

Til: Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade"

Dansk Selskab for Fysioterapi har med interesse læst Sundhedsstyrelsens, "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade". Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et overvejende solidt arbejde, og har i nærværende brev samlet et høringssvar fra faglige selskaber i fysioterapi.

Følgende høringssvar leveres på vegne af *Dansk Selskab for Fysioterapi* (DSF) i samarbejde med *Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi* (DSNF). Input fra Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi er foretaget i samarbejde med Camilla Lundquist (Fysioterapeut, Ph.d.studerende, Regionshospitalet Hammel Neurocenter / Region Midtjylland) og Karin Spangsberg Kristensen (Projektleder, MPH og fysioterapeut, Region Hovedstaden). Karin sad med i arbejdsgruppen, forud for udarbejdelse af anbefalingerne. Vi håber, at arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af anbefalingerne.

Høringssvaret er opdelt i en række generelle bemærkninger og derefter afsnit med mere specifikke input til de enkelte afsnit i høringsudkastet. Derudover er notatet suppleret med tekstmære bemærkninger, indsat i selve høringsudkastet. Vedlagt mail.

Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Generelle bemærkninger

DSF og DSNF finder det glædeligt, at der er taget initiativ til at samle anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, og det er positivt, at vi inden for de fysioterapeutiske selskaber har mulighed for at give bemærkninger. Vi finder det samtidig relevant at der i forbindelse med revisionen, nu er udarbejdet én samlet publikation for "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade" og "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade.

Jf. bilag 2 (Kommissorium) nævnes, at formålet er at opdatere Sundhedsstyrelsens relevante publikationer på hjerneskadeområdet, herunder at præcisere specialiseringsniveauerne for genoptræning og rehabilitering samt tilføje anbefalinger om patient- og pårørendeinddragelse.

Nedenstående er punkter, hvor vi som selskab ikke er af den vurdering, at formålet er opnået til fulde.

- Opdatering af relevante publikationer

Umiddelbart er det selskabets vurdering, at der ikke er tale om en tydelig opdatering af eksisterende *Forløbsprogram og visitationsretningslinje* på hjerneskadeområdet. Der er tale om en række anbefalinger, hvor der til tider mangler "en rød tråd", herunder en tydeliggørelse af patientens/borgerens forløb og retningslinje for visitation til rehabilitering under og efter indlæggelse. Det er selskabets vurdering, at der i overskriften bør bibeholdes ord som "forløb" og "retningslinje", da det i daglig praksis vægtes højere ift. læseren. Endvidere anbefales en tydeligere "rød tråd" gennem dokumentet.

Særligt virker kapitlerne 7 og 8 lidt "rodet", hvor begreber ikke anvendes stringent, eksempelvis "tværfaglighed" versus "interdisciplinært".

- Læsevenlighed

Vi vurderer, at rapporten flere steder fremstår mindre læsevenlig, hvor sproget til tider bliver en smule tungt, bl.a. afsnit '1.2 Baggrund' på s. 5.

Ligeledes fremstår kapitel 3 og kapitel 7 helt overordnet meget lid læsevenlige. Afsnittet bliver unødvendig langt og teksten kan med fordel gennemskrives og strammes op.

I kapitel 7 beskrives specialiseringsniveauerne i sygehus og kommunalt regi. Desværre fremstår kapitlet "rodet", eksempelvis står der kompetencer mange steder og pkt. 7.5 gentages delvist under 7.8 og 7.9 (hvor rehabilitering på specialiseret niveau beskrives), hvorfor det i praksis kan være vanskeligt at visitere ud fra. Der bør overvejes en helt anden opdeling.

Fagspecifikke bemærkninger

- Manglende interventionsfokus

Jf. bilag 2, kommissorium så er fokus i rapporten som anbefalet i "Servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade":

Den kommunale sektor, genoptræningsplaner (GOP), patientinddragelse, visitation og sektorovergang.

