen for kommunerne, der visiterer flest og færrest borgere til genoptræning på avanceret niveau, henholdsvis 93 % og 46 %. I Region Nordjylland er der en kommune, der visiterer samtlige borgere med en genoptræningsplan til almen genoptræning til avanceret niveau. Dette indikerer, at det faglige grundlag for at foretage vurderingen varierer på tværs af kommunerne.

Selvom tallene fra Rambølls analyse er behæftet med en vis usikkerhed, da langt fra alle kommuner (39 ud af 98) indgår i opgørelserne, må det alligevel konkluderes, at der nationalt er stor variation i visitationen til de to specialiseringsniveauer for genoptræning i kommunen.

Vurderes kommunernes visitation i forhold til skønnet for fordelingen mellem de to niveauer i Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje fra 2014, ses det, at nogle kommuner visiterer langt færre og andre flere borgere til det avancerede niveau, end det blev forudsagt. I visitationsretningslinjen var estimeret, at ca. 20-30 % af patienterne ville skulle varetages på basalt niveau, mens 60-70 % ville skulle varetages på avanceret niveau.

### 7.3 anbefalinger til fremtidig indsats

#### *Udvikling af ny opgørelsesmetode for antal genoptræningsplaner til patienter med erhvervet hjerneskade*

På baggrund af det skitserede udfordringsbillede anbefales det, at der i et samarbejde mellem Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsstyrelsen iværksættes et fagligt arbejde med henblik på at udvikle det faglige indhold i en ny opgørelsesmetode til estimering af antal genoptræningsplaner til målgruppen med erhvervet hjerneskade.

#### *Nye administrative koder for kommunal visitation af almene genoptræningsplaner*

Genoptræningsydelse, der er foretaget i kommunerne efter § 140 i Sundhedsloven, indberettes til Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI). I indberetningen af genoptræningsydelser er det i dag ikke muligt at skelne mellem genoptræning på basalt og avanceret niveau. Der findes administrative koder for start- og slutdato for specialiseret genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau, der dog for nuværende kun benyttes af sygehusene.

For at muliggøre en national registrering af kommunernes visitation af mennesker med genoptræningsplaner til almen genoptræning til henholdsvis basalt eller avanceret niveau, anbefales det, at følgende administrative koder tilføjes kodekataloget for indberetning af ergoterapeutiske og fysioterapeutiske ydelser til Sundhedsdatastyrelsen.

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
<b>AWG2A</b>	Almen gentræning på basalt niveau	Administrativ kode for at kommunen har visiteret patienten til genoptræning på basalt niveau
<b>AWG2B</b>	Almen genoptræning på avanceret niveau	Administrativ kode for at kommunen har visiteret patienten til genoptræning på avanceret niveau

De to administrative koder for visitationen af almene genoptræningsplaner kan hensigtsmæssigt implementeres samtidig med en række nye administrative koder til monitorering af ventetid i kommunerne med henblik på at styrke det samlede overblik for området.

## 8 Referencer

Sundheds- og Ældreministeriet 2014. Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr 1088 af 06/10/2014 )

Sundhedsstyrelsen 2011a. Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade

Sundhedsstyrelsen 2011b. Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade

Sundhedsstyrelsen 2011c. Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering; Hovedrapport

Sundhedsstyrelsen 2014a. Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig Visitationsretningslinje

Sundhedsstyrelsen 2014b. National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi



## 9 Bilag

**Bilag 1:** Følgegruppens kommissorium og medlemmer

**Bilag 2:** Beskrivelse af dataopgørelser

## **Kommissorium for Følgegruppen vedr. servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen til mennesker med erhvervet hjerneskade**

Sundhedsstyrelsen nedsætter en følgegruppe, der skal rådgive sundhedsstyrelsen i forbindelse med et servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til voksne med erhvervet hjerneskade, jf. vedlagte projektbeskrivelse for servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne for personer med erhvervet hjerneskade.

### **Formål og afgrænsning**

Formålet med at gennemføre servicetjekket er at afdække eventuelle udfordringer på området og på den baggrund at komme med bud på initiativer, der kan føre til øget kvalitet i genoptræning og rehabiliteringsindsatsen på hjerneskadeområdet efter udskrivning fra sygehus.

Servicetjekket omfatter genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser efter sundhedslovgivningen. Servicetjekket omfatter både indsatsen på sygehus, herunder udarbejdelse af genoptræningsplaner, og indsatsen i kommunerne efter udskrivning fra sygehus.

Servicetjekket har primært fokus på indsatserne til voksne med komplekse funktionsevnedestættelser.

### **Følgegruppens opgave**

Følgegruppen har til opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen i forbindelse med løsning af opgaverne, der knytter sig til projektbeskrivelsen for servicetjekket. Konkret drejer det sig om rådgivning i forbindelse med servicetjekkets tre spor:

#### **1. Data**

Analyse af antal udarbejdede genoptræningsplaner (alle typer/niveauer) opgjort på regions-, sygehus- og kommuneniveau samt registrering af ventetid til genoptræning.

#### **2. Regional implementering**

Implementering af bekendtgørelsen og sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje om genoptræning og rehabilitering i regionerne og på sygehuse. Der ønskes særligt af-dækning af udfordringer i forhold til stratificering af målgruppen i forhold til genop-trænings- og rehabiliteringsbehov og dermed typen af genoptræningsplan.

### **3. Kommunal implementering**

Implementering af bekendtgørelsen og sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje om genoptræning og rehabilitering i kommunerne. Der ønskes særligt viden om kommu- nernes håndtering af patienter, der udskrives med en genoptræningsplan til almen gen- optræning, og som visiteres til avanceret genoptræning samt patienter med genoptræ- ningsplaner til specialiseret rehabilitering. Afdækningen skal indeholde viden om, hvordan kommunen kvalitetssikrer deres tilbud til de pågældende målgrupper.

Foruden rådgivning i forhold til servicetjekkets tre spor, kan følgegruppen inddrages i forbin- delse med drøftelse af mulige initiativer, der kan iværksættes på baggrund af den viden, som servicetjekket tilvejebringer.

Følgegruppens rådgivning sker konkret på to møder i Sundhedsstyrelsen, jf. nedenstående tidsplan, og eventuelt via skriftlige bidrag. Rådgivningen bør så vidt muligt ske ud fra et landsdækkende, tværfagligt og tværsektorielt perspektiv.

### **Følgegruppens sammensætning**

Følgegruppen etableres med følgende sammensætning:

- Sundhedsstyrelsen (formand)
- Sundheds og Ældreministeriet (1)
- Sundhedsdatastyrelsen (1)
- Socialstyrelsen (1)
- Danske Regioner/Regioner (1 + 2)
- KL/kommuner (1 + 2)
- Dansk Selskab for Apopleksi (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Dansk Selskab for Logopædi og Foniatri (1)
- Dansk Selskab for NeuroRehabilitering (1)
- Dansk Socialrådgiverforening (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Danske Handicaporganisationer (2)
- Danske Patienter (1)
- Ergoterapifaglige Selskaber (1)
- Selskabet Danske Neuropsykologer (1)

Følgegruppen udpeges i samarbejde med parterne under hensyntagen til følgende behov for kompetencer:

- Faglige kompetencer på højt niveau og viden om indsatser til målgruppen fra forskellige sektorer
- Viden om organisatoriske forhold på tværs sektorer, herunder om kommunikation mellem sygehus og kommune i genoptræningsforløb

Sundhedsstyrelsen kan supplere følgegruppen efter behov. Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

## **Habilitet**

Det er en forudsætning for at deltage i arbejdet, at medlemmet, der udpeges, ikke har habilitetsproblemer. Forud for første møde bedes medlemmet derfor udfylde og indsende en habilitetserklæring via nedenstående link (kræver NemID):

Link: [Udfyld habilitetserklæring](#)

Vælg ”Følgegruppe for servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne for personer med erhvervet hjerneskade” i rullemenuen under ”vælg aktivitet, nævn, råd eller gruppe”.

Ved udfyldelse af habilitet skal man være opmærksom på følgende:

- Pkt. 2.3: Her angives navn på vedkommendes ansættelsessteder, fx offentlige sygehuse, inden for de seneste 5 år.