Vi mener ikke det er korrekt, når der angives at der er tale om en revision efter samme læst som da forløbsprogrammet blev skrevet. Forløbsprogrammet 2011 var baseret på MTV og medtog en del mere om evidensbaserede interventioner. Det fremgår af rapporten (på s. 6), at der i forbindelse med arbejdet ikke er foretaget en systematisk litteratursøgning og –gennemgang. Dette forklarer imidlertid ikke hvorfor interventionsfokus er væk.

Vi konstaterer at "servicetjekket", tilsvarende havde kommissoriums, som heller ikke omhandlede hospitalsbaseret hjerneskaderehabilitering. Vi mener det er bekymrende, at det er udeladt, da der findes en ny vinkel jf. fokus i servicetjek. Vi vurderer endvidere, at der er risiko for, at fokus forsvinder fra den hospitalsbaseret hjerneskaderehabilitering. Dette i kraft, af den plads og generelle opmærksomhed det levnes i rapporten. DSF og DSNF har ikke kendskab til andre dokumenter hvor dette udfoldes, og vi vurderer at der er brug for dette. Dette er bl.a. tydeligt på s. 7 hvor indsatserne er fremhævet. Disse er imidlertid angivet som ambulante, som døgntilbud eller i eget hjem. DSF og DSNF efterlyser, at der også fremgår direkte hospitalsrettede indsatser. Derudover savnes der i rapporten, et fokus på konkrete evidensbaserede interventioner og intensitet af disse.

- Præcisering af specialiseringsniveauerne

DSF og DSNF er enige i, at der præcist angives, at genoptræning på specialiseret niveau skal foregå på mindst regionsfunktion (RF) eller højt specialiseret niveau (HS). Det er dog begrænset hvor meget genoptræning, som i dag foregår på specialiseret niveau (reelt intet). Det er dog et vigtigt opmærksomhedspunkt, og vi mener der bør ske en generel større prioritering af specialiseret genoptræning.

Jf. 39 står der under højt specialiseret niveau en række funktionsnedsættelser som kræver særlig kompetencer. Det er DSFs og DSNFs vurdering, at flere af disse funktionsnedsættelser i nær samme grad

forekommer på regionsfunktionsniveau. Her tænkes på de kommunikative, adfærdsmæssige og delvist de kognitive (ikke vurdering af bevidsthedsniveau) funktionsnedsættelser.

Der stilles i dag langt større krav til både hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau end tidligere og end der fremstår i dokumentet. Vi opfordrer således til en ligelig vægtning.

På side 34 nævnes intensitet, som generelt gør sig gældende inden for rehabilitering. Dog skal der her gøres opmærksom på reference 27¹ og reference 29 forløbsprogrammet for børn og unge med erhvervet hjerneskade.

Jf. side 38 står der under hovedfunktionsniveau, at der ofte er tale om forløb af *standardiseret karakter*. DSF og DSNF vurderer, at der i dag er apopleksienheder med hovedfunktionsniveau og hvor der ikke er tale om standardiseret karakter.

Jf. 41 så nævnes henvises der under *alment niveau* til en målgruppebeskrivelse under afsnit 7.8 og 7.9 men under *rehabilitering på specialiseret niveau nævnes eksempler*. Umiddelbart kan det give en "skævvridning", når der i kommunalt regi er særligt fokus på differentiering ift. visitering af almen genoptræning.

- Genoptræning, GOP og rehabilitering – begreber

Genoptræningsindsatser kan varetages af fagpersoner, der ikke er autoriserede sundhedspersoner, fx neuropsykologer og audiologopæder (jf. s. 9). Såfremt det kan forstås således, at indsatser varetaget af disse faggrupper, altid kan beskrives i en genoptræningsplan – uanset specialiseringsniveau – så er det en positiv ændring. Det vil medføre en ligestilling af de faglige anbefalinger om indsatser.

Tidligere har disse indsatser været beskrevet som rehabiliteringsindsatser, hvorfor der ofte har måtte anvendes andre kommunikationsveje end genoptræningsplanen.

Jf. side 10 nævnes der tilsvarende under *rehabiliteringsforløbet* en række faggrupper, som sammen med ovenstående igen kan give grund til begrebsforvirring.

På side 22 nævnes, "der udarbejdes kun én genoptræningsplan for det samlede genoptræningsforløb, der knytter sig til den samme indlæggelse". Fra et patientperspektiv kan dette betyde en begrænset adgang til genoptræning efter udskrivelse. I enkelte tilfælde ses, at der et genoptræningsbehov som ikke identificeres under indlæggelse, men som identificeres til en ambulant opfølgning (som defineres som "samme indlæggelse"). Der kan her ikke udarbejdes en genoptræningsplan men der må anvendes andre kommunikationsveje, som ikke giver patienten de samme rettigheder.

Endvidere nævnes, at såfremt der efter specialiseret genoptræning er behov for et videre genoptræning/rehabilitering, så skal det anføres i genoptræningsplanen. Et forhold som ofte ikke er muligt, at beskrive før endt specialiseret genoptræning. Det bør i disse tilfælde være muligt at udarbejde en genoptræningsplan, således at patientens forløb sikres. Der er i praksis tale om "delte forløb".

¹ "Offer initially at least 45 minutes of each relevant stroke rehabilitation therapy for a minimum of 5 days per week to people who have the ability to participate, and where functional goals can be achieved. If more rehabilitation is needed at a later stage, tailor the intensity to the person's needs at that time^[6]."

Consider more than 45 minutes of each relevant stroke rehabilitation therapy 5 days per week for people who have the ability to participate and continue to make functional gains, and where functional goals can be achieved.

If people with stroke are unable to participate in 45 minutes of each rehabilitation therapy, ensure that therapy is still offered 5 days per week for a shorter time at an intensity that allows them to actively participate.

- Faglige indsatser

Udvælgelsen af de faglige indsatser virker noget tilfældigt og med fokus på tværfaglighed og faglige kompetencer. Vi anbefaler, at der skrives en begrundelse for udvælgelsen og hvorfor andet ikke er medtaget. Endvidere bør rapporten kvalificeres med en anbefaling om det videre arbejde. Det vil styrke anbefalingen ift. at der er tale om en opdatering af det eksisterende forløbsprogram.

Eksempelvis kunne internationale guidelines, eksempelvis de engelske guidelines ift. apopleksi, være inddraget.

- Præcisering af faggrupper

Side 33, her nævnes der under de tværfaglige kompetencer en række faggrupper. Enten skal der stå *plejepersonale* eller tilføjes *social- og sundhedsassistenter*. Der anbefales en anden overskrift, da der ikke er tale om kompetencer men om faglighed.

- Præcis angivelse af "sundhedsfaglige fagpersoner"

Med henvisning til s. 36, her nævnes "eller lignende uddannelse"- det skal være sundhedsfaglige fagpersoner med viden om kropslig genoptræning/ rehabilitering. DSF og DSNF vurderer det er svært at se hvem der kan varetage det på lige fod med ergo- eller fysioterapeuter, som må anses som specialisterne her. Der står omvendt, heller ikke "eller lignende uddannelser" i næste afsnit hvor der står at logopæder bør varetage kommunikationstræningen.

- Patient- og pårørendeinddragelse

I kapitel 5 anbefales og beskrives forskellige metoder til patient- og pårørendeinddragelse. En vigtig forudsætning for at kunne indgå i inddragelse er identificering af informationsniveauet hos den enkelte. Flere studier peger på dette som særlig indsats for at skabe lighed i sundhed. Som selskab vurderer vi, at det vil være relevant at få dette udfoldet i anbefalingen. Det er netop på baggrund af tilstrækkelig information og støtte, at patient og pårørende inddrages aktivt i eget forløb og kan træffe valg på informeret grundlag.

Der nævnes samtalestøtte til voksne med afasi. Det vil i den sammenhæng være relevant at nævne målgruppen med kognitive kommunikationsforstyrrelser, da disse har behov for støttet samtale.

Der beskrives endvidere kompetencer under *Indsatser målrettet pårørende*. Det er selskabets vurdering, at der generelt kræves faglige og personlige kompetencer at arbejde med patient- og pårørendeinddragelse, herunder "fælles beslutningstagen" og "samtalestøtte". De faglige kompetencer anbefales at skrives under *Generelt om inddragelse*.