Ved udpegning skal medlemmer således være opmærksomme på Sundhedsstyrelsens politik vedr. habilitet, som bl.a. ikke tillader samtidig medlemskab af advisory boards mv. inden for samme emneområde(r), som man rådgiver Sundhedsstyrelsen inden for som medlem af et fagligt udvalg/arbejdsgruppe mv. Sundhedsstyrelsens vurdering af habilitet beror altid på en konkret og samlet vurdering i det enkelte tilfælde.

Habilitetserklæringer offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Sundhedsstyrelsen gør opmærksom på, at habilitetserklæring skal udfyldes konkret ift. den enkelte arbejdsgruppe, og at det ikke er tilstrækkeligt at henvise til styrelsens liste over godkendelse til samarbejde med lægemiddelindustri.

På SST.dk findes endvidere relevant information om Sundhedsstyrelsens habilitetspolitik og om proceduren for udfyldelse af habilitetserklæringer. Ved spørgsmål vedr. habilitet er man velkommen til at henvende sig til sekretær Nina Juul Eskildsen på [nije@sst.dk](mailto:nije@sst.dk).”

## Tidsplan

Fase	Indhold/leverance	Tidspunkt
1.	Nedsættelse af følgegruppe og indgåelse af aftale med konsulent	Januar 2017
2.	<b>1. møde i følgegruppen</b> og færdiggørelse af projektbeskrivelsen for servicetjek af hjerne-skadeområdet. Dagsorden sendes til deltagerne forud for mødet.	<b>24. marts 2017 kl. 10.00-13.00</b>
3.	Sporene i projektbeskrivelsen for servicetjekket igangsættes og munder ud i en af-rapportering til Sundhedsstyrelsen.	Marts 2017-juni 2017
4.	Sundhedsstyrelsen udarbejder udkast til opsamlende notat med resultaterne fra de tre spor.	Juni-juli 2017
5.	<b>2. møde i følgegruppen.</b> Følgegruppen drøfter notatudkastet og mulige initiativer på baggrund af servicetjekket. Dagsorden sendes til deltagerne forud for mødet.	<b>August 2017</b>

## Bilag: Opgørelser over antal genoptræningsplaner, ventetid til kommunal genoptræning og monitorering af kommunal visitation af genoptræningsplaner til almen genoptræning

Sundhedsdatastyrelsen har som led i datasporet udarbejdet en række opgørelser over antal udarbejdede genoptræningsplaner, patienter med erhvervet hjerneskade samt ventetid til kommunal genoptræning. Opgørelserne viser antal genoptræningsplaner opgjort på aggregeringsniveauerne *hele landet, regioner, sygehuse og kommuner*. Der er endvidere suppleret med en opgørelse over antal genoptræningsplaner til målgruppen på henholdsvis neurologiske afdelinger og øvrige afdelinger. De opdaterede opgørelser benyttes dels i forbindelse med beskrivelsen af udfordringsbilleder og anbefalinger i afrapporteringen for servicetjekket, dels til at synliggøre udviklingen siden Rigsrevisionens beretning.

### **Opgørelser over genoptræningsplaner**

Fælles for skemaerne er, at tallene angiver antal genoptræningsplaner til incidentte patienter operationaliseret som patienter med hjerneskadediagnose i 2015 til og med 1. halvår af 2017, som ikke forudgående er registreret med en hjerneskadediagnose i perioden 2001-2014, og som stadig er i live pr. 1. januar året efter første diagnose. Der er for 1. halvår 2017 ikke afgrænset på, om patienter stadig er levende 1. januar året efter. Der er i alle skemaerne benyttet samme diagnoseliste som i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Dog indgår diagnosen DT754A, der vedr. strømskader, ikke. Dette har dog i praksis næsten ingen betydning for opgørelsen af antal udarbejdede genoptræningsplaner. Der er i opgørelserne afgrænset således, at genoptræningsplanen kan være udarbejdet op til 6 måneder efter indskrivning på sygehus med hjerneskadediagnose (tidsvindue på 6 måneder). Et ”x” i skemaet er udtryk for et antal mellem 1-4, der er diskretioneret. Et blankt felt er udtryk for, at der ikke er registreret genoptræningsplaner. Landstotaler er afrundet til nærmeste 5. Kilden til tallene er Landspatientregistret pr. 10. juli 2017, Sundhedsdatastyrelsen.

I tabel 1 vises først den regionale fordeling af registrerede genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Opgørelsen er medtaget, fordi det i Rigsrevisionens beretning blev påpeget, at der i 2015 kun blev udarbejdet 49 genoptræningsplaner til specialiseret rehabilitering.

**Tabel 1: Antal udarbejdede genoptræningsplaner (rehabilitering på specialiseret niveau) blandt incidentte\* patienter med erhvervet hjerneskade i 2015-1. halvår 2017 - efter region (behandler)**

	2015	2016	2017 (1. halvår)
<b>Region Hovedstaden</b>	50	74	9
<b>Region Sjælland</b>	15	16	8
<b>Region Midtjylland</b>	X	(X) 15	8
<b>Region Nordjylland</b>		5	X

<b>Region Syddanmark</b>	X	(X) 5	X
--------------------------	---	-------	---

Kilde: Landspatientregistret pr. 10. juli 2017, Sundhedsdatastyrelsen.

\* Incidente patienter: Patienter med hjerneskadediagnose i 2015-1. halvår 2017, som ikke samtidigt har en hjerneskadediagnose i perioden 2001-2014, og som stadig er i live 1. januar året efter første diagnose. Der er for 1. halvår 2017 ikke afgrænset på, om patienter stadig er levende 1. januar året efter.

Anm.: Diagnoser registreret som aktions- eller bidiagnose.

Anm.: Tallene er diskretionerede ved antal patienter/planer mellem 1-4 (maskeret med et "X"). I forlængelse af dette er landstotalen afrundet til nærmeste 5.

Det fremgår, at der er relativ stor regional variation i antal udarbejdede genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Der ses samtidig en mindre stigning i antallet af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau siden ikrafttrædelsen af bekendtgørelsen. Hvor der i 2015 er registreret 69 genoptræningsplaner af denne type, er der i 2016 registreret 120. Dette indikerer, at der er et stigende fokus på udarbejdelsen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Da der alene er inkluderet genoptræningsplaner til incidente patienter, må det reelle antal udarbejdede genoptræningsplaner antages være større. Det er dog uvist, om antallet stemmer overens med estimatet fra Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje, hvor det blev skønnet at ca. 350-450 patienter årligt vil have behov for rehabilitering på specialiseret niveau. Igen skal det påpeges, at antallet som nævnt kun er opgjort på baggrund af incidente patienter.

Antallet af almene genoptræningsplaner samt genoptræningsplaner til specialiseret genoptræning er ikke vist i skemaet, men disse ligger relativt stabilt i perioden både nationalt og fordelt på regioner.

Vendes blikket mod, hvilke sygehusafdelinger der udarbejder genoptræningsplanerne til målgruppen med erhvervet hjerneskade ses følgende fordeling mellem neurologiske sygehusafdelinger og øvrige sygehusafdelinger.

**Tabel 2: Antal udarbejdede genoptræningsplaner blandt incidente\* patienter med erhvervet hjerneskade i 2015-1. halvår 2017 - fordelt på henholdsvis neurologiske sygehusafdelinger og øvrige afdelinger**

	2015	2016	2017 (1. halvår)
<b>Neurologiske afdelinger</b>	3.080	3.355	1.415
<b>Øvrige afdelinger</b>	3.400	3.005	1.395

Kilde: Landspatientregistret pr. 10. juli 2017, Sundhedsdatastyrelsen.

\* Incidente patienter: Patienter med hjerneskadediagnose i 2015-1. halvår 2017, som ikke samtidigt har en hjerneskadediagnose i perioden 2001-2014, og som stadig er i live 1. januar året efter første diagnose. Der er for 1. halvår 2017 ikke afgrænset på, om patienter stadig er levende 1. januar året efter.

Anm.: Diagnoser registreret som aktions- eller bidiagnose.

Anm.: Neurologiske afdelinger er afgrænset ved specialekoderne 020 og 040.

Opgørelserne er foretaget for at give et billede af, hvor stor en andel genoptræningsplaner, der er udarbejdet på en sygehusafdeling, hvor der måske ikke er et ligeså specialiseret viden om hjerneskadens betydning for genoptræningsbehovet, herunder mulige kognitive funktionsevnedssættelser, efter udskrivning fra sygehus. Dertil kan muligheden for tværfaglig vurdering af genoptræningsbehovet tænkes at være mindre på afdelinger, der ikke har det samme fokus på genoptræning og rehabilitering, som kendetegner de neurologiske afdelinger. Endelig har en række kommuner meddelt, at indholdet i de genoptræningsplaner, de modtager, kan variere meget alt efter, hvilke sygehuse og afdelinger, de er udarbejdet på. Det skal i den forbindelse understreges, at der ikke er foretaget en indholdsmæssig analyse af genoptræningsplaner fra henholdsvis neurologiske og øvrige sygehusafdelinger. Det kan derfor ikke konkluderes, at genoptræningsplanerne fra de neurologiske afdelinger i højere grad modsvarer patienternes genoptræningsbehov, end tilfældet er for genoptræningsplanerne, der er udarbejdet på øvrige sygehusafdelinger.

Alligevel skønnes tallene interessante, idet de viser, at op mod halvdelen af alle patienter med erhvervet hjerneskade får udarbejdet sin genoptræningsplan på en ikke neurologisk sygehusafdeling. Ses der på fordelingen i forhold til typer af genoptræningsplaner, er billedet næsten det samme. Således blev 37 af de i alt 69 genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau, der i 2015 er blevet registreret udarbejdet på en neurologisk afdeling, mens de resterende 32 er udarbejdet på en ikke-neurologisk afdeling. I 2016 var fordelingen henholdsvis 69 og 51. Disse opgørelser giver således også et billede af, at anbefalingen om, at genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau bør udarbejdes på en neurologisk sygehusafdeling med minimum regionsfunktion i neurorehabilitering, jf. sundhedsstyrelsens specialeplan, ikke fuldt ud efterleves.

### ***Opgørelsesmetodens betydning***

Der er i forbindelse med servicetjekket også blevet udarbejdet en test-opgørelse over antal genoptræningsplaner med to forskellige tidsvinduer på henholdsvis tre og seks måneder. Opgørelserne afspejler, hvor stor betydning tidsvinduet har for antal inkluderede genoptræningsplaner. I tabel 3 nedenfor ses tidsvinduets betydning for antallet af genoptræningsplaner til specialiseret rehabilitering.

***Tabel 3: Antal udarbejdede genoptræningsplaner (rehabilitering på specialiseret niveau) blandt incidente\* patienter med erhvervet hjerneskade i 2015-1. halvår 2017 - efter opgørelsesmetode\****

	2015	2016
<b>Tidsvindue på 3 måneder</b>	32	66
<b>Tidsvindue på 6 måneder</b>	69	120

Kilde: Landspatientregistret pr. 10. maj 2017, Sundhedsdatastyrelsen

\* Incidens: Patienter med hjerneskadediagnose i 2015-2016, som ikke samtidigt har en hjerneskadediagnose i perioden 2001-2014, og som stadig er i live 1. januar året efter første diagnose

Anm.: Diagnoser registreret som aktions- eller bidiagnose.



*\*Anm.: Tidsvinduet angiver, at genoptræningsplanen kan være udarbejdet op til henholdsvis 3 eller 6 måneder efter stillet hjerneskadediagnose. Der er ikke foretaget en opgørelse for 1. halvdel af 2017 med et tidsvindue på 3 måneder*

Som det fremgår af tallene i skemaet, øver tidsvinduet væsentlig indflydelse på antallet af registrerede genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Det skyldes formentlig at hjerneskadens sværhedsgrad (og det deraf følgende behandlings og genoptræningsbehov) har betydning for indlæggelsestiden. Derfor påvirker tidsvinduet også i højere grad antallet af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau end antallet af genoptræningsplaner til almen genoptræning. Det skal i den sammenhæng nævnes, at det reelle tal for genoptræningsplaner efter indlæggelse med er erhvervet hjerneskade kan have været endnu højere, såfremt tidsvinduet havde været 9 måneder, og igen højere, hvis prævalente patienter havde været inkluderet.

### ***Monitorering af kommuners visitation af almene genoptræningsplaner***

Det følger af bekendtgørelsens § 5, stk. 3, at såfremt genoptræningsplanen angiver, at patienten har behov for almen genoptræning efter udskrivning, skal kommunen på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering som led i visitationen angive, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Sundhedsstyrelsen og KL har opfordret kommunerne til at monitorere visitationen af mennesker, der udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning til henholdsvis basal og avanceret genoptræning. Dette har mange kommuner gjort, men der er imidlertid ikke nogen national indberetning, og visitationen kan derfor ikke følges nationalt.

Af Rambølls analyse fremgår antallet af modtagne genoptræningsplaner i kommunerne, samt tal for kommunernes visitation af borgere med almene genoptræningsplaner. Tallene for antal borgere med genoptræningsplaner er opgjort som gennemsnit for kommunerne i de fem regioner, hvormed der ikke er tale om præcise opgørelser for de enkelte kommuner. Tallene for fordelingen af borgere mellem de to niveauer er i rapporten opgjort, så fordelingen fra henholdsvis den kommune, der visiterer flest til avanceret genoptræning, og den kommune, der visiterer færrest til avanceret genoptræning, fremgår af figur 4.1 (s. 22). I nedenstående skema vises opgørelserne for fordelingen mellem basalt niveau og avanceret niveau.

### ***Kommuners visitation af almene genoptræningsplaner opgjort i procent***

	<b>Basalt niveau</b>	<b>Avanceret niveau</b>
<b>Region Nordjylland</b>	0-26 %	74-100 %
<b>Region Midtjylland</b>	21-81 %	19-79 %
<b>Region Syddanmark</b>	11-98 %	2-89 %
<b>Region Hovedstaden</b>	7-54 %	46-93 %
<b>Region Sjælland</b>	33-99 %	1-67 %

Som det fremgår af metodeafsnittet til Rambølls analyse, er tallene behæftet med en vis usikkerhed, da langt fra alle kommuner (39 ud af 98) indgår i opgørelserne. Alligevel må det konkluderes, at der er der relativ stor

variation i visitationen af borgere med en genoptræningsplan til almen genoptræning til henholdsvis basalt og avanceret niveau.

For Region Midtjylland fremgår eksempelvis, at den kommune, der visiterer den største andel borgere til avanceret niveau, visiterer 79 % af borgerne til genoptræning på avanceret niveau. Herimod visiterer den kommune i regionen, der visiterer den laveste andel borgere til genoptræning på avanceret niveau, kun 19 % af borgerne til det avancerede niveau. For Region Hovedstaden er andelen for kommunerne, der visiterer flest og færrest borgere til genoptræning på avanceret niveau, henholdsvis 93 % og 46 %. I region Nordjylland er der en kommune, der visiterer samtlige borgere med en genoptræningsplan til almen genoptræning til avanceret niveau. Dette kan indikere, at der reelt ikke foretages en faglig vurdering og visitation.

### ***Ventetid til genoptræning i kommunerne***

I Sundhedsdatastyrelsens opgørelser over ventetid til genoptræning i kommunerne for mennesker med erhvervet hjerneskade i 2016 fremgår det, at kommunen med den mindste ventetid i gennemsnit tilbød genoptræning 6 dage efter udskrivning fra sygehus, mens patienter i kommunen med den længste ventetid i gennemsnit måtte vente 39 dage. Den gennemsnitlige ventetid til kommunal genoptræning for målgruppen var i 2016 omkring 16 dage. Der skal i opgørelserne tages højde for, at ikke alle kommuner har indberettet, hvorfor beregningen alene er foretaget blandt de indberettende kommuner.

I dag beregnes ventetid til genoptræning som antallet af dage, fra der udarbejdes en genoptræningsplan, til borgeren modtager den første genoptræningsydelse. Det betyder, at opgørelserne eksempelvis ikke tager højde for, hvornår borgeren fysisk er i stand til at påbegynde sin genoptræning, eller vis opstart af genoptræningen udskydes efter borgerens eget ønske. Ved at registrere, hvornår borgeren forventes fysisk i stand til at starte genoptræning, samt at registrere såfremt træningen er blevet udskudt efter borgerens ønske, er det opfattelsen, at kommunernes reelle ventetid beregnes med en højere nøjagtighed. Der er i regi af Sundheds- og Ældreministeriet igangsat et arbejde med at udvide den kommunale indberetning af ventetid til genoptræning til Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI) med følgende tre administrative koder:

- Borgeren ønsker en senere tid end den første de får tilbudt
- Borgeren møder ikke op til aftalt træning
- Borgeren ønsker ikke genoptræning

Koderne vil kunne implementeres umiddelbart i Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI)