

**Fra:** Hanne Brudholm [<mailto:HBRUD@frederikssund.dk>]

**Sendt:** 19. november 2014 14:33

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Emne:** Høring om faglige visitationsretningslinjer

Kommentar til side 13

på side 8 - 1.4.1. står der at Visitering dækker forløb og indsatser i alle relevante forhold. Det kunne derfor være godt hvis der på side 13 – 2.3 var beskrevet et krav til socialarbejdernes kompetencer i de tilfælde hvor rehabiliteringen er på Avanceret niveau og derfor varetages i kommunen. Og netop fordi Rehabilitering ikke er kun Genoptræning, er der behov for en struktur i kommunen der understøtter at også Sagsbehandlere har udvidet viden inden for de alle de §§ der kan understøtte borgerens rehabilitering.

Jeg oplever som Hjerneskadekoordinator, at sagsbehandlerne ikke forstår denne gruppes skades kompleksitet, og de udvidede behov der er her. De splitter borgerens behov op i mindre sager og tror at en sagsgang i flere forskellige afdelinger kan dække borgerens behov. Der ville det være godt hvis der fulgte en anbefaling med om at videreudanne et team til at håndtere disse sager, under et samlende helheds overblik.

I dag ved de ikke hvad der findes af tilbud i regionen de kan trække på, hvilke §§ der i givet fald kan betale/ dække dette tilbud, eller brugbare måder at splitte en regning fra et eksternt tilbud op, så det kan betales inden for gældne lovgivning.

Rettelse til side 16 – 3.2.3

Første linje – det er ikke afsnit 1.6.1. – men 1.4.1

Kommentar til side 24 – 4.4.3

De første 12 linjer er identiske med afsnittet før, og det forvirrer lidt.

Kan man ikke nøjes med at skrive:

Ud over kravene, som til afsnit 4.4.2, skal det sikres at patienter der overleveres fra -----

+ slette de identiske linjer i 4åfsnit

Kommentar til side 37 – 7.1 + side 40 første dot

Vi oplever, i kommunen, et hul i muligheden for eksterne tilbuds rehabilitering af borgere, der har behov for specialiseret kognitiv/ social rehabilitering, og som også er fysisk skadet i et omfang der fordrer plejepersonale.

Borgere der ud over deres kognitive skader også har komorbiditet i form af psykiatiske lidelser og/eller misbrug.

Venlig hilsen

Hjerneskade Koordinator i Frederikssund Kommune  
Hanne Brudholm

M P Jensensvej 4, 3550 Slangerup

21 13 45 04

[hbrud@frederikssund.dk](mailto:hbrud@frederikssund.dk)



Fredericia den 20. november 2014

Til Sundhedsstyrelsen

**Hørings svar fra Fredericia Kommune vedr. udkast til faglig visitationsretningslinje – patienter med erhvervet hjerneskade.**

Fredericia Kommune vurderer at visitationsretningslinjen kan bidrage til fortsat udvikling af genoptrænings- og rehabiliteringstilbud til borgere med erhvervet hjerneskade og til differentiering af det rette faglige og individuelle tilbud til borgeren.

Fredericia Kommune er helt enig i estimeringen på side 56 i forhold til fordeling af fremtidige genoptræningsplaner på hjerneskadeområdet og dette bør følges tæt i SOF. Kommunerne omkring Sygehus Lillebælt har igennem denne Sundhedsaftaleperiode arbejdet ud en snitflade, som stemmer godt overens med arbejdsgruppens estimat.

Fredericia Kommune finder det særlig relevant at holde fokus på, hvornår en borger skal henvises til specialiseret rehabilitering i regionen eller avanceret genoptræning i kommunen og at denne visitation foregår i et tæt samarbejde.

I Fredericia kommune er senhjerneskade området bygget op omkring rehabilitering og jeg vurderer at vi kan leve op til kravet om avanceret niveau, hvilket der er arbejdet systematisk med bl.a. igennem det 3. årige hjerneskadeprojekt. Vi er i drift med et tværgående hjerneskade team, hjerneskadekoordinatorfunktion, tværgående døgnrehabilitering, terapeutfagligt neuroteam, pårørende uddannelse, rehabiliterende hjælpemiddelformidling og kommunal specialundervisning ved logopæd.

Med den systematiske opbygning af senhjerneskadeforløb på tværs af visitation, hverdagsrehabilitering, døgnrehabilitering (sygepleje/pleje/terapeuter), specifik genoptræning, hjælpemiddelområdet, voksenhandicap og jobcentret er det afgørende vigtigt, at Fredericia kommune indgår i visitation til specialiseret rehabilitering.

Modsat er vi helt bevidste om, at vi ikke har eller skal have fx et apopleksiafsnit i kommunen, så derfor ser vi frem til specialiseret neurorehabilitering og udvidelse af sengepladserne på Grinsted sygehus og det fortsatte samarbejde med Hammel neurocenter på de særligt komplekse borgere.

Fredericia kommune foreslår at det præciseres i visitationsretningslinjen at sygehusene forud for valg af en specialiseret rehabiliteringsplan altid skal inddrage kommunens visitationsafdeling og hjerneskadekoordinator, så vi sikrer at patienten tilbydes det rette tilbud og tværprofessionelle indhold.



Fredericia kommune savner at visitationsretningslinjen medtager muligheden for visitation til neuropsykologisk vurdering i sygehusregi senere i et rehabiliteringsforløb for borgere som er udskrevet efter et kort indlæggelsesforløb og som efterfølgende viser tegn på neuropsykologiske udfald ved tilbagevenden til arbejde.

Venlig Hilsen

Anne-Mette Dalgaard  
Rehabiliteringschef  
Fredericia Kommune

Sagsbehandler:  
HADG



Fredericia den 24. november 2014

Til Sundhedsstyrelsen

**Høringssvar fra Fredericia Kommune vedr. udkast til faglig visitationsretningslinje – patienter med erhvervet hjerneskade med specifikt fokus på børne/ungeområdet.**

Sagsbehandler:  
HADG

På Børne-Ungeområdet kan Fredericia tilslutte sig høringssvaret fra Fredericia kommunes rehabiliteringschef.

Det er meget væsentligt for børn og unge, der rammes af hjerneskader, at muligheden for genhenvisning til fortsat vurdering i Sygehusregi er til stede, da børn og unge udvikler sig i mange forskellige sammenhænge og evt. vanskeligheder derfor ofte bliver synlig i disse overgangsfaser.

*Fredericia kommune savner at visitationsretningslinjen medtager muligheden for visitation til neuropsykologisk vurdering i sygehusregi senere i et rehabiliteringsforløb for borgere som er udskrevet efter et kort indlæggelsesforløb og som efterfølgende viser tegn på neuropsykologiske udfald ved tilbagevenden til skolegang/uddannelse.*

Vi mangler i høringsudkastet 5.3.3. og generelt, at kommunens skole/institutionsafdeling bliver inddraget tidligt i forbindelse med genoptræningen af barnet sammen med andre kommunale instanser. Det er kommunes skoleafdeling, der har myndighedsansvaret og økonomien til iværksættelse af støtteforanstaltninger i form af specialpædagogisk bistand og andre støtteforanstaltninger i skoler og institutioner.

Venlig Hilsen

Ib Bræmer  
Chefpsykolog, PPR  
Fredericia Kommune





## **Hørings svar i forhold til faglige retningslinjer-genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade.**

Godt at man vil opkvalificere indsatsen over de hjerneskadede. Det er tydeligvis intensjonen med de ny retningslinjer.

Jeg kan blive lidt i tvivl om den praktiserende læges rolle i forhold til, hvis de skal visitere til genoptræning og rehabilitering . Jeg oplever, at det er svingende, hvor godt et kendskab praksislægen har til de forskellige tilbud til hjerneskadede.

Det er som udgangspunkt regionen, der leverer den specialiserede træning. I dag er det dog sådan, at borgeren i enkelte tilfælde kan komme hjem og få leveret den specialiserede træning i kommunen, fordi det giver bedst mening for borgeren.

Er det ikke en mulighed med de nye retningslinjer ?

En rigtig positiv ting er, at alle patienter med en hjerneskade med de nye retningslinjer vil få undersøgt de mentale funktioner.

Sådan er det ikke altid i dag, og det kan give problemer på lang sigt, hvis man længere hen i forløbet skal få en neuropsykologisk undersøgelse igennem.

Mvh

Bodil Agdrup,

Forløbskoordinator for senhjerneskadede,

Svalevej 11,

8960 Randers SØ

Høringsvar vedr. faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade.

Foreningen af Universitetsuddannede Audiologopæder (FUA) mener, at det er et fint dokument, hvor audiologopæder som faggruppe nævnes de relevante steder. Vi har to kommentarer:

1. Vedr. afsnit 5.4 omhandlende personer med behov for avancerede indsatser. Her er nævnt *Patienter med afasi og andre funktionsnedsættelser i relation til sprog og kommunikation*

Vores bekymring går på beskrivelsen af genoptræningen omtalt i afsnit 5.5.1, hvor der står *Patienten visiteres til indsatser/forløb på genoptrænings-/rehabiliteringstilbud, som har de fornødne kompetencer til at varetage patientens behov for genoptræning på avanceret niveau. Indsatserne varetages af fysioterapeuter og ergoterapeuter i tværfagligt samarbejde og/eller sparring med andre faggrupper som fx audiologopæder, neuropsykologer og sygeplejersker samt med mulighed for adgang til bandagister og kliniske diætister.*

Vi mener ikke, at indsatsen overfor de nævnte personer med afasi og andre funktionsnedsættelser i relation til sprog og kommunikation kan varetages af en fysioterapeut eller ergoterapeut i samarbejde med eller sparring med fx audiologopæder. Vi frygter, at det kan tolkes som om at audiologopæden kun har en konsultativ status og ikke er den udøvende behandler selv. Vi mener, at avancerede indsatser bør gives af faguddannet personale, dvs. en kandidat i audiologopædi.

2. Vedr. kapitel 8 om sundhedsfaglige kvalitetskrav til specialiserede rehabiliteringstilbud.

Et meget relevant kapitel vedr. de krav der bør stilles til sundhedspersonale involveret i rehabilitering. Desværre omfatter det jo ikke audiologopæder, idet vi ikke falder under kategorien af sundhedspersonale. Det gør dog ikke nødvendigheden af også at stille krav til andre faggrupper mindre væsentlig.

Der er bl.a. nævnt vigtigheden af at kunne levere et kontinuerligt tilbud, der ikke afbrydes af fx sygdom og ferie. Måske falder det uden for rammen i høringsdokumentet, men vi vil i FUA ønske, at der var lignende krav til alle faggrupper involveret i neurorehabilitering, fx os som audiologopæder.

Som det forholder sig lige nu, kan ansættelse af audiologopæder i mindre kommuner (én ansat pr. kommune) repræsentere et problem, idet feriedækning og sygdomsdækning ikke kan varetages med kun én audiologopæd ansat. Problemet med enkeltansættelserne i kommunerne er også, at der ikke er noget monofagligt miljø. Da erfarne audiologopæder ikke altid finder sådanne stillinger attraktive, er de også set besat med nyuddannede og også ikke-uddannet personale til at varetage specialistfunktioner. Alt sammen forhold som er omtalt i kapitel 8.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

24. november 2014

**Hørings svar vedrørende Faglige visitationsretningslinjer - genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade**

DSAM kan overordnet tilslutte sig denne faglige retningslinje. Det er godt, at det specificeres, at almen praksis skal modtage relevant information.

DSAM vil gøre opmærksom på en gruppe patienter, der kun perifert berøres af retningslinjen. Mange patienter med lettere hjernerystelser håndteres i almen praksis/primærsektoren og vil ikke blive henvist til hospitalet. Nogle af disse patienter kan (nogle gange i lang tid) få kognitive symptomer i form af koncentrations- og hukommelsesproblemer, der kan påvirke deres daglige funktionsniveau.

DSAM vil anbefale, at det beskrives hvordan disse patienter håndteres, herunder hvem der skal undersøge dem, og hvordan der visiteres til relevante rehabiliteringstilbud.

Med venlig hilsen



Lars Gehlert Johansen  
Formand DSAM

Øster Farimagsgade 5  
Postboks 2099  
1014 København K

T: 3532 6590  
F: 3532 6591

dsam@dsam.dk  
www.dsam.dk

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

24. november 2014

### **Høringsvar vedrørende Faglige visitationsretningslinjer - genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade**

DSAM er glad for muligheden for at kommentere denne faglige visitationsretningslinje, som DSAM overordnet kan tilslutte sig.

DSAM vil foreslå, at det overvejes, om behandling af ko-morbiditet (især hvis der er tale om kroniske sygdomme) som udgangspunkt primært skal varetages af behandlende børneafdeling. Fordelen for barnet og dennes familie er, at de kun har et sted de skal henvende sig til, og at det må antages, at der ofte kan være tale om særlige, ofte sjældne og komplekse forhold, der med fordel kan varetages på et specialiseret niveau.

Omsorgen for børn er ofte mere integreret end omsorgen for voksne. Der er også andre juridiske forhold for børn end for voksne. DSAM vil derfor anbefale, at det beskrives, at der skal være særlig opmærksomhed på, hvordan der sikres kontinuitet i den samlede rehabiliteringsindsats, når barnet bliver voksen.

Med venlig hilsen



Lars Gehlert Johansen  
Formand DSAM

Øster Farimagsgade 5  
Postboks 2099  
1014 København K

T: 3532 6590  
F: 3532 6591

dsam@dsam.dk  
www.dsam.dk



Notat  
Brøndby Kommune

Sundhedsstyrelsen

## Høring om udkast til faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade.

---

Brøndby Kommune takker for muligheden for at give høringssvar på *Høring om udkast til faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade*.

Helt overordnet finder Brøndby Kommune visitationsretningslinjerne væsentlige og i tråd med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse:

- Bekendtgørelse nr. 1088 af 06/10/2014 om genoptræningsplaner og om patientens frie valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus
- Vejledning nr. 9759 af 08/10/2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner

Endvidere har Brøndby Kommune følgende høringssvar – jf. afsnittene i høringssudkastet:

### 1.5.2 Andre rehabiliteringsindsatser

Indledningsvist glæder vi os over ekspliciteringen af behovet for koordinering af indsatser for at opnå en effektiv og helhedsorienteret rehabilitering. En koordinering, som rækker ud over kommunens forvaltningsområder og som også peger på samarbejde med praksissektoren, sygehuse og eventuelt specialiserede rehabiliteringstilbud. Dette understreger et fokus på at skabe sammenhæng mellem behandlingsindsatser og rehabiliteringsindsatser og således understøtte den røde tråd i patientens/borgerens samlede forløb.

### 3 Ansvar og samarbejde

Brøndby Kommune bemærker sig her, at behandlingsansvaret forbliver hos sygehuslægen eller overgår til den praktiserende læge efter udskrivelse. Her ønskes en tilføjelse om, at kommunen løbende skal orienteres om, hos hvilken læge behandlingsansvaret er placeret,

således at der aldrig hersker tvivl om, hvem kommunen skal rette henvendelse til, hvis dette behov skulle opstå.

### **3.2.3 Visitation til genoptræning og andre rehabiliteringsopgaver**

Første afsnit på s. 17 – her nævnes ”rehabilitering på avanceret niveau”. Dette rehabiliteringsniveau er ikke at genfinde i hverken Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus *eller* i Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. Det er derfor uklart for os, hvad der menes i denne sammenhæng.

### **3.3 Samarbejdet efter udskrivelse**

Her fremgår det, at der kan være behov for at sundhedspersonalet, som varetager indsatserne i kommunen, kan drøfte konkrete problemstillinger med de sundhedspersoner på sygehuset, som har varetaget udredningen af patientens funktionsevne samt det primære rehabiliteringsforløb. Dette synes Brøndby Kommune er yderst relevant, og vi kunne derfor ønske os, at det var et krav i forhold til de oplysninger, der videregives når patienten/borgeren overgår fra et specialiseringsniveau til et andet, at disse sundhedspersoner ved et minimum af oplysninger, kan identificeres og kontaktes. Samtidig ønsker Brøndby Kommune, på baggrund af tidligere erfaringer, at udtrykke tvivl om i hvilken grad dette kan realiseres, når patienten/borgeren er afsluttet i sygehus-regi og overgivet til den praktiserende læge.

Det vil endvidere være relevant med en tidsangivelse af, hvor længe sygehuset kan involveres i borgerens/patientens rehabiliteringsforløb, da disse af erfaring er lange.

### **4.2 Udredning af funktionsevne**

Vi finder det yderst positivt, at alle patienter med erhvervet hjerneskade skal undersøges for, om de har mentale funktionsnedsættelser, som har betydning for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen og for den samlede funktionsevne.

Det vurderes som et ekstra løft, at der her er tilføjet en vurdering af komplicerede faktorer som fx familiesituation, bolig osv. i tråd med den bio-psyko-sociale models ”omgivelses faktorer” og ”personlige faktorer”. Men Brøndby Kommune kan være lidt bekymret for, om dette tilføjes genoptræningsplanen, når der ikke er stillet krav herom i 5.4.1 *krav til indhold i genoptræningsplanen* i Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

## 5.4 Målgruppen til genoptræning på avanceret niveau

Vi stiller os undrende over for følgende punkt:

- Patienter med dysfagi, hvor der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration, eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG)

Patienter med dysfagi vil som oftest have risiko for fejlsynkning, særligt hvis de bliver trætte. Virkeligheden er, at det allerede er en patientgruppe som ses og håndteres i kommunen i dag, og med denne formulering synes gruppen af patienter, som sendes til avanceret genoptræning, dermed at blive stærkt reduceret til trods for, at kommunen har kompetencerne til dette. Vi finder det derfor helt naturligt og i overensstemmelse med virkeligheden, at patienter med dysfagi, hvor der er risiko for fejlsynkning/aspiration hører til målgruppen til genoptræning på avanceret niveau.

### 5.5.1 Genoptræning

Vi ønsker at gøre opmærksom på den store forskel i kravet til de kompetencer som de autoriserede sundhedspersoner, der varetager indsatser på avanceret niveau skal have, i følge henholdsvis Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner og nærværende høringsudkast.

*Vejledningen:* grunduddannelse med efteruddannelse på højt niveau samt relevant erfaring.

*Nærværende høringsudkast:* grunduddannelse samt efteruddannelse på højere niveau end grunduddannelse.

## 6 Visitation – genoptræningsplaner til genoptræning på specialiseret niveau

Da al ambulant genoptræning er et kommunalt myndighedsansvar i henhold til sundhedslovens § 140 og et kommunalt finansieringsansvar i henhold til sundhedslovens § 251, bør det være et krav, at kommunerne får tilsendt den specialiserede genoptræningsplan inden opstart af forløbet som dokumentation herfor. Også selv om der hverken i Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, i Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner *eller* i nærværende høringsudkast stilles krav herom.

Denne arbejdsgang vil samtidig være en advisering til kommunen om en borger, der fremadrettet eventuelt har særlige behov - hvilket kun kan være en fordel for patienten/borgeren i forbindelse med tilrettelæggelsen af den fremtidige kommunale indsats.

### 6.2.3 Krav til koordinering og samarbejde

Det er en reel bekymring, at der intet sted gives mulighed for at angive opstartstidspunkt, når en patient overgår fra specialiseret niveau til almen genoptræning, fordi denne overlevering ikke foregår via en ny genoptræningsplan, men ved videregivelse af informationer. Det kan frygtes, at der er kommuner, som ser sig nødsaget til at håndtere andre genoptræningsplaner med tidsfrister først pga. begrænsede ressourcer, og derfor får sat et forløb på standby med en

patient som overgår fra specialiseret niveau til alment niveau. Dette vil eventuelt medføre tab af opnået funktionsevne.

I den sammenhæng kunne vi ønske os, at der på lige fod med kravene til genoptræningsplanens indhold jf. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, også var stillet specifikke krav til hvilke informationer som videregives fra specialiseret niveau til alment niveau.

OBS! Dette gør sig også gældende i forhold til specialiseret rehabilitering.

Brøndby Kommune står naturligvis til rådighed for uddybende bemærkninger.

Med venlig hilsen

Centerleder  
Ulla Holm Frausing





Notat  
Brøndby Kommune

Sundhedsstyrelsen

## Høring om udkast til faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade.

---

Brøndby Kommune takker for muligheden for at give høringssvar på *Høring om udkast til faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade*.

Helt overordnet finder Brøndby Kommune visitationsretningslinjerne væsentlige og i tråd med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse:

- Bekendtgørelse nr. 1088 af 06/10/2014 om genoptræningsplaner og om patientens frie valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus
- Vejledning nr. 9759 af 08/10/2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner

Endvidere har Brøndby Kommune følgende høringssvar – jf. afsnittene i høringssudkastet:

### 1.5.2 Andre rehabiliteringsindsatser

Indledningsvist glæder vi os over ekspliciteringen af behovet for koordinering af indsatser for at opnå en effektiv og helhedsorienteret rehabilitering. En koordinering, som rækker ud over kommunens forvaltningsområder og som også peger på samarbejde med praksissektoren, sygehuse og eventuelt specialiserede rehabiliteringstilbud. Dette understreger et fokus på at skabe sammenhæng mellem behandlingsindsatser og rehabiliteringsindsatser og således understøtte den røde tråd i barnets/den unges samlede forløb.

### 3 Ansvar og samarbejde

Brøndby Kommune bemærker sig her, at behandlingsansvaret forbliver hos sygehuslægen eller overgår til den praktiserende læge efter udskrivelse. Her ønskes en tilføjelse om, at kommunen løbende skal orienteres om, hos hvilken læge behandlingsansvaret er placeret,

således at der aldrig hersker tvivl om, hvem kommunen skal rette henvendelse til, hvis dette behov skulle opstå.

### **3.1.4 Ambulant udredning og opfølgning**

Det undrer os, at der ikke peges på, at der kan indhentes udtalelser fra alment genoptræningsniveau i forbindelse med denne vurdering – på lige fod med, at der peges på udtalelser fra de specialiserede rehabiliteringsniveau. Foregår genoptræningen på alment niveau, må det forventes, at en udtalelse fra de ansvarlige sundhedspersoner, vil kunne bidrage med relevant information.

### **3.2.5 Koordinering af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen**

Brøndby Kommune synes, at det er meget positivt, at der fremhæves en særlig opmærksomhed på de mange overgangssituationer, som forefindes i barnets/den unges liv, samt de administrativt betydningsfulde overgange imellem de forskellige afdelinger og forvaltninger i kommunen.

## **3.3 Samarbejdet efter udskrivelse**

Her fremgår det, at der kan være behov for at sundhedspersonalet, som varetager indsatserne i kommunen, kan drøfte konkrete problemstillinger med de sundhedspersoner på sygehuset, som har varetaget udredningen af patientens funktionsevne samt det primære rehabiliteringsforløb. Dette synes Brøndby Kommune er yderst relevant og vi kunne derfor ønske os, at det var et krav i forhold til de oplysninger, der videregives når barnet/den unge overgår fra et specialiseringsniveau til et andet, at disse sundhedspersoner ved et minimum af oplysninger, kan identificeres og kontaktes. Samtidig ønsker Brøndby Kommune, på baggrund af tidligere erfaringer, at udtrykke tvivl om i hvilken grad dette kan realiseres, når barnet/den unge er afsluttet i sygehus-regi og overgivet til den praktiserende læge.

Det vil endvidere være relevant med en tidsangivelse af, hvor længe sygehuset kan involveres i borgerens/patientens rehabiliteringsforløb, da disse af erfaring er lange.

## **4.2 Udredning af funktionsevne**

Vi finder det yderst positivt, at alle børn og unge med erhvervet hjerneskade skal undersøges for, om de har mentale funktionsnedsættelser, som har betydning for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen og for den samlede funktionsevne.

Det vurderes som et ekstra løft, at der her er tilføjet en vurdering af komplicerede faktorer i tråd med den bio-psyko-sociale models ”omgivelses faktorer” og ”personlige faktorer” som fx familiesituation, bolig osv. . Men Brøndby Kommune kan være lidt bekymret for, om dette tilføjes genoptræningsplanen, når der ikke er stillet krav herom i 5.4.1 *krav til indhold i genoptræningsplanen* i Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

### 5.3.3 Krav til koordinering og samarbejde

Vi synes, at det er yderst relevant, at familiens behov for relevant støtte af varierende karakter, dels i forhold til bearbejdning af sorg og krisereaktioner i forbindelse med barnets hjerneskade, dels løbende indsatser med henblik på at sikre barnets og familiens trivsel, ekspliciteres her. Vi mangler dog en angivelse af hvem, der har finansieringsansvaret for disse indsatser, heriblandt psykologhjælp.

### 5.3.1 Genoptræning

Vi ønsker at gøre opmærksom på den store forskel i kravet til de kompetencer som de autoriserede sundhedspersoner, der varetager indsatser på avanceret niveau skal have, i følge henholdsvis Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner og nærværende høringsudkast.

*Vejledningen:* grunduddannelse med efteruddannelse på højt niveau samt relevant erfaring.

*Nærværende høringsudkast:* grunduddannelse samt efteruddannelse på højere niveau end grunduddannelse.

## 6 Visitation – genoptræningsplaner til genoptræning på specialiseret niveau

Da al ambulant genoptræning er et kommunalt myndighedsansvar i henhold til sundhedslovens § 140 og et kommunalt finansieringsansvar i henhold til sundhedslovens § 251, bør det være et krav, at kommunerne får tilsendt den specialiserede genoptræningsplan inden opstart af forløbet som dokumentation herfor. Også selv om der hverken i Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, i Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner *eller* i nærværende høringsudkast stilles krav herom.

Denne arbejdsgang vil samtidig være en advisering til kommunen om en borger, der fremadrettet eventuelt har særlige behov - hvilket kun kan være en fordel for patienten/borgeren i forbindelse med tilrettelæggelsen af den fremtidige kommunale indsats.

### 6.2.3 Krav til koordinering og samarbejde

Det er en reel bekymring, at der intet sted gives mulighed for at angive opstartstidspunkt, når barnet/den unge overgår fra specialiseret niveau til almen genoptræning, fordi denne overlevering ikke foregår via en ny genoptræningsplan, men ved videregivelse af informationer. Det kan frygtes, at der er kommuner, som ser sig nødsaget til at håndtere andre genoptræningsplaner med tidsfrister først pga. begrænsede ressourcer, og derfor får sat et forløb på standby med en patient som overgår fra specialiseret niveau til alment niveau. Dette vil eventuelt medføre tab af opnået funktionsevne.

I den sammenhæng kunne vi ønske os, at der på lige fod med kravene til genoptræningsplanens indhold jf. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og

regioner, også var stillet specifikke krav til hvilke informationer som videregives fra specialiseret niveau til alment niveau.

OBS! Dette gør sig også gældende i forhold til specialiseret rehabilitering.

Brøndby Kommune står naturligvis til rådighed for uddybende bemærkninger.

Med venlig hilsen

Centerleder  
Ulla Holm Frausing

**Dato: 24-11-2014**

Sagsnr.: 14/73053  
Sagsbehandler: vpkbe

Direkte tlf.: 29 10 97 85

## **Viborg Kommunes kommentarer til visitationsretningslinjer - genoptræning og rehabilitering for erhvervet hjerneskade på børneområdet**

### **Generelt**

Viborg Kommune er yderst positiv over for de beskrevne visitationsretningslinjer.

Blandt andet er det positivt at der lægges vægt på, at de kognitive funktionsnedsættelser skal være udredte ved indlæggelsen og beskrevne i genoptræningsplanen.

Dog efterlyses en tydelig beskrivelse af praktiserende lægers funktioner efter udskrivelsen, ligesom inddragelse af pårørende i rehabiliteringsprocessen og betydningen heraf kunne have været uddybet.

Opdelingen i visitationsretningslinjer for henholdsvis voksen- og børneområdet vurderes at være hensigtsmæssig, og i det følgende beskrives input vedrørende børneområdet nærmere.

### **Børneområdet**

- Afsnit 1.2  
Positivt at medtænke børn, hvor følgerne af hjerneskaden viser sig på et senere tidspunkt i dagligdagen i takt med hjernens udvikling og altså ikke i forbindelse med afslutningen af sygehuskontakten.
- Afsnit 1.5  
Positivt at medtænke familie og søskende og deres behov for indsats, ligesom det også er positivt og relevant at medtænke skole og dagtilbud i genoptrænings- og rehabiliteringsforløbet.  
Det er vigtigt at anerkende, at mentale funktionsnedsættelser ofte er en større udfordring end fysiske funktionsnedsættelser, og sikre at skjulte følger synlig- og tydeliggøres.

- Afsnit 2.3  
For udenforstående virker det umiddelbart misvisende at anvende begrebet plejeboliger til ældre i beskrivelsen af retningslinjer for børn og unge.
- Afsnit 3.1.4  
Positivt, at børneafdelingerne, når de følger barnet, kan indhente udtalelser fra PPR mm. Sådanne beskrivelser kan supplere den lægelige synsvinkel og give helhedsorienteret vurdering af barnets funktionsniveau. Helhedsbetragtningerne kan dermed være et godt grundlag for tidlig opsporing af følgevirksomheder, som først viser sig senere.
- Afsnit 3.2.5  
For at sikre, at den særlige viden og fagkundskab, der skal anvendes i forhold til erhvervede hjerneskader udvikles anbefaler vi, at koordineringen af indsatsen adskilles for børn og unge med hhv. medfødte og erhvervede hjerneskader. Den særlige viden gælder både i forhold til forståelse af det kognitive udviklingsniveau, det adfærdsmæssige samt i forhold til familiens samlede situation og behov.
- Afsnit 4.2  
Det er af afgørende betydning, at børn og unge med erhvervet hjerneskade får vurderet om de har mentale funktionsnedsættelser med betydning for genoptræningen og rehabiliteringsindsatsen. Netop erkendelsen af de mere usynlige skader og følger af en erhvervet hjerneskade er ofte vanskeligere at håndtere og forstå for familie og omgivelser. Derfor er det hensigtsmæssigt, at erkendelsesprocessen påbegyndes så tidligt som muligt.
- Afsnit 5.1.1  
I forbindelse med supplerende udredning af forhold, der ikke har kunnet redegøres for under indlæggelsen bør følgende overvejes:
  - hjernes fortsatte udvikling
  - funktionsnedsættelser, der først viser sig senere
  - fysiologisk prægede udviklingsparametre som fx hormonudvikling
- Afsnit 5.2  
Af målgruppebeskrivelsen fremgår ikke helt tydeligt om børn og unge som er sansemæssigt påvirkede og bliver overstimulerede er omfattede.

Med venlig hilsen

Jytte Jakobsen  
Hjerneskadecoordinator, Job & Velfærd

Rikke Fromberg Beha  
Afdelingsleder PPR, Børn & Unge

## Hørings svar Ringkøbing-Skjern Kommune

### Faglige visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade

I Ringkøbing-Skjern Kommune hilser vi den faglige visitationsretningslinje velkommen.

Det er vores forventning, at visitationsretningslinjen vil understøtte kvaliteten af ydelserne, mennesker med erhvervet hjerneskade modtager i de 4 rehabiliteringsfaser.

#### Høringskommentarer:

Afsnit, emne, sideangivelse	Høringskommentar
<b>1.1. Baggrund</b> Side 5/56 samt bilag 4 – det skønsmæssige antal borgere med erhvervet hjerneskade med behov for faglig indsats	Opmærksomhedspunkt: Demografiske forhold, hvor nogle kommuner har større volumen af borgere med apopleksi, grundet en ældre population end andre steder i landet. Den enkelt kommune kan have flere sager end det statistiske skøn. I enkelte tilfælde ser vi faktisk fordobling af antal borgere med behov for hjerneskadefaglig indsats.
<b>1.5.1. Genoptræning</b> Side 10/56	Der ønskes tilføjelse af <i>deltagelsesaspektet</i> i afsnittet om genoptræning jf. ICF
<b>2. Specialiseringsniveauer</b> Side 12/56-13/56	Specialiseringsniveauer på det sociale område: Der opleves behov for akkreditering eller stratificering eller kliniske retningslinjer for tilbuddene til mennesker med erhvervet hjerneskade. Der er forskel på opfattelsen af begrebet <i>Specialisering</i> mellem det sociale og det sundhedsfaglige område. Det opleves, at komplicere fællessproget og forståelsen og dermed udførslen, når der ikke er fælles forståelse af specialiseringsniveauerne.
<b>2.3. Specialiseringsniveauer på det sociale område</b> Side 13/56	På det mest specialiserede socialområde, hvor det beskrives, at det kræver særlige faglige kompetencer og specialviden på højt specialiseret niveau: Hvordan sikres det, at der er den rette kompetence tilstede, hvordan sikres kompetence niveauet ved uddannelse og rekruttering af faglige kompetente medarbejdere?
<b>3. Ansvar og samarbejde</b> Side 14/56	Behandlingsansvaret forbliver imidlertid hos sygehuslæge eller overgår til den praktiserende læge efter udskrivelse fra sygehus: Hvordan sikres, at almen praktiserende læger har den fornødne viden? Med accelererende hospitalsindlæggelser ses tidligere udskrivelse, og dette speciale overgår i tidligere fase til alment uddannede læger.
<b>3.1.1. Genoptræning og rehabilitering</b> Side 14/56	Sygehuset samarbejder med og yder rådgivning og vejledning til avanceret niveau: Hvordan sikres dette og hvor sker det? Kunne det indgå som beskrivelse i fodnote?
<b>3.1.2. Planlægning af udskrivelse</b> Side 14/56	Sygehuset sikrer, at kommunen tidligt bliver inddraget og får relevante oplysninger, herunder at der sker fyldestgørende udredning af funktionsevnen: Praksis er, at patienter ved tidligt udskrivelse ikke altid er udredt ved neuropsykolog. Med den faglige begrundelse, at det er for tidligt at fortage en neuropsykologisk test. I region Midt er der ingen systematisk praksis for opfølgning på dette. Hvordan sikres det, at udredningen er fyldestgørende ved udskrivelse, når patienten ikke er udredt kognitivt? Særligt hvis der ikke ses udprægede fysiske deficit?

Faglige visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade

<p>3.1.3. <b>Planlægning af udskrivelse</b> fortsat Side 14/56</p>	<p>Udskrivningskonference: Det anbefales, at det tilføjes, at det er nødvendigt med præ-indsatser før en egentlig udskrivningskonference.</p> <p>Når kommunen skal bidrage med et relevant målrettet tilbud til borgeren ved udskrivelse, er det vigtigt, at der er faseopdelt viden overførsel før udskrivningskonferencen.</p> <p>Eks.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Advis</li><li>2. Telefonisk information</li><li>3. Statusskrivelser</li><li>4. Videomøde mellem de interdisciplinære fagteam deltagere</li></ol> <p>Samlet fyldestgørende præinformation, som sikrer at kommunen er klædt på til udskrivningskonferencen og kan målrette tilbuddet og være konkret forberedt til udskrivningskonferencen.</p> <p>Det er ønskeligt, at en patient med komplekse problemstillinger ikke udskrives under en 14. dages varslingsperiode for kommunerne. Samt at udskrivelsen sker med baggrund i patientens funktionsniveau og ikke som udtryk for hospitalets belægningsvolumen.</p>
<p>3.1.3. <b>Vurdering af genoptræningsbehov og udarbejdelse af genoptræningsplanerne</b> Side 15/56</p>	<p>Genoptræningsbehovet vurderes af en speciallæge i neurologi gerne med kompetence i neurorehabilitering:</p> <p>Hvordan tilgodeses den nye praksis: "Alle patienter med erhvervet hjerneskader skal undersøges for, om de har mentale funktionsnedsættelser etc."</p> <p>Hvordan sikres det tværfagligt samarbejde på hospitalerne på tværs af fagsiloerne? Hvordan sikres patienter med erhvervet hjerneskade, som følge af skader uden for det neurologiske speciale. Heri efter indlæggelse på:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hjerteafdelinger</li><li>- Kræftafdelinger</li><li>- Ortopædi?</li></ul> <p>Hvordan sikres det at hospitalernes fagsiloer ikke bliver barrierer for at patienter med erhvervet hjerneskade udskrives uden neurofaglig udredning ad modum "Sundhedsaftalerne på området erhvervet hjerneskader".</p> <p>Når der kun udarbejdes én genoptræningsplan for det samlede genoptræningsforløb. Kan lægen så lave flere henvisninger til kommunal genoptræning eller kun lave én for samme diagnose?</p> <p><u>Eks:</u> Hvis der allerede ligger en specialiseret genoptræningsplan på eks. skader i nakken efter bilulykke og det viser sig, at der er svære skader på hjernen senere i forløbet?</p>



Faglige visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade

<p><b>3.1.4. Ambulant udredning og opfølgning</b> Side 15/56</p>	<p>Vedrørende: "Patienter som ikke observeres umiddelbare funktionsnedsættelser i forbindelse med sygehuskontakt, og som senere udvikler tegn på følger af en hjerneskade vil senere bliver henvist via egen læge til sygehus til udredning":</p> <p>Får praksislæger besked på at patienten kan have følger, som han forventes opfølgning af?</p> <p>Kunne der udvikles screenings spørgeskemaer lign. Depressions spørgeskema. Mhp. at praksislægen systematisk kan følge op efter eks. TCI?</p>
<p><b>3.2.1. Genoptræning og rehabilitering efter udskrivelsen.</b> Definition af viden og kompetenceniveau</p> <p><b>5.5.1. Genoptræning</b> Side 31/56</p>	<p>Det kræver særligt neurofaglig kendskab, at vurdere viden og kompetenceniveau indenfor neurorehabilitering. Kan man vide, hvad man ikke kan yde, hvis ikke man kender fagområdet?</p> <p>Når der skal være kompetenceplanlægning på strategisk plan. Hvad skal tilbuddene gå efter for at opkvalificerer medarbejdere?</p> <p>Der ønskes fælles definition af viden og kompetenceniveau ud fra nedenstående problemfelter:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan realkompetencevurderer vi faggrupperne til de 3 (4) niveauer?</li><li>- Fagressourcer på tilbuddene: Hvordan skal sammensætningen være, for at man har et tilbud på evt. avanceret niveau? Kan man have 4 uerfarne og 1 erfaren ansat og kalde tilbuddet avanceret?</li><li>- Skal definitionen være, om man har ansatte, der har specialistuddannelsen for eks. terapeutområdet?</li><li>- Skal der være krav til tilstedeværelse af udredningsredskaber og kompetencer til at anvende dem eks. AMPS/ træningsredskaber? Skal man købe ydelsen eksternt?</li><li>- Skal sygehuset vurderer evt. behov for gangtræning med evt. vægtaflastning og dermed om genoptræningsstedet har ydelsen tilgængelig?</li><li>- Hvordan sikres at tilbuddene ikke bliver forskelligt efter kommunale ressourcer og interne standarder, men rettes efter patientens behov for indsats?</li></ul>
<p><b>4.4.1. Når relevante undersøgelser og funktionsevneudredning nævnes</b></p>	<p>Når der forekommer triangulerende diagnoser eller livsvilkår, som øger kompleksitetsgraden: Hvordan sikres det, at borgeren ikke udelukkes for indsatser som eks. Når specialiserede afdelinger udskriver patienten tidligere pga. misbrugsadfærd eller patienten ikke har adgang til genoptræningssteder pga. misbrug/dobbelt eller triplediagnoser.</p> <p>Når relevante undersøgelser og funktionsevneudredning nævnes eks. Side 23/56 anbefales det: At neuromedicinsk vurdering, syn, smerter, psykiatri og bør misbrug også nævnes.</p>

## Høringsvar Ringkøbing-Skjern Kommune

### Faglige visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade

<b>4.4.1. Genoptræningsplaner til rehabilitering og specialiseret niveau</b>	Citat: "I de tilfælde, hvor en patient skal overleveres fra specialiseret niveau til andre niveauer, skal det sikres, at den fornødne information for den videre varetage af patientens genoptræning rettidigt videresendes til dem, der skal varetage genoptræningen i det videre forløb" Ønskes gentaget under 4.4.2.
<b>5.4. Målgruppen til genoptræning på avanceret niveau</b> Side 30/56	Træningsudstyr af særlig karakter, der ofte ikke er tilstede på basalt niveau. Det anbefales vedlæggelse af bilag der præciserer / definerer: "Træningsudstyr af en særlig karakter". Kunne det også være AMPS kalibrerede medarbejdere?
<b>7.3. Valg af rehabiliteringstilbud</b> Side 39/56	Hvordan sikres kvaliteten i specialiserede tilbud.  Hvordan sikres, at specialiserings definitionen ikke udelukkende går på institutionens matrikel?  Hvilken instans tjekke om kvaliteten lever op til forventet? Heri: <ul style="list-style-type: none"><li>- Sundhedsfaglig rutine og erfaring: Fordeling af erfarne / nyuddannede uddannelsesniveauer og definition af ydelsen?</li><li>- Forekomst: At patientgrundlaget er af en passende volumen? Objektivt på årsplan.</li><li>- Hvad er relevant efteruddannelse? Er afsættet sundhedsfagligt paradigme/eller pædagogisk?</li></ul>
<b>8.2.4. Samarbejde</b>	Forventninger om, at der ydes rådgivning og supervision til genoptræningstilbud der varetager genoptræning og rehabilitering på avanceret niveau:  Def. Af supervision, er der tale om supervision som metode eller vejledning/ journalgennemgang og vejledning ud fra det?
<b>Kvalitetssikring at tilbuddene holder niveauerne</b>	<b>Kvaliteten af tilbuddene - hvordan monitoreres der på kvaliteten</b> Akkreditering? Auditering? Kvalitetsstandarder?

**Fra:** Karoline Raaby Adersen [<mailto:krad@soroe.dk>]

**Sendt:** 25. november 2014 09:32

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Cc:** Anne Paduan; Mona Mikkelsen

**Emne:** Sorø Kommune - Høringssvar, faglig visitationsretningslinje - genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade

Til Sundhedsstyrelsen.

Det er med stor spænding og glæde, at vi har gennemlæst Høringsudkastet til Faglige visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. Det glæder os, at en sådan retningslinje er undervejs og det er dejligt, at læse at der er lagt et stort arbejde i.

Vi foreslår arbejdsgruppen, at man overvejer en konsekvent anvendelse af målgruppens betegnelse, så der ikke på det ene tidspunkt står patient (region/sygehus betegnelse) og det andet borger (kommunal betegnelse). Man kan overveje at lægge sig op af samme betegnelse som Sundhedsstyrelsen har valgt i den nationale kliniske retningslinje for samme målgruppe, *personer med erhvervet hjerneskade*. På denne måde lægges der op til et mere fælles ansvar der går på tværs af de involverede sektorer.

Vi finder det meget positivt, at retningslinjen har medtænkt personer med erhvervet hjerneskade, hvor der først efter afslutning af sygehuskontakt observeres følger af en hjerneskade. Dette er i kommunal praksis jævnligt forekommende.

På siden 9 står: *...de mentale funktionsnedsættelser ofte en større udfordring end de funktionsnedsættelser, som relaterer sig til bevægelse og praktiske gøremål i hverdagen*. Vi tillader os, at sætte spørgsmålstejn ved om ikke mentale funktionsnedsættelser i mange tilfælde vil komme til udtryk gennem praktiske gøremål i hverdagen. Arbejdsgruppen kan overveje en anden og mere tydelig formulering, evt. udelade og *praktiske gøremål i hverdagen*.

På side 10, første afsnit, sidste linje, kan arbejdsgruppen overveje at anføre...*for personens mulighed for selvstændig og meningsfuld livsførelse*.

På side 10, tredje afsnit kan arbejdsgruppen overveje om mange personer med erhvervet hjerneskade udelukkende har behov for indsatser varetaget af neuropsykologer eller om der skal tilføjes, pædagoger og lignende.

På side 13, næstesidste afsnit står at, det specialiserede socialområde, dækker indsatser, som primært retter sig mod mennesker der har fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, kan arbejdsgruppen overveje at beskrive graden af funktionsnedsættelse?

I afsnit 3.1, der beskriver sygehusets ansvar og opgaver tillader vi os, at sætte spørgsmålstejn ved på hvilken måde sygehuset yder rådgivning og vejledning til avanceret niveau. Det er beklageligvis ikke det vi oplever i praksis, så en nærmere beskrivelse af hvordan vil være velkommen.

Vi ser frem til udvikling af genoptræningsplanerne. En nærmere beskrivelse fra det tværfaglige team, inkl. beskrivelser af undersøgelser og tests samt korrekte diagnoser vil blive hilst velkommen. Det er ønskeligt, at undersøgelser- og testresultater altid medsendes genoptræningsplanen. Det er meget relevant, at arbejdsgruppen i retningslinjen har taget højde for de personer med følger efter hjerneskade, der efter udskrivelser udvikler tegn på følger efter hjerneskade. Arbejdsgruppen kan overveje om personer med

følger efter hjerneskade udvikler tegn eller om personer og fagligt personale bliver opmærksomme på følger. Arbejdsgruppen bør overveje, om det vil være hensigtsmæssigt at lade en tidsfrist indgå i hvornår sygehuset senest bør tilbyde yderligere udredning/opfølgning? Arbejdsgruppen bør overveje, om det er nødvendigt, at personen med følger efter erhvervet hjerneskade direkte kan rette henvendelse til udskrivende afdeling med henblik på ambulans opfølgning indenfor en vis tidsfrist?

Vi finder det i øvrigt meget positivt, at man i retningslinjen er opmærksom på, at personer med erhvervet hjerneskades behov, kan ændre sig. Det fremgår dog ikke tydeligt for os, hvem der har kompetence til at vurdere hvornår en specialiseret rehabiliteringsindsats kan overgå til en avanceret genoptræningsindsats.

Det er glædeligt, at hjerneskadekoordinatorfunktionen er indarbejdet i retningslinjen ift. koordinering af indsats. Det fremgår ikke tydeligt, hvem der varetager koordineringsfunktionen ift. sygehusenes forskellige behandlingsmæssige indsats, hvilket vi mener arbejdsgruppen bør overveje.

I afsnit 8.1 står patientuddannelse nævnt, både for sig selv og sammen med pårørende indsats. Vores praksis erfaring ift. patientuddannelse indenfor området og iht. målgruppebeskrivelsen i region sjællands patientuddannelsesprogram, fremgår det at personer med følger efter erhvervet hjerneskade skal kunne tale og forstå dansk (hvilket udelukker nogle afasi ramte), at det har primært sigte for personer med følge efter hjerneskade der er i fase 3, hvilket ikke hænger sammen med tidspunktet eller beskrivelsen af målgruppen (side 34 i retningslinjen) for en specialiseret rehabiliteringsindsats.

I bilag 3, kan arbejdsgruppen overveje at tilføje mentorstøtte som eksempel på indsats under specialområdet

I bilag 4, kan arbejdsgruppen overveje hvordan regioner og kommuner udveksler erfaring om specialiseringsgraden. Det er vores erfaring fra praksis, at kendskabet til kommunale indsats hyppigt er utilstrækkeligt. Vi undrer os over, at der forventes færre genoptræningsplaner til specialiseret niveau afhængig af udviklingen på avanceret niveau. De er jo to forskelligt definerede specialiseringsniveauer.

Slutteligt vil vi ønske arbejdsgruppen held og lykke med den endelige udgave.

Med venligste hilsner

Sundhedscenter, Sorø Kommune  
samt

**Karoline Raaby Adersen**

Hjerneskadekoordinator  
Social Service

Hovednr.: 57876000  
Direkte: 57876295  
Mobil: 23654925  
E-mail: [krad@soroe.dk](mailto:krad@soroe.dk)

Sorø Kommune  
Social Service, Team Ældre  
Rådhusvej 8  
4180 Sorø  
[www.soroe.dk](http://www.soroe.dk)



## **Notat**

### **Hørings svar vedr. høringsudkastet til faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade**

De ni kommuner i Region Hovedstadens midtklynge; Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre afgiver hermed et fælles hørings svar.

Kommunerne i Planområde Midt har med interesse læst udkastet til de faglige visitationsretningslinjer for henholdsvis voksne og for børn og unge med erhvervet hjerneskade. Der gives hermed fælles generelle kommentarer for begge retningslinjer, medmindre andet er angivet. Specifikke kommentarer gælder visitationsretningslinjen for voksne.

#### **Generelle kommentarer**

Kommunerne i Planområde Midt finder, at udkastet til de faglige visitationsretningslinjer er et godt skridt på vejen mod at sikre, at borgere stratificeres til indsatser på det rette specialiseringsniveau. Med en grundig afdækning af fysiske og kognitive problemstillinger på sygehuset, vil kommunerne have et langt bedre grundlag for at sikre rette indsatser på rette tidspunkt. Endvidere er en tydeliggørelse af de enkelte aktørers ansvarsområder og ensretning af anvendelsen af undersøgelsesmetoder væsentlig, hvis vi tværsektorielt skal sikre borgeren et sammenhængende og koordineret rehabiliteringsforløb.

Kommunerne i Planområde Midt anbefaler, at der i forlængelse af udarbejdelsen af de faglige visitationsretningslinjer tages initiativ til **dialog omkring samarbejdet mellem region og kommune, hvad angår tilrettelæggelsen af genoptrænings- og rehabiliteringsforløbet efter fase 2.**

Der er behov for en **ensretning af samarbejdet på tværs af region og kommuner, der kan understøtte koordineringen af de forskellige indsatser.** Dette kan ske ved at kommunerne involveres tidligt i forløbet med fokus på snitfladen mellem fase 2 og fase 3. Samarbejde mellem kommune og specialiseret afdeling bør igangsættes allerede under indlæggelsen på hospital – også i de tilfælde, hvor regionen bevilliger rehabilitering, eksempelvis til Kurhus. Det skal således ikke være relationer eller tilfældigheder eller borgerens alder, der har betydning for et godt eller dårligt koordineret rehabiliteringsforløb.

Der er behov for **ensretning af anvendte faglige undersøgelsesmetoder på tværs af sektorer**, der kan medvirke til løbende vurdering af borgerens funktionsevne og evt. effektmåling gennem hele rehabiliteringsforløbet. Der er nationalt ved at blive etableret en arbejdsgruppe, der i samarbejde med Thomas Maribo, seniorforsker v. Marselisborgcenteret, vil udarbejde nationale anbefalinger af funktionsmålinger inden for udvalgte ICF-items, som vil kunne anvendes tværsektorielt. Dette initiativ bør have stor opbakning.

#### **Specifikke kommentarer**

Midtklyngen har kommentarer til følgende i høringsudkastet:

**Ballerup Kommune, Egedal kommune, Furesø Kommune, Gentofte  
Kommune, Gladsaxe Kommune, Herlev Kommune, Lyngby-Taarbæk  
Kommune, Rudersdal Kommune og Rødovre Kommune**

---

#### **Afsnit 1.4. Definitioner af begreber**

Rehabiliteringspotentiale anvendes i den faglige visitationsretningslinje på følgende måde: *Rehabiliteringspotentialet er et udtryk for den samlede vurdering af den enkelte patients muligheder for at bedre sin funktionsevne i en rehabiliteringsproces. I vurderingen indgår blandt andet patientens præmorbid funktionsevne samt den forventede prognose for den aktuelle funktionsevnededsættelse. Det er med andre ord de professionelles vurdering af, hvilken bedring af funktionsevnen der - med optimal indsats - er realistisk at opnå.*

I vurderingen af rehabiliteringspotentialet lægges der i retningslinjen vægt på borgerens præmorbid funktionsevne og den forventede prognose. Kommunerne i Planområde Midt mener, at det er **nødvendigt også at inddrage en samlet vurdering af hele borgerens livssituation, som omhandler både den fysiske, psykiske og sociale situation**. Den enkelte borgers ressourcer, såvel som omgivelsernes ressourcer, vil på disse forskellige områder - sammen med den præmorbid funktionsevne og den forventede prognose - give et mere nuanceret billede af borgerens rehabiliteringspotentiale.

Det vurderes hensigtsmæssigt at **definere, hvorledes "optimal indsats" skal forstås**. Det ligger et stort pres på kommunerne at modtage en borger, der har fået at vide, at vedkommendes funktionsniveau kan bedres – hvis vedkommende modtager denne helt **"optimale indsats"**. Det er fortsat den enkelte kommunerne, der lægger serviceniveauet for den indsats, de tilbyder og leverer – derfor er det vigtigt at blive enige om, hvordan man sikrer, at beskrivelsen af **"den optimale indsats"** ikke alene bliver et spørgsmål om, at kommunen leverer en bestemt ydelse fra en bestemt leverandør.

Det anbefales endvidere, at **"funktionsevne" defineres** under afsnit 1.4., da dette ikke fremgår tydeligt og af nogen derfor kunne sidestilles med funktionsniveau.

Der opleves **begrebsforvirring i brugen af "genoptræning" og "rehabilitering"** i forhold til indsatser i kommunalt regi, eksempelvis i afsnit 5.3. visitation til indsatser på basalt niveau: *"Borgere, som henvises til genoptræning på basalt niveau, har som udgangspunkt et genoptrænings- og rehabiliteringsbehov (...)".* Disse begreber bør defineres klart og bruges konsekvent gennem hele retningslinjen.

#### **Afsnit 2 Specialiseringsniveauer**

Skema for specialiseringsniveauer

<b>Sundhedsområdet (efter udskrivning fra sygehus)</b>	<b>Sundhedsområdet (Sygehuse)</b>	<b>Socialområdet</b>
<i>Specialiseringsniveauer:</i> <input type="checkbox"/> Basalt niveau <input type="checkbox"/> Avanceret niveau <input type="checkbox"/> Specialiseret niveau	<i>Specialiseringsniveauer:</i> <input type="checkbox"/> Hovedfunktioner <input type="checkbox"/> Regionsfunktioner <input type="checkbox"/> Højt specialiserede funktioner	<i>Specialiseringsniveauer:</i> <input type="checkbox"/> Almene indsatser <input type="checkbox"/> Specialiserede indsatser <input type="checkbox"/> Højt specialiserede indsatser

Der er **begrebsforvirring i forhold til specialiseringsniveauerne**, som de står beskrevet i den faglige visitationsretningslinje. Følger specialiseringsniveauerne Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade fra 2011, der opererer med 3 niveauer i kommunalt regi eller følges den nye Bekendtgørelse om genoptræningsplaner, der opererer med 2 niveauer i kommunalt regi?

**Ballerup Kommune, Egedal kommune, Furesø Kommune, Gentofte  
Kommune, Gladsaxe Kommune, Herlev Kommune, Lyngby-Taarbæk  
Kommune, Rudersdal Kommune og Rødovre Kommune**

---

Det er ud fra skemaet svært at få et hurtigt overblik over, hvem der leverer indsatserne ud fra specialiseringsniveauernes opdeling. Jf. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner leverer kommunerne almen genoptræning (på basalt og avanceret niveau) og sygehus leverer på specialiseret niveau.

Kommunerne i Planområde Midt foreslår, at man **følger specialiseringsniveauerne fra Bekendtgørelse om genoptræningsplaner**. Endvidere bør der laves en anden skematisk fremstilling af niveauerne, så det for udefrakommende er tydeligt – såfremt man følger Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner – at indsatser på basalt og avanceret niveau leveres i kommunalt regi og indsatser på specialiseret niveau leveres på sygehus eller ved specialiseret rehabiliteringstilbud.

Endvidere foreslås **sætningen "En højt specialiseret funktion på sygehus er således som udgangspunkt mere specialiseret end de højt specialiserede indsatser på socialområdet" slettet eller præciseret**, således at det fremgår, at der er tale om en anderledes specialisering.

### **Afsnit 3.1.2. Planlægning af udskrivelse**

Af teksten i høringsudkastet fremgår det, at: *"I forbindelse med udskrivelse fra sygehus til rehabilitering på **specialiseret niveau i kommunen** sikrer sygehuset, at der afholdes udskrivningskonference med deltagelse af relevante aktører med henblik på hensigtsmæssig overlevering. Det samme gælder, når sygehuset eller kommunen finder det relevant ved udskrivelse til almen genoptræning og eventuel anden rehabilitering"*.

Det bemærkes, at der **muligvis anvendes et forkert ordvalg i denne sætning** i form af "specialiseret niveau i kommunen". Dette kan ikke genfindes i teksten og følger ikke retningslinjens terminologi, idet specialiseret indsats er på sygehus (side 12 – 13). Der menes formentlig avanceret niveau.

Det vil være hensigtsmæssigt at tilføje en tidsangivelse, således at sætningen "tager sygehuset kontakt med kommunen hurtigt efter indlæggelsen med henblik på at sikre en fælles planlægning" erstattes med formuleringen: "tager sygehuset kontakt med kommunen **hurtigt og senest en uge efter indlæggelsen (...)**".

### **Afsnit 3.1.3 Vurdering af genoptræningsbehov og udarbejdelse af genoptræningsplaner og afsnit 4.4 Krav til genoptræningsplanens indhold:**

Af teksten i høringsudkastet fremgår det at: *"I genoptræningsplanen fastlægges, hvilket specialiseringsniveau patienten henvises til"*.

Det foreslås, at man i stedet skriver: " I genoptræningsplanen fastlægges **og begrundes**, hvilket specialiseringsniveau patienten henvises til".

Endvidere står: *"Genoptræningsbehovet vurderes af en speciallæge i neurologi gerne med kompetence i neurorehabilitering. Derudover inddrages andre relevante faggrupper som ergoterapeuter og fysioterapeuter samt fx sygeplejersker, neuropsykologer og audiologopæder.*

*Specifikt stilles der krav om tilstrækkelig og nødvendig information til modtageren af henvisningen, herunder med særligt fokus på udredning af vitale funktioner samt mentale funktioner."*

**Ballerup Kommune, Egedal kommune, Furesø Kommune, Gentofte  
Kommune, Gladsaxe Kommune, Herlev Kommune, Lyngby-Taarbæk  
Kommune, Rudersdal Kommune og Rødovre Kommune**

---

Det er afgørende, at **vurderingen og konklusionen på denne tydelig beskriver, om det videre forløb for genoptræningen bør være avanceret eller specialiseret niveau**. Både kommunale fagpersoner, patient og pårørende har i det videre forløb behov for tydeligt at kunne gennemskue og begrunde, hvorfor et evt. specialiseret neurofagligt rehabiliteringsforløb ikke er skønnet relevant.

### **Afsnit 3.2.3 Visitation til genoptræning og andre rehabiliteringsindsatser**

Af teksten i høringsudkastet fremgår det at: *"I forbindelse med visitationen til genoptræning er kommunen forpligtiget til at informere borgeren om muligheder for frit valg af genoptræningssted jf. bekendtgørelsen om genoptræning"*.

Det bemærkes, at der tilsvarende bør stå, at sygehuset er forpligtet til at informere om, at **der frit kan vælges mellem regionens sygehuse**.

### **Afsnit 3.2.6 Opfølgning på genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen**

I høringsudkastet fremgår det, at: *"Der kan i den forbindelse være behov for, at kommunen har mulighed for at anmode sygehuset om at foretage yderligere udredning af borgerens genoptrænings-/rehabiliteringsbehov og potentiale. De nærmere rammer for dette kan hensigtsmæssigt fastlægges i sundhedsaftalen, hvor det ligeledes kan aftales, hvorledes sygehuset ved behov kan anmode om en status på genoptræningsforløbet."*

Kommunerne i Planområde Midt anbefaler, at der laves **tydelige aftaler på dette område**, særligt i forhold til hurtig udredning af kognitive vanskeligheder. Hvis der er tale om længere ventetid på udredning hos eksempelvis neuropsykolog på sygehuset, er borgers situationen ofte uafklaret alt for længe og værdifuld tid går tabt, da disse udredninger ofte danner grundlag for den videre kommunale visitation af genoptrænings eller rehabiliteringsindsats. Endvidere opleves det ofte, at ikke-erhvervsaktive borgere ikke bliver udredt af neuropsykolog, hvilket giver kommunen et dårligere grundlag for planlægning af indsatser for borgere i denne målgruppe.

### **Afsnit 4.4.2 og 4.4.3 Genoptræningsplaner til genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau**

Kommunerne i Planområde Midt anbefaler, at det afgrænses **hvornår / hvilke kriterier, som vil medføre overgang til andet niveau i genoptræningsplanen**, når der - som det beskrives - kun udarbejdes én genoptræningsplan for hele forløbet.

Det anbefales endvidere, at genoptræningsplanen **indeholder planlagte undersøgelser på sygehus**.

Vedr. genoptræningsplan til specialiserede rehabiliteringstilbud finder kommunerne i Planområde Midt det væsentligt, at der **skelnes mellem de to nedenfor nævnte indgange** til f.eks. Kurhus, da det er afgørende for, hvem der finansierer:

- 1) En sygehusbevilling/regional finansiering efter Sundhedsloven i den sygehusemæssige behandlingsfase (fase 2).
- 2) En kommunal finansiering efter Sundhedslovens § 140.



## **Ballerup Kommune, Egedal kommune, Furesø Kommune, Gentofte Kommune, Gladsaxe Kommune, Herlev Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune, Rudersdal Kommune og Rødovre Kommune**

---

### **Afsnit 5.1 Sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehov**

Det fremstår tydeligt, at det ikke er potentialet, der er afgørende for om en borger/patient kan gå fra højere specialiseringsniveau til basalt, men derimod skadens omfang: *"Patientens rehabiliteringspotentiale kan inddrages i vurderingen. Det er dog ikke rehabiliteringspotentialet, der angiver specialiseringsniveauet, men på hvilket specialiseringsniveau, der er behov for den professionelle indsats"*.

Når det fra hospitalet skønnes, at patienten er uden potentiale for rehabilitering, bør dette beskrives af sygehuset og videregives til patient og pårørende med grundig lægefaglig information. Det bør **dokumenteres klart, at der for nuværende ikke skønnes genoptræningspotentiale, hvorfor der ikke udarbejdes en genoptrænings eller rehabiliteringsplan, og at patient og evt. pårørende er informeret**. Hvis der blot udarbejdes en genoptræningsplan på basalt niveau vil kommunen modtage en familie i krise, der ikke oplever at modtage et ordentligt tilbud.

### **Afsnit 5.2 Målgruppen til genoptræning på basalt niveau**

Målgruppen til genoptræning på basalt niveau omfatter blandt andet:

- *Patienter, som før den aktuelle begivenhed havde omfattende funktionsevnenedsættelse og/eller komorbiditet, og hvor det vurderes, at patienten ikke aktuelt har potentiale til at opnå større forbedring af funktionsevnen ved genoptræning og rehabilitering på højere specialiseringsniveau.*

Kommunerne i Planområde Midt mener, at det er en uhensigtsmæssig beskrivelse af indsatser på basalt niveau - som for nogle borgere er tilstrækkelig - og **anbefaler derfor en formulering med mere positiv klang i forhold til den indsats, der leveres ude i kommunerne**. Et forslag kunne være: *"Hvor det vurderes, at genoptræning på basalt niveau er tilstrækkelig til, at patienten kan opnå forventet forbedring af funktionsevnen"*.

Vi mener endvidere ikke, at det er korrekt at henvise borgere, som før den aktuelle begivenhed havde omfattende funktionsnedsættelse og/el. komorbiditet, til gruppen på basalt niveau. Det skyldes, at borgere i denne gruppe ofte har svære adfærds- og kognitive forstyrrelser (fx som følge af alkoholmisbrug eller tidligere hjerneblødning) og derfor ofte vil have behov for neuropsykologisk indsats svarende til genoptræning på avanceret niveau, på trods af, at det fysiske træningsbehov "kun" forudsætter basalt niveau.

### **Patienter med dysfagi**

I beskrivelse af målgruppen til genoptræning på avanceret niveau er der som eksempel nævnt *"patienter med dysfagi, hvor der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration"*. For målgruppen til genoptræning på specialiseret niveau findes *"patienter med svær dysfagi, som afventer udredning og eventuel anlæggelse af sonde"*.

Det er en oplevelse i kommunerne, at borgere med dysfagi og fejlsynkning hyppigt henvises til genoptræning i kommunen. Dette sker overvejende til genoptræning på døgnplads. Det anbefales, at det **tydeligt fremgår, hvem der varetager genoptræning af patienter med dysfagi og fejlsynkning**.

### **Bilag 4: Vurdering af kapacitetsbehov**

Af teksten i høringsudkastet fremgår det at: *"Kriterierne for specialiseret genoptræning på sygehus ændres ikke, og derfor vil de patienter, som i dag får en specialiseret genoptræningsplan, som udgangspunkt også fremover have behov for genoptræningsplan"*

**Ballerup Kommune, Egedal kommune, Furesø Kommune, Gentofte Kommune, Gladsaxe Kommune, Herlev Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune, Rudersdal Kommune og Rødovre Kommune**

---

*til genoptræning på specialiseret niveau. Efterhånden som kommunerne udvikler genoptræningsindsatser på avanceret niveau, forventes det dog, at andelen af genoptræningsplaner til specialiseret niveau falder."*

Kommunerne i Planområde Midt vil gerne fremhæve, at **sætningen "Efterhånden som kommunerne udvikler genoptræningsindsatser på avanceret niveau, forventes det dog, at andelen af genoptræningsplaner til specialiseret niveau falder" ikke hænger sammen med de nævnte kriterier for specialiserede genoptræning** (se side 34). Her står: *"Patienter, der henvises til genoptræning på specialiseret niveau, som foregår på sygehus, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, herunder eventuelt alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen. Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulanssygehusbehandling. Genoptræningsindsatserne varetages ligeledes på sygehus, hvis genoptræningen af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehus-regi".* **I kriterierne for specialiseret genoptræning tages der ikke hensyn til, hvilket niveau, den kommunale indsats kan leveres på** – der tages ikke individuelle kommunale hensyn, som teksten fra side 53 tilkendegiver. Dette giver loven ikke mulighed for på nuværende tidspunkt.

---

Kommunerne i Planområde Midt finder, at de faglige visitationsretningslinjer kan være med til at give et kvalitetsløft af den tværsektorielle indsats for borgere med erhvervet hjerneskade og ser derfor frem til at læse den endelige reviderede udgave af de faglige visitationsretningslinjer.

På vegne af kommunerne i Planområde Midt

Charlotte Haase

Udviklingskonsulent på hjerneskadeområdet  
Gladsaxe kommune

**Fra:** LKAJK [<mailto:LKAJK@uvm.dk>]

**Sendt:** 25. november 2014 12:32

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Cc:** Ulla Skall; Rinze van der Goot

**Emne:** Undervisningsministeriet - Offentlig høring: Faglige visitationsretningslinjer - genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade - Frist 26/11-14

Sagsnr. 060.77M.391

Sundhedsstyrelsen

Undervisningsministeriet har overordnet ikke bemærkninger til det foreliggende bortset fra, at der i Høringsudkast 5. november 2014 om "Faglig visitationsretningslinje, - genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade" på side 22 bør præciseres, at den nævnte centrale udmelding indenfor det specialiserede social- og specialundervisningsområde er for "voksne med kompleks erhvervet hjerneskade".

Med venlig hilsen  
Henrik Thode  
Chefkonsulent



**UNDERVISNINGS  
MINISTERIET**

Undervisningsministeriet  
Juridisk Kontor  
Frederiksholms Kanal 21  
1220 København K

Direkte tlf.: 3392 5144, Mobil: 5089 8804

E-mail: [Henrik.Thode@uvm.dk](mailto:Henrik.Thode@uvm.dk)



**21. november 2014**

**Høringsvar til nationale visitationsretningslinjer - genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade**

Ikast-Brande Kommune har den 5. november 2014 modtaget to høringsudkast til faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering for hhv. børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade. Kommunen ønsker at afgive et samlet høringssvar for de to visitationsretningslinjer.

Ikast-Brande Kommune er enige i intentionen om, at skabe bedre genoptrænings- og rehabiliteringsforløb for målgruppen, og finder det således positivt at der er taget initiativ til at udarbejde en national visitationsretningslinje, som bl.a. skal understøtte den kommunale visitationsproces til borgere med erhvervet hjerneskade.

Derudover ses der positivt på, at

- de faglige visitationsretningslinjer også inkluderer den gruppe af borgere, hvor der ikke observeres umiddelbare funktionsevnedssættelser i forbindelse med afslutning af sygehuskontakten, men hvor der senere kan opstå tegn på følger af en hjerneskade,
- sygehuset skal sikre, at kommunen tidligt bliver inddraget i forløbet og får relevante oplysninger, herunder at der sker en fyldestgørende udredning af funktionsevnen, og at der foreligger en fyldestgørende genoptræningsplan ved udskrivelsen,
- det tydeliggøres, hvem målgruppen er for de forskellige specialiseringsniveauer.
- det ekspliciteres at sygehusene i forhold til patienter med svære følger efter hjerneskader, og hvor sygehuset vurderer, at patienten har omfattende behov for specialiserede rehabiliteringsindsatser efter udskrivelsen, har til opgave at tage kontakt med kommunen hurtigt efter indlæggelsen med henblik på at sikre en fælles planlægning.

Ifølge oplægget til faglig visitationsretningslinje skal det fremadrettet i genoptræningsplanerne angives, hvilket specialiseringsniveau der henvises til. Videre fremgår, at det specialiseringsniveau der henvises til i genoptræningsplanen ikke kan tilsidesættes.

Psykiatri- og Handicapafdeling  
Centerparken 1  
7330 Brande  
Tlf.: 9960 4000  
Fax:  
E-mail:  
chwur@ikast-brande.dk

Sagsbehandler:  
Christina Würts  
Direkte telefon:  
9960 3172  
Sags ID:  
2013/43266



Ikast-Brande Kommune er enige i, at borgerne skal tilbydes den genoptræning/indsats de har behov for. Omvendt sættes der spørgsmålstegn ved, om det vil komme til at betyde, at det reelt set vil være sygehusene der bestemmer eller definerer kommunernes serviceniveau, og om den økonomiske ramme kommunerne har til rådighed, er tilstrækkelig. F.eks. udtrykkes bekymring for, at sygehuset henviser flere borgere til et højere specialiseringsniveau end tidligere, som får indflydelse på den kommunale økonomi.

Der vurderes behov for at følge udviklingen tæt, således at der sikres en sammenhæng mellem dem der så at sige bestiller og betaler. Ikast-Brande Kommune kan derfor tilslutte sig Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at det i regi af sundhedsaftalerne fastlægges, hvordan regioner og kommuner kan arbejde sammen omkring henvisning af patienter med erhvervet hjerneskade til rette specialiseringsniveau, herunder særligt i forhold til genoptræning og rehabilitering på avanceret og specialiseret niveau.

Det er forventningen at visitationsretningslinjerne fremadrettet medvirker til at styrke indsatserne på senhjerneskeområdet, og Ikast-Brande Kommune ser frem til at bidrage og indgå aktivt i implementeringen af de faglige visitationsretningslinjer for borgere med erhvervet hjerneskade.

Med venlig hilsen

Inger-Lise Katballe  
Sundhedsdirektør

Ikast-Brande Kommune



Vedrørende Faglig visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade.

**Ergoterapeutforeningen**

Nørre Voldgade 90  
DK-1358 København K  
Tlf: +45 88 82 62 70  
Fax: +45 33 41 47 10  
Cvr nr. 19 12 11 19  
etf.dk

Den 25.november 2014

Side 1

Ref.: UG

E-mail: ug@etf.dk

Direkte tlf.: 53 36 49 25

### **Ergoterapeutforeningens høringsvar vedrørende faglige visitationsretningslinjer til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade.**

Ergoterapeutforeningen har med stor interesse læst de to høringsudkast vedrørende faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering af henholdsvis børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade.

Ergoterapeutforeningen er positiv over for de faglige visitationslinjer med den foreslåede opdeling og ansvarsfordeling. Det er positivt, at det er understreget at autoriserede sundhedspersoner i langt overvejende grad skal stå for udmøntning af indsatserne i specialiserede enheder, på regionsfunktionsniveau og i kommunerne.

Ergoterapeutforeningen har nogle overordnede kommentarer, og henviser i øvrigt til de specifikke faglige kommentarer, som fremgår af høringsvaret fra det Ergoterapifaglige Selskab for Neurorehabilitering.

Teksten i begge visitationsretningslinjer giver indtryk af, at det aktuelle behov for genoptræning vægtes højere end potentialet, men det beskrives ikke yderligere, hvordan dette i praksis skal udmøntes. Når der udelukkende skal laves *en* genoptræningsplan, vil dette måske i praksis være vanskeligt at efterkomme. Det fremgår, at et patientforløb kun skal udløse *en* genoptræningsplan, hvilket der også er god ræson i, såfremt it-systemer for dokumentation og registrering i kan håndtere dette. Overgang fra specialiseret til almen genoptræning har indtil nu udløst en ny genoptræningsplan.

Det kunne samtidig lette forståelsen såfremt de faglige visitationsretningslinjer fremsatte nogle konkrete eksempler på cases fra målgrupperne, som kunne bidrage til sondringen mellem de forskellige niveauer i genoptræning og rehabilitering. På den måde kunne også de gode intentioner om opfølgning i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne illustreres.

Ergoterapeutforeningen er positiv over for, at funktionen som hjerneskade-



koordinator fremhæves, da mange kommuner allerede succesfuldt har etableret denne funktion. Således kan visitationsretningslinjerne forhåbentlig være katalysator for, at flere kommuner opretter eller bevarer hjerneskadekoordinatorkfunktionen.

### **Børn**

Det er positivt, at almen genoptræning for børn og unge skal varetages på avanceret niveau, da børn og unge med erhvervet hjerneskade udgør en mindre gruppe, der kræver særlige faglige kompetencer.

Der nævnes dog i den faglige visitationsretningslinje, at eksempelvis nationale kliniske retningslinjer er afsættet for beslutningsstøtte i de konkrete indsatser. Her vil Ergoterapeutforeningen gerne gøre opmærksom på, at mange børn og unge med CP *ikke* kan få ergoterapi i kommunerne, selvom der er et evidensbaseret grundlag for dette tilbud. Derfor er det en anbefaling, at særligt kommunerne opruster denne indsats.

På s. 23/55 skrives der, at der ikke skal udarbejdes genoptræningsplan til børn og unge, hvor der ikke aktuelt skønnes at være et potentiale for genoptræning og rehabilitering. Det har været et tilbagevendende problem på børne- og unge området, at især kommuner afviser genoptræning og rehabilitering, selvom det for børn og unge handler om habilitering og optræning af færdigheder.

Ergoterapeutforeningen er positiv over for forslaget om, at børn og unge med erhvervet hjerneskade skal følges frem til voksenalderen. Der er behov for en opfølgning, der kan sikre en tværfaglig koordineret indsats i overgang fra barn til voksen. Her har vi erfaring for, at der er store problemer i overgangsfaserne, jf. CPOP projektet i Region Syddanmark.

### **Voksne**

Det er meget positivt, at der i de faglige visitationsretningslinjer er et eksPLICIT fokus på patientens/borgerens eventuelle kognitive og mentale problemstillinger. Således er det velbegrundet, at også de patienter, der ikke umiddelbart viser tegn på funktionsnedsættelser også inkluderes i visitationsretningslinjen. Det er velkendt, at kognitive udfald bedst afdækkes i borgerens egne omgivelser og i hverdagsaktiviteter, hvilket kan være problematisk, såfremt denne udredning er nødvendig for udfærdigelse af genoptræningsplan på sygehus.

I gruppen af patienter med behov for specialiseret genoptræning indgår nu patienter med svær dysfagi, hvilket også er positivt.

Generelt er det meget positivt, at WHO's *Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand* (ICF) anvendes, ligesom det tværfaglige samarbejde og specialiseringsniveauer fremhæves.

Ergoterapeutforeningen ser derfor frem til, at de faglige visitationsretningslinjer kan give det kvalitative løft i organisering af indsatserne til patien-



ter/borgere med erhvervet hjerneskade uanset alder.  
Det har siden kommunalreformen i 2007 været tiltrængt, at området får det-  
te faglige fokus.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddy-  
bende kommentarer i forhold til ovenstående.

Vi ser frem til at følge det fortsatte arbejde.

Med venlig hilsen

**Gunner Gamborg, formand for Ergoterapeutforeningen**



Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

**Center for Sundhed og Omsorg**

Sundhed  
Stengade 59  
3000 Helsingør

Tlf. 49283061  
ikm46@helsingor.dk

Dato 26.11.2014  
Sagsbeh.  
Ida Kock Møller

**Høringssvar vedrørende faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade**

**Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade.**

Udkastet til faglige visitationsretningslinjer muliggør i sin helhed et godt kvalitetsløft til genoptræning og rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, da det lægger op til en sikring af, at den enkelte borger modtager indsatser på det for denne borger rette specialiseringsniveau.

Der opstår dog forvirring omkring begreberne på specialiseringsniveauerne. For det første fordi, der tidligere er udmeldt andre definitioner end dem, der er beskrevet i nærværende retningslinje. For det andet fordi – som beskrevet i teksten – at graden af specialisering på et givent niveau ikke er ens på sundheds- og socialområdet, selvom det begge steder kaldes specialiseret/højt specialiseret. Her ville en differentiering af termerne være at foretrække.

Det er ligeledes uklart, om den specialiserede indsats udelukkende er et regionsanliggende, som regionen finansierer, eller om kommunerne efter udskrivelse fra sygehus udelukkende selv står for den specialiserede del.

Beskrivelsen af, at dele af en genoptræningsplan kan være på specialiseret niveau og andre dele på avanceret eller basalt niveau, fremgår ikke tydeligt.

Der er også efter udskrivelse behov for samarbejde med regionens specialiserede tilbud, i form af tilbageløbsaktiviteter; yderligere udredning, behandling, neuropsykologisk screening og indsats i det omfang, det er relevant. Der er mange eksempler på borgere, hvor de kognitive problemer ikke er synlige/fanges mens borgeren er indlagt. En del borgere får ikke en Genoptræningsplan /rehabiliteringsplan ved udskrivelsen og dukker så først op med store problemer længe efter, hvor problemerne er blevet store, og de er svære at genoptræne/rehabiliteres.

Der er behov for at kommunen involveres tidligt i forløbet i fase 2 for at sikre en god overgang og sammenhæng mellem regionens og kommunens tilbud – herunder sikre at

der ikke kommer opholde mellem den regionale og den kommunale genoptræningsindsats.

Problemstillinger vedr. brug af Kurhus bør afklares – ligger indsatsen på en kommunal eller en regional bevilling? Ligeledes bør regionens henvisning af borgere til forundersøgelse på Center for Hjerneskade ske i tættere samarbejde med kommunerne end tilfældet er i dag. Det skal afklares, hvilket tilbud kommunen selv har til borgerne, og hvornår der kan være behov for indsats fra de specialiserede tilbud. Det er ikke hensigtsmæssigt, at regionen henviser til bestemte leverandører, med mindre det er aftalt med kommunen.

Helsingør Kommune modtager ca. 90 Genoptræningsplaner alene på borgere med apopleksi årligt. Som nævnt i nedenstående hørings svar vedr. børn og unge skal der udarbejdes ny praksis i samarbejdsaftaler mellem Helsingør kommune og Nordsjællands Hospital, Hvidovre Glostrup og Rigshospitalet.

*Ledende terapeut, Annelene Bundgaard*

### **Faglige visitationsretningslinjer – Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade.**

Høringsudkastet er i sin helhed et velkomment kvalitetsløft til genoptræning og rehabilitering af børn og unge. Udkastet er visionært og konkret i sin ansvarsopdeling til helholdsvis Region, Kommuner og samarbejde med praksissektoren.

Det bemærkes dog, at der endnu ikke er taget stilling til finansieringen og hvilke samarbejdsaftaler mellem region og kommuner, der understøtter dette. Kommunalt er der et ønske om, at se dette i relation til behandlings- og træningstilbud til børn med medfødt hjerneskade. Hospitalernes kommende mulighed for at ordinere ind i kommunal praksis, kræver en tæt dialog og løbende opdateret velbeskrevet informationsmateriale, nedskrevet ansvarsfordeling og løbende evaluering af samarbejdspraksis. Det skal bemærkes at det er ny praksis, at der kan ordineres direkte ind til lokalkommunale tilbud.

I høringsudkastet defineres erhvervet hjerneskade, som en skade der er sket efter 28 dage fra fødslen. Men i forhold til medfødte hjerneskader, kan cerebral parese diagnosticeres op til 2 års alderen, som praksis er på nuværende tidspunkt. Dette kan have betydning for hvilket tilbud kommunerne skal give.

Formålet med de faglige visitations retningslinjer er at vejlede kommunen om at sikre kvalitet i indsatsen til børn og unge med erhvervet hjerneskade. I Helsingør kommune med 64.000 borgere, har der gennem de sidste 3 år været 3 børn med behov for en specialiseret tilgang til rehabilitering. Der blev i 2013 modtaget 35 genoptræningsplaner for børn både med medfødt og erhvervet hjerneskade.

For at opfylde intentionerne i høringsudkastet skal der tages lokalt stilling til kravene om:

- Normering af terapeuter.
- Uddannelse af socialfagligt og pædagogisk personale.
- Uddannelsesniveau af terapeuter og fortløbende videreuddannelse.
- Tilgængelighed i træningsudstyr med geografisk tæthed på børnenes dagligdag.
- Tilbud om kognitiv genoptræning.
- Mulighed for neuropsykologisk vurdering og specielt børneneuropsykologisk opfølgning. Der er behov for autorisation på området.
- Fælles journalisering.
- Dokumentation og indberetning til kliniske databaser.
- Ansættelse af hjerneskadekoordinator.
- Tilgængelig til viden om nyeste avanceret tekniske hjælpemidler.

Der skal ved efter visitationsreglernes endelige beslutning, udarbejdes ny praksis i samarbejdsaftaler mellem Helsingør kommune og følgende afgivende omkringliggende hospitaler; Hillerød, Hvidovre, Glostrup og Rigshospitalet. I samarbejdsaftalerne skal der præciseres, hvem der har det sundhedsfaglige ansvar for behandlingen efter udskrivning fra hospitalet.

Afslutningsvis må det bemærkes, at forældrenes ret til involvering i rehabiliteringsforløbet og barnet/den unges ret til indflydelse på egen genoptræning, ikke er præciseret i høringsudkastet.

*Leder af Sundhedstjenesten, Jane Tanghøj  
Tværfaglig Handicapkoordinator og fysioterapeut, Bente Borg Donkin*

Med venlig hilsen

Ida Kock Møller

Dato: 26.11.2014

**Center for Sundhed og  
Omsorg**  
Sekretariat  
horsholm.dk

**Åbningstider**  
Mandag - fredag 9-13  
Torsdag også 16-18

**Kontakt**  
Lene Lykke Korsholm  
Sundhedskoordinator  
llk@horsholm.dk  
Direkte tlf.  
4849 3692  
5182 6677

## **Høring: Faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til borgere med erhvervet hjerneskade**

Herunder følger Hørsholm Kommunes bemærkninger til de nye faglige visitationsretningslinjer for voksne, børn og unge med erhvervet hjerneskade. Bemærkningerne er inddelt i generelle og specifikke.

### **Generelle bemærkninger**

- Hørsholm Kommune indgår i et tværkommunalt projekt på området med afslutning ultimo 2014. Hørsholm Kommune agter at fortsætte dette gode samarbejde med de øvrige kommuner ind i 2015 efter projektets afslutning.
- Hjerneskadekoordinator-funktionen er en gennemgående anbefaling i retningslinjerne. Hørsholm Kommune har ikke mange sager, der vedrører hjerneskade. De sager der er varetages i en hjerneskadekoordinerende indsats, der går på tværs af involverede områder. Fordi antallet af relevante sager er så beskedent, så vil etablering af en decideret hjerneskadekoordinator-funktion ikke give mening.
- Hørsholm Kommune er meget opsatte på altid at leve op til et højt specialiseret niveau. Derfor køber Hørsholm Kommune ydelser af eksterne leverandører, der altid imødekommer borgerens specifikke behov.
- Med de nye visitationsretningslinjer gælder, at genoptræningsplanerne fremover kan indeholde strammere tidsangivelser end der på nuværende tidspunkt er gældende. Dette vil kunne udfordre kommunen, at indsatsen i princippet ville skulle igangsættes med det samme i nogle tilfælde og tidsrammen på maksimalt 10 dage ikke længere altid vil gøre sig gældende.
- Det er behov for at de tests, der udføres på regionens tilbud overføres til kommunen for at øge mulighederne for at måle fremgang – eksempelvis ICF
- Der er behov for at kommunerne involveres tidligt i forløbet mellem fase 2 og 3, for således at sikre en god overgang mellem regionens tilbud og kommunens tilbud
- Vigtigt med fokus på specialiseret indsats, fordi denne indsats kan gå på tværs af den enkelte kommunes serviceniveau. Det er ikke

---

hensigtsmæssigt at regionens tilbud henviser til bestemte leverandører.

- Der er forvirring omkring begreberne på specialiseringsniveauerne, fordi der tidligere har været udmeldt (bekendtgørelse og vejledning om genoptræningsplaner) andre definitioner end dem, der nu er beskrevet.

### **Specifikke bemærkninger**

*Kapitel 5, Afsnit 5.5, side 31: Visitation til indsatser på avanceret niveau  
"Mange kommuner vil have behov for at indgå..."*

Flere kommuner vil være nødsaget til at indgå tværkommunalt samarbejde for at kunne imødekomme tilbud på avanceret niveau. Fagligt giver det mening at gå sammen om et større volumen, men det vil være et meget komplekst område at skulle samarbejde om på tværs af kommunegrænser, når rehabiliteringstilbuddene også involverer andre områder som beskæftigelsesområdet mfl.

*Kapitel 7, afsnit 7.2, side 38: Visitation til samlede rehabiliteringsforløb*  
Hørsholm Kommune er i tvivl om hvor detaljeret en genoptræningsplan kan være og hvor langt ind i rehabiliteringsforløbet den kan række.

*Kapitel 8, afsnit 8.2.1, side 43: Kapacitet og robusthed  
"Specialiserede rehabiliteringstilbud... skal have tilstrækkelig kapacitet og robusthed til at varetage opgaverne alle dage året rundt."*

Dette vil for mange kommuner være en udfordring, da opgaverne også ville skulle løses i weekends og helligdage.

Anbefalingen er, at der som minimum skal være tre sundhedsfaglige personer, der primært varetager hjerneskade-området. I Hørsholm Kommune vil det være en udfordring, at disse medarbejdere primært skal beskæftige sig med hjerneskade-området, da der er så få relevante sager per år.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

Sagsnr. 4-1212-107/5/

Den 26. november 2014

### **Høringssvar vedr. Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade**

Hjernesagen takker for muligheden for at komme med skriftlige bemærkninger til ovennævnte udkast til faglig visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering til voksne patienter med erhvervet hjerneskade.

Det er vigtigt til en start at slå fast, at mennesker med erhvervet hjerneskade til alle tider i deres liv skal have mulighed for at udnytte deres kompetencer og potentialer for rehabilitering fuldt ud, så de så vidt muligt kan leve et selvstændigt liv med høj livskvalitet.

Vi har en række bemærkninger, som afspejler vores bekymring for udviklingen på området. Efter vores mening kan man ikke adskille de forskellige tiltag, der sker i øjeblikket, men må se det i en sammenhæng – her tænker vi bl.a. på forløbsprogram, MTV-rapport m.m. og senest den nye bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Vores udgangspunkt er regeringens evaluering af kommunalreformen fra 2013. Her blev det konkluderet, at der særligt på hjerneskadeområdet var behov for at øge fagligheden i den kommunale genoptræning og rehabilitering af borgere med komplekse og omfattende hjerneskader.

Regeringen udmeldte derfor en række initiativer, der skulle dæmme op for de dårlige erfaringer. Dette skulle bl.a. ske ved at øge sygehusenes beføjelser i forhold til at beskrive metode, omfang og karakteren af den rehabiliteringsindsats, som kommunerne skal yde.

Særligt for borgere med komplekse hjerneskader blev det fremhævet, at der var behov for en bred tværfaglig og tværsektoriel indsats. For den type borgere skulle sygehusene fremover udarbejde mere omfattende genoptræningsplaner til støtte for kommunernes visitation til de rette rehabiliterende indsatser med de nødvendige faglige kompetencer. Det betød, at fagligheden og kvaliteten i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen skulle øges.

Regeringen konkluderede endvidere, at der var behov for at sikre den specialiserede hjerneskade-rehabilitering i Danmark, idet regeringen kunne konstatere, at tilbud med intensiv tværfaglig rehabilitering lukkes eller indskrænkes med afspecialisering til følge.



### **Bekymring om stratificeringen af genoptræningsplaner**

Hjernesagen har svært ved at genkende konklusionen i evalueringen med de seneste tiltag. Vi er meget bekymrede for den nu foreslåede nye stratificering af patienter med genoptræningsbehov til almen genoptræning, specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering. Det er muligt, at stratificeringen vil være en fordel for mennesker med en særlig kompleks hjerneskade, men langt størstedelen af mennesker med erhvervet hjerneskade vil blive udskrevet med en almen genoptræningsplan, og de skal i fremtiden overlades til en kommunal sundhedsfaglig vurdering af deres genoptrænings- og rehabiliteringsbehov allerede fra den 1. januar 2015.

Dette er dybt bekymrende.

Hjernesagen oplever fortsat, at der, trods kommunale forbedringer er stor forskel fra kommune til kommune på, hvilken viden man har om hjerneskader, hvilket jo er helt nødvendigt, hvis man skal kunne vurdere, om en hjerneskadet borger har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Det er helt uacceptabelt, at genoptræning og rehabilitering - og dermed fremtidige funktionsevne for mennesker med erhvervet hjerneskade skal afhænge af kommunernes forskellige serviceniveau og økonomiske prioriteringer.

### **Manglende certificering af tilbud**

Visitationsretningslinjen definerer visitation som:

*"Indstilling af borgeren til forløb eller indsatser, hvor der er de rette kompetencer til at varetage patientens genoptrænings- og rehabiliteringsbehov."*

Ovenstående kan ingen være uenige i, men er systemet indrettet, så det er muligt? Når der skal arbejdes med så tydelig en stratificering af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen, vil der være behov for en ligeså tydelig beskrivelse af/certificering af de tilbud og indsatser, som kommunerne kan visitere til. Hjernesagen har tidligere foreslået, at alle hjerneskadetilbud certificeres således, at såvel borger som sagsbehandler kan vurdere, hvilke faglige kompetencer og kvalifikationer, der er til stede det enkelte sted. En certificering vil også medvirke til, at borgeren får en reel mulighed for at anvende sin "frit valg mulighed". Vi skal endnu en gang opfordre til, at en sådan certificering igangsættes.

### **Manglende retssikkerhed for borgeren**

Der er i visitationsretningslinjen indbygget en lang række forventninger om, at borgeren tilbydes den genoptræning, der fører til det bedst mulige funktionsniveau. Desværre viser praksis, at dette langt fra er en selvfølgelighed, og visitationsretningslinjen ændrer efter vores mening ikke afgørende på dette faktum. Borgerens retssikkerhed er fortsat tvivlsom på genoptræningsområdet.

Det fremgår ikke af visitationsretningslinjen, hvordan borgerne såvel som sagsbehandlerne har mulighed for at vurdere, om specialiseringsniveauet i et tilbud er det rette for den konkrete borger, da der jf. ovenstående bemærkninger ikke er krav om certificering af hjerneskadetilbud. Det fremgår ej heller, hvordan borgerens retsstilling er, hvis det tilbudte specialiseringsniveau viser sig ikke at være godt nok.



Mange borgere oplever i dag, at de selv skal løfte "bevisbyrden", hvis de oplever et faldende funktionsniveau efter visitering til genoptræning i kommunalt regi. Dette er fuldstændig urimeligt, da borgeren ikke har de faglige forudsætninger eller indblik i hjerneskadeområdet og de tilbud, der findes. Mange borgere lader sig derfor nøjes, selvom tilbuddet tydeligvis ikke tilgodeser deres behov for genoptræning- og rehabilitering, som beskrevet i deres genoptræningsplan.

Hjernesagen skal i den forbindelse på ny påpege, at der fortsat mangler mulighed for at klage over den samlede genoptræning/rehabilitering.

### **Hjerneskadekoordination og tværgående samarbejde**

Hjernesagen har med tilfredshed noteret sig, at langt størstedelen af kommunerne har valgt at fortsætte med at have en hjerneskadekoordinatorfunktion i 2015. Hjernesagen hæfter sig ved, at visitationsretningslinjen anbefaler en koordineringsfunktion, samt at der internt i kommunen er medarbejdere med viden og kompetencer i forhold til mennesker med erhvervet hjerneskade, samt at hjerneskadekoordinationsfunktionen arbejder på tværs af forvaltninger såvel som kommuner.

Hjernesagen bakker op om den anbefaling. Det er helt nødvendigt, at der i de kommende år i kommunerne bliver sat fokus på, hvordan kvaliteten, vidensniveau og kompetencer i hjerneskadekoordinationsfunktionen bliver højnet.

En forudsætning i visitationsretningslinjen er, at der sker et tværfagligt, tværsektorielt og tværkommunalt samarbejde om organisering, visitering og tilbud til borgerne. Den struktur er i dag ikke systematiseret hverken internt i kommunerne eller i et samarbejde mellem kommuner og sygehus eller tværkommunalt. Der lægges i visitationsretningslinjen op til, at samarbejdet mellem kommuner og sygehus i fremtiden skal ske via sundhedsaftalerne. Visitationsretningslinjen er gældende allerede fra 1. januar 2015. Den hurtige ikrafttræden er bekymrende, da de organisatoriske forhold næppe pr. 1. januar 2015 vil kunne indfri visitationsretningslinjens målsætninger. Erfaringerne fra kommunalreformen fra 2007 er i den forbindelse beskæmmende.

### **Udredning af funktionsevnen**

I visitationsretningslinjen står der, at *"Det er en forudsætning for korrekt henvisning og visitation, at patienten er tilstrækkeligt udredt af sygehuset i forhold til alle relevante områder af funktionsevnen."* Yderligere er der i visitationsretningslinjen heldigvis et stort fokus på, at mennesker med erhvervet i forbindelse med deres indlæggelse på sygehus skal undersøges for, om de har kognitive og mentale funktionsnedsættelser. Det er ganske positivt, men når det er sagt, så fremgår det ikke tydeligt, hvordan dette rent praktisk skal ske, når vi samtidig også ser kortere og kortere indlæggelsesforløb.

Der lægges vægt på, at det skal være en udvidet beskrivelse i genoptræningsplanen, som omfatter udredning og behandling på sygehus, hvis patienten har et stort genoptræningspotentiale og et omfattende behov for indsatser, der kræver koordinering. Men der står meget lidt om de patienter, der udskrives indenfor kort tid med en almen genoptræningsplan eller ingen genoptræningsplan, og som efterfølgende oplever kognitive og mentale funktionsnedsættelser. Mange af disse patienter ser stadig ud til at blive tabt på trods af visitationsretningslinjen, da der ikke er etableret en tydelig opfølgning for den gruppe borgere/patienter, som forløbsprogrammet for voksne med erhvervet hjerneskade ellers har foreskrevet.



Hjernesagen undrer sig over, at styrelsen i bilag 4 s. 55 antager, "at de patienter, som har behov for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus, alle får en genoptræningsplan, hvorfor tal for genoptræningsplaner må antages at være de rigtige." Det stemmer dårligt overens med konklusionen i MTV-rapporten og i forløbsprogrammet, der netop anbefaler mulighed for "tilbageløb" af patienter, som er udskrevet uden en genoptræningsplan. Og det stemmer heller ikke overens med de oplysninger, vi får i vores medlemsrådgivning.

### **Genoptræning på specialiseret niveau**

Vedrørende målgruppen til genoptræning på specialiseret niveau fremgår det, at der er tale om *"Patienter, der henvises til genoptræning på specialiseret niveau, som foregår på sygehus, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsnedsættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, herunder eventuelt alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen."*

Hjernesagen har desværre erfaring for, at der tit er forholdsvis lang ventetid til genoptræning på specialiseret niveau i sygehusregi, hvilket i enkelte tilfælde har ført til udskrivelse fra sygehus til kommunal omsorg, pleje og genoptræning, mens der ventes på et specialiseret genoptræningstilbud. Dette er på ingen måder hensigtsmæssigt, da kommunerne af gode grunde ikke har den nødvendige kompetence eller viden til at tilgodese den ramtes behov.

Det fremgår ikke af visitationsretningslinjen, hvordan der kan sikres det nødvendige antal pladser på genoptræningstilbud på specialiseret niveau, så ingen borger med behov for genoptræning på specialiseret niveau skal vente flere måneder på en plads eller risikere udskrivelse til kommunen i ventetiden.

Med venlig hilsen



Lise Beha Erichsen  
direktør

Sundhedsstyrelsen  
Forebyggelse & Borgernære sundhedstilbud

Valdemarsgade 43  
4760 Vordingborg  
Tlf. 55 36 36 36  
www.vordingborg.dk

Sagsnr.: 14/33080  
Dokumentnr.: 141610/14

Afdeling:  
Sundhed  
Sagsbehandler:  
Vivian Griffenfeldt Nielsen  
Dir. 55 36 28 84

26-11-2014

### **Hørings svar faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til hhv. voksne og børn/unge med erhvervet hjerneskade**

Vordingborg Kommune har følgende kommentarer. Kommentarerne er ikke i prioriteret rækkefølge:

Gældende for begge visitationsretningslinjer:

- Ordet patient og borger bruges ikke stringent. Visitationsretningslinjerne skal være gældende i både regionalt og kommunalt regi, men en konsekvent brug af ordet patient eller borger ville være at foretrække.
- Fagligt fornuftigt, at der er stilles krav til indholdet i genoptræningsplanen.
- Fagligt og samarbejds mæssigt fornuftigt, at hvis der ikke er tilstrækkelige oplysninger i genoptræningsplanen, kan kommunen kontakte sygehuset for en uddybning af den sundhedsfaglige vurdering.
- Hvordan sikres det, "at have øje for en tidligere diagnosticeret hjerneskade" = hvem bliver i kommunalt regi informeret om indlæggelsen for hhv. børn/unge samt for voksne, hvis ikke der under indlæggelsen er observeret nogle umiddelbare funktionsnedsættelser?  
Og hvem i regionalt regi har ansvaret for at informere kommunen?
- Hvordan sikres adgangen til klinisk diætist i kommunalt regi?  
Skal kommunen kunne anmode regionen om samarbejde med deres diætister, eller skal der kunne visiteres til diætist fra kommunens side?
- Kan der opstå en udfordring/problematik, når det er via genoptræningsplanen, der

vurderes, om der er behov for rehabilitering på specialiseret niveau?

Det vil sige, det er regionen der vurderer og anbefaler, men det er kommunen som skal visitere og betale

- Fagligt fornuftigt, at der via visitationsretningslinjerne stilles krav til de specialiserede rehabiliteringscentre.
- I begge faglige visitationsretningslinjer indstilles til, at der i samarbejdsaftalen indskrives muligheden for fx;
  - kommunal anmodning om, at sygehuset foretager yderligere udredning af borgers potentiale og behov
  - samarbejde omkring at bruge valide test - både i kommunalt og regionalt regi
  - søge information og rådgivning fra regionen
  - organiseringen af samarbejde og overlevering

Særligt for visitationsretningslinjer for børn:

- Kan der opstå en udfordring/problematik i forhold til "i samarbejde med forældre fastlægger konkrete faglige indsatser" - er det ikke kommunens serviceniveau, der fastlægger det faglige niveau?
- I afsnit 1.4.3 (s. 9) er hjernen stavet forkert.

Venlig hilsen

Louise Schwenger Johansen  
Hjerneskadekoordinator

## Til Sundhedsstyrelsen

### Høringssvar fra Selskabet Danske Neuropsykologer vedrørende:

### **Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade**

#### Indhold af høringssvar

Fra Selskabet Danske Neuropsykologer (SDN) har vi valgt at opdele vores høringssvar i to afsnit. Først et afsnit med generelle kommentarer til visitationsretningslinjen (1) og dernæst en række mere specifikke kommentarer, forslag til tilføjelser og ændringer (2).

#### **1. Generelle kommentarer**

##### **Baggrund for udarbejdelsen af retningslinjen**

Den historiske baggrund for arbejdsgruppen vedr. ”Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade” er til dels beskrevet i arbejdsgruppens kommissorium. Vi mener, at det er vigtigt at erindre om, at baggrunden for hele dette arbejde, Sundhedsstyrelsens følgegruppe og arbejdsgrupperne vedrørende øget faglighed i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen, sker på baggrund af den særlige bevågenhed hjerneskadeområdet med rette fik efter evalueringen af kommunalreformen. I denne evaluering blev af-specialiseringen og nedlæggelsen af/indskrænkningen i specialiserede rehabiliteringstilbud for hjerneskadede beskrevet på en måde som var ganske eksplicit og krads af en sådan evaluering at være. Forud var gået en årrække fra kommunalreformens gennemførelse i 2007, og med særlig kraft fra 2010, hvor de specialiserede tilbud til hjerneskadede var blevet truet på eksistensen. Derfor tillader vi os at give SDN's syn på den historiske udvikling på området, da høringssvaret skal ses i det lys.

Danmark har kunnet bryste sig af en i internationalt lys velfungerende, evidensgenererende neuro-rehabiliteringsindsats. Fra 1985 og frem blev Center for Hjerneskade på Københavns Universitet og Vejlefyord Rehabiliteringen etableret og op igennem 1990'erne blev en bred palet af tilbud med høj kvalitet til hjerneskadede borgere etableret over hele landet: bl.a. hjerneskadecentre, arbejdsmarkedsrettede tilbud, specialiserede botræningsenheder, specialundervisningstilbud og ikke mindst koordinerende neuroteams og hjerneskadesamråd, der kunne følge den enkelte sag. Tilbuddene blev opbygget i et tæt samspil mellem de daværende amter, det daværende Videnscenter for Hjerneskade under Socialstyrelsen og Socialministeriet. Området udviklede sig yderligere op gennem 1990'erne med veldrevne institutioner med et højt fagligt niveau og gode resultater. Da sygehusvæsenet kom markant med fra omkring årtusindskiftet med etableringen af den højtspecialiserede sygehusbaserede neurorehabilitering på hhv. Hammel Neurocenter og Hvidovre Hospital havde man i princippet mulighed for at skabe et i international sammenhæng unikt forløb fra skadestidspunkt, præhospitalsindsats, over akut behandling til neurorehabilitering på

hospital (fase II) til den opfølgende behandling i en bred vifte af tilbud i mange forskellige sektorer (Fase III); også andre sektorer end dem, der hører under SST's område.

Det var kendetegnende for tilbuddene i Fase III, at de var organiseret og finansieret i en uens regnbuefarvet mangfoldighed. Mange var forankret i de daværende amters "non-sygehusvæsens" driftsområder, men forskellige steder i amterne (arbejdsmarked, social, handicap, kultur etc.). Andre var selv- eller fondsejede, foreningsdrevne eller andet. Det kan også bemærkes at Center for Hjerneskade og Vejle fjord Rehabiliteringen havde og har en ramme under frit sygehusvalg § 79, stk.2. Dertil kommer, at de forskellige faggrupper, som ydede den i tilbuddene overvejende integrerede multidisciplinære indsats, var uddannede, autoriserede og anke/klagemæssigt underlagt forskellige instanser.

For SDN er det derudover væsentligt at fremhæve, at det er karakteristisk for tilbuddene i fase III, at den neuropsykologiske faglighed er et integreret grundlag for de fleste og ikke mindst for de fremmeste af disse tilbuds virke. De såkaldt 6 Hjerneskadecentre (de tre centre i hhv. Odense, Aalborg og Aarhus kommune, Hjerneskadecentret BOMI i Roskilde, Center for Hjerneskade og Vejle fjord Rehabilitering) bygger alle eksplicit på et neuropsykologisk grundlag og har alle i varierende grad været førende mht. at skabe den nationale evidens på området, jf. SST's MTV-rapport. Neuropsykologer var også en afgørende faggruppe i de andre tilbud på hjerneskadeområdet der blev etableret i 1990'erne, herunder botræningstilbud, ift. udredning, træning, supervision af personale og metodeudvikling, samt i de koordinerende teams og hjerneskadesamråd man etablerede i de daværende amter. Årsagen til at disse tilbud byggede på neuropsykologisk specialviden er at det netop er neuropsykologiens speciale, de kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser efter hjerneskade, som er afgørende for hvilket tilbud, der er de rette for de enkelte borger med hjerneskade.

Med kommunalreformen var det de specialiserede tilbud i fase III, der især blev truet, da det blev de nye kommuner, der fik ansvaret for henvisningen til og den økonomiske byrde for disse tilbud, mens den hospitalsbaserede neurorehabilitering i fase II helt bæredygtigt blev integreret i de nye regioner. Kommunalreformen medførte således, at hele dette velfungerende og evidensunderbyggede faglige miljø, med neuropsykologer som den væsentligste og bærende faggruppe på højeste akademiske niveau, blev truet på eksistensen.

### **Generelle problemstillinger i visitationsretningslinjen**

Fra SDN vil vi gerne anerkende at visitationsretningslinjen rummer en række gode præciseringer og opfordringer til strukturer og tiltag, men der er desværre også formuleringer og forhåndsindstillinger, som gør, at de væsentlige problemer, som evalueringen af strukturreformen påpegede, ikke bliver løst. Vi mener bl.a., at det fortsat er uklart, hvordan kompetencefordelingen skal være mellem regioner og kommuner ift. at beskrive metode, omfang/varighed og karakter af den rehabiliteringsindsats, som kommunerne skal yde, og det kan ydermere forudses, at finansieringsgrundlaget for de specialiserede tilbud uden for sundhedssektoren fortsat ikke er sikret.

## **Definitionerne af specialiseringsniveauerne på tværs af sektorer**

Hjerneskeadeområdet har alle dage lidt under store vanskeligheder m.h.t. at koordinere, sikre samarbejde og etablere gode overgange mellem sektorer. Disse tværsektorielle problemer viser sig nu også med nye facetter på det statslige niveau. Et af de væsentligste problemer er, at definitionen af de forskellige specialiseringsniveauer afhænger af, om vi befinder os på det sociale eller det sundhedsfaglige område. Visitationsretningslinjen løser ikke denne problemstilling, men konstaterer den blot. Det ville have været ønskeligt, at visitationsretningslinjen havde været mere eksplicit mht. hvordan de specialiserede brede neurorehabiliteringstilbud var definerede og hvad kravene til deres indhold var, og dette på en måde som gav mening på tværs af sektorer.

## **Det specialiserede niveau**

Visitationsretningslinjen skelner som bekendt mellem 1) specialiseret genoptræning i sygehusregi, som er velreguleret på sundhedsområdet i bl.a. sundhedsaftalerne og 2) specialiseret rehabilitering, som omhandler helhedsorienteret, multidisciplinær rehabilitering, der fordrer indsats, som overskrider sektorer og indsatser fra personalegrupper, der autorisationsmæssigt hører under forskellige områder.

I de sundhedsfaglige kvalitetskrav, som visitationsretningslinjen (kap. 8) beskriver for den specialiserede rehabilitering, får man imidlertid kun meget snævert beskrevet indsatsen over for personer med erhvervet hjerneskeade med omfattende bevægeforstyrrelser og andre væsentlige fysiske funktionshæmninger, man har ikke beskrevet kravene til indsatsen overfor den store gruppe af personer med hjerneskeade med væsentlige kognitive, emotionelle, adfærdsmæssige og sociale funktionshæmninger, som også har behov for specialiseret neurorehabilitering. Kapitel 8 i visitationsretningslinjen risikerer helt reelt at forringe eller helt fjerne mulighederne for at sidstnævnte gruppe kan henvises til specialiseret rehabilitering, da det fremgår, at kapitel 8 skal fungere som en støtte til kommunerne ift. valg af specialiseret rehabiliteringstilbud, når de skal visitere patienter med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

Der er i kapitel 8 specificeret sundhedsfaglige indsatser og herunder autoriseret sundhedsfagligt personale som skal levere indsatsen i de specialiserede tilbud. Neuropsykologer er nævnt i en fodnote under teksten "Øvrige faggrupper som kan levere indsatser". Det synes mildest talt utilstrækkeligt og det er helt uacceptabelt at der ikke under krav til de specialiserede tilbud er nævnt at en væsentlig del af indsatserne bygger på neuropsykologisk faglighed (som de har gjort de sidste 30 år) og at det derfor er et krav at et specialiseret tilbud har ansat neuropsykologer.

## **Arbejdsmarkedsområdet**

Det kan også undre at arbejdsmarkedsområdet næsten er fuldstændigt udeladt i visitationsretningslinjen. Et af de områder hvor de specialiserede neuropsykologisk funderede helhedsorienterede rehabiliteringstilbud var og er kompetent førende er netop at bibringe borgere med hjerne-skadeskade tilknytning til arbejdsmarkedet og/eller uddannelsessystemet. Det kræver højt specialiseret fagprofessionel viden, at bibringe en borger med en signifikant hjerneskeade tilknytning til arbejdsmarkedet, og det løses ikke med den kommunalt avancerede indsats, som den er beskrevet

vet i visitationsretningslinjen. Hvis de specialiserede hjerneskadecentre skal kunne oprette eksper- tisen på dette område kræver det, at man har detailviden om den enkeltes forløb og selv har håndholdt erfaring med den specifikke indsats i den enkelte sag og kan arbejde på tværs af sekto- rer. Det er med andre ord ikke tilstrækkeligt, at neuropsykologen alene fungerer som ekstern kon- sulent ift. til den kommunalt baserede jobcenterindsats, hvis borgere i den erhvervsaktive alder skal bibringes tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det er et således et væsentligt spørgsmål, og rejst i evalueringen af kommunalreformen, hvorvidt man vil bibeholde specialiserede arbejdsmarkedsrettede rehabiliteringstilbud i en tværsektoriel ramme til personer med hjerneskade, eller om man alene vil lægge arbejdsmarkedsindsatsen på hjerneskadeområdet i de kommunale jobcentre. Hvis det sidste er tilfældet forventer SDN, at selv relativt store købstadskommuner ikke vil kunne løfte indsatsen, og at mange hjerneskadede i den erhvervsaktive alder aldrig vil komme tilbage til arbejdsmarkedet. Den aktuelle visitationsretnings- linje løser ikke denne problemstilling og gør end ikke opmærksom på den.

### **Varighed af rehabiliteringsindsatsen**

Der er i visitationsretningslinjerne meget fint påpeget at der i genoptræningsplanen skal specificere- res en tidsfrist for opstart i genoptræningen. Det nævnes dog ikke hvordan denne tidsfrist skal forsøges overholdt. Desuden omtales genoptræningens varighed heller ikke. Vi finder at det er yderst vigtigt at der i retningslinjen sættes rammer for hvorledes der sikres tilstrækkelig varighed af borgernes rehabiliteringsforløb.

### **Behovet for en uddannelse til specialpsykolog i neuropsykologi**

Visitationsretningslinjen beskriver på forskellig vis, hvorledes der er behov for specifikke neuro- psykologiske kompetencer inden for området, både i relation til det konkrete arbejde med borgere med erhvervet hjerneskade og i relation til etablering og opretholdelse af kompetenceniveauet i hos de øvrige faggrupper:

Det beskrives bl.a. i pkt. 4.2, at alle patienter med erhvervet hjerneskade skal undersøges for om de har mentale funktionsnedsættelser, som har betydning for genoptrænings- og rehabiliterings- indsatsen og for den samlede funktionsevne. Undersøgelse og vurdering af mentale funktioner er netop en af neuropsykologernes væsentligste kompetencer og vi er den faggruppe som er bedst og mest specifikt uddannede til dette.

I pkt. 5.5.1 beskrives det, hvorledes de involverede sundhedspersoner har særlige kompetencer i forhold til patienter med erhvervet hjerneskade, og der beskrives behov for løbende kompetence- udvikling mv. I pkt. 7.2 nævnes også nødvendigheden af at de involverede fagpersoner besidder specialiseret viden og kompetencer, og modtager fast og hyppig supervision mv. Vi finder det væ- sentlig at fremhæve, at neuropsykologer oftest er de mest centrale fagpersoner når der foregår videreuddannelse og supervision af øvrige faggrupper inden for hjerneskadeområdet.

I pkt. 3.1.3 nævnes at genoptræningsbehovet vurderes af en speciallæge i neurologi gerne med kompetence i neurorehabilitering (der nævnes endvidere neuropsykologer som en af de faggrupper der inddrages). Fra SDNs side vil vi gerne påpege, at den stigende mangel på speciallæger inden for dette område i Danmark medvirker til at neuropsykologer i kraft af vores akademiske specialviden og -kompetence i praksis ofte spiller en ganske betydelig rolle i den faktiske vurdering og beskrivelse af genoptræningsbehovet.

Vi har aktuelt mulighed for at opnå kompetencer til at varetage disse specialiserede arbejdsopgaver ved at uddanne os til specialister til klinisk neuropsykologi, en specialistordning der er etableret og administreres af Dansk Psykolog Forening. Fra SDNs side vil vi gerne pege på de klare fordele der er ved at etablere en offentlig specialpsykologuddannelse i neuropsykologi. Med en sådan ordning vil det være muligt at sætte formelle rammer op for de kompetence- og ansvarsområder neuropsykologer kan varetage. Vi finder det relevant at påpege, at en offentlig uddannelse til specialpsykolog i neuropsykologi også giver nye muligheder for at afhjælpe manglen på speciallæger med særlige kompetencer i relation til rehabilitering. Erfaringer fra etablering af specialpsykologuddannelse i Psykiatri har netop vist at man har haft mulighed for at kunne bidrage positivt til at afhjælpe manglen på speciallæger inden for dette område.

Etablering af en offentlig uddannelse til specialpsykolog i neuropsykologi kan efter vores vurdering være afgørende for at øge og sikre kvalitet i kommunernes og regionernes forpligtigelser indenfor rehabiliteringsområdet, både hvad angår de konkrete borgernære aktiviteter, samt uddannelse, supervision, koordinering og ledelse inden for området.

## **2. Specifikke kommentarer, forslag til tilføjelser og ændringer**

Herefter følger en række specifikke kommentarer. Numre angiver de punkter i visitationsretningslinjen som vi kommenterer:

1.1 (s. 6): Flere gange i teksten nævnes ..andre fagpersoner... vi henstiller til at der oprettes en note som henviser til neuropsykologer som en væsentlig gruppe af andre fagpersoner.

1.3 (s. 7) der er ved en fejl anført barnet/den unges.

1.5 (s. 9): Fagligt inkonsistent: Kognitive vanskeligheder vil almindeligvis influere på praktiske gøremål i dagligdagen, vi foreslår at sætningen slutes efter "...til bevægelse".

Det forekommer også meget snævert ergoterapeutfagligt, at man eksemplificerer særlige metoder i genoptræningen med guidning. Vi henstiller til at sidste sætning udelades, således at der ikke gives snævre eksempler på specifikke metoder.

1.5.1 (s. 10): Vi finder det meget væsentligt at kritisere at psykologer specifikt omtales som en ikke autoriseret faggruppe. Det er naturligvis korrekt at psykologer ikke autoriseres som sundhedspersoner, men vi autoriseres af Psykolognævnet under Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og



Sociale Forhold, som også har til hovedopgave at føre tilsyn med autoriserede psykologers faglige virke uden for sundhedsvæsenet. Vi mener at denne autorisationsmulighed bør tilføjes. Vi mener at den nuværende formulering er misvisende ift. beskrivelse af vores kompetencer og forpligtigelser. I praksis er det et krav i langt de fleste stillingsbeskrivelser inden for rehabilitering i sundhedsvæsenet at arbejdet udføres af en autoriseret psykolog.

1.5.2 (s. 10): "For at imødekomme behovet for koordinering kan..." Vi mener at dette "kan" skal erstattes med "bør"; al tidligere og nuværende erfaring inden for rehabilitering peger på at en hjerneskadekoordinatorfunktion er yderst relevant og nødvendig for at opgaverne kan løftes i kommunen. Lignende formuleringer findes flere steder i teksten, her bør det også ændres fra "kan" til "bør".

2.1 (s. 12): En væsentlig nuancering savnes under beskrivelsen af avanceret niveau: I mange tilfælde udskrives patienter med enkelte og afgrænsede men ikke desto mindre komplicerede mentale funktionsevnedssættelser af omfattende betydning for flere livsområder. Der er tale om kognitive, emotionelle eller adfærdsmæssige forandringer, som kan nødvendiggøre isolerede indsatser af neuropsykologisk intervention i form af fx kognitiv træning, rådgivning og samtalebehandling. Erfaringsmæssigt har denne gruppe svært ved at få bevilget den tilstrækkeligt specialiserede indsats, som er nødvendig for at indfri deres rehabiliteringsbehov. Der bør derfor stå: ... med omfattende funktionsevnedssættelser med betydning for flere livsområder og med behov for flere typer af indsatser og /eller komplicerede mentale funktionsnedsættelser.

Note 10: "mest specialiserede" – erstattes af højt specialiserede hvis der skal være konsistens i begreberne i retningslinjen jf. side 11.

3. (s. 14, øverst): Her er det anført at ansvaret er lægeligt også efter udskrivelsen fra sygehus. Vi finder det relevant at rejse spørgsmålet om det også gælder den brede specialiserede rehabilitering. Har sygehuslægen eller den praktiserende læge mulighed for at pålægge kommunen at leve op til rehabiliteringsplanen hvis de er uenige i hvorvidt den følges?

3.1.1 (s. 14): "Sygehuset samarbejder med og yder rådgivning og vejledning til avanceret niveau". Vi finder det fornuftigt at denne mulighed findes, men vi vil gerne udtrykke vores bekymring omkring det ressourcepres dette medfører særligt for neuropsykologer som ansat ved hospitalsafdelinger, hvor denne opgave kan få et ganske betydeligt omfang. Vi mener at det bør præciseres i samarbejdsaftaler hvordan der sikres ressourcer til at varetage opgaven.

3.1.4 (s. 15) "øje for en tidligere diagnosticeret hjerneskade" – "diagnosticeret" bør erstattes med "opstået" (da den jo sandsynligvis ikke er blevet diagnosticeret).

3.2.4 (s. 17): "I nogle tilfælde kan det være relevant" – "nogle" bør erstattes med "mange" – det vil oftest være relevant.

3.2.6 (s. 18): "De ansvarlige sundhedspersoner" bør tilføjes ".../fagpersoner" for at medtage alle, jf. tidligere formuleringer i retningslinjen.

4.1 (s. 21) Nederst står det anført at genoptræningsplaner.. udarbejdes...minimum på regionsfunktionsniveau. Vil borgerne i så fald skulle henvises til en afdeling på regionsfunktionsniveau for at kunne få lavet en genoptræningsplan? Dette må der i høj grad stilles spørgsmålstejn ved, aktuelt sker mange henvisninger med neuropsykologers mellemkomst fra hovedfunktionsniveau, denne praksis fungerer og vi finder det ganske uhensigtsmæssigt for borgeren hvis henvisning ikke kan ske fra dette niveau.

5.2 (s. 28). Her nævnes beskæftigelsesrettede indsatser. Jf. vores tidligere generelle kommentarer vil vi gerne påpege at det efter vores faglige vurdering kræver højt specialiseret viden, at bibringe borgere med mentale følger efter en hjerneskade tilknytning til arbejdsmarkedet. Vi mener ikke at det er en opgave som kan løses med den kommunalt basale indsats.

5.4 (s. 29 nederst). Opremsningen af mentale funktionsforstyrrelser er mangelfuld. Vi mener at en mere korrekt eksemplificering bør være: fx opmærksomhed og koncentration, hukommelse, visuelle og rumlige funktioner og mental træthed.

5.4 (s. 30 øverst 4 punkt): "Patienter med komplicerede problemstillinger..." her bør arbejdsmarkedet tilføjes.

5.5.2 (s. 32): "Behovet for indsatser..." her anvendes igen begrebet "mest specialiserede socialområde" – her bør det vel igen være højt specialiserede socialområde hvis der skal være konsistens i retningslinjens begreber.

7.1 (s. 37 nederst): Sidste punkt, her beskrives familie og bolig, arbejdsmarkedet bør også nævnes.

7.2 De specialiserede rehabiliteringsenheder bør også deltage i udskrivningssamtalen fra sygehuset, hvis man skønner at de kan komme på tale. Efter "patient" bør "pårørende" også tilføjes da de oftest er helt centrale i forløbet.

8.1 (s. 42): Vi mener at det er misvisende at neuropsykologer nævnes i en fodnote. Det synes utilstrækkeligt at der ikke under krav til de specialiserede tilbud er nævnt at en væsentlig del af indsatserne bygger på neuropsykologisk faglighed og at det derfor bør være et krav at et specialiseret tilbud har ansat neuropsykologer. Flere af de indsatsområder der nævnes er specifikt noget som neuropsykologer varetager, f.eks. patient- og pårørendeuddannelse. Vi bør nævnes som faggruppe i selve teksten.

Bilag 2 (s. 49): Vi vil på det kraftigste henstille til at begreberne inden for beskrivelse af mentale funktioner ændres og præciseres, til følgende mere fagligt korrekte termer:

Perception. Tempo, opmærksomhed og koncentration. Indlæring og Hukommelse. Sproglige funktioner (uændret). Visuoperceptuelle og visuokonstruktive funktioner. Styringsfunktioner/eksekutive funktioner. Emotionelle symptomer. Sygdomsindsigt. Adfærd og personlighed. Energi/udtrætning.

Som en sidste ting vil vi gerne påpege at der er konsekvent anvendes begrebet audiologopæder i retningslinjen. Vi er bekendte med, at den gruppe som varetager disse funktioner både omfatter talepædagoger, logopæder og audiologopæder; fagpersoner som vi har gode samarbejdsrelationer med. Hvis man bibeholder audiologopæd i retningslinjen betyder det så, at man ikke ønsker at talepædagoger eller logopæder er ansat inden for området? Hvis det er tilfældet kan vi være bekymrede for at det vil være vanskeligt at rekruttere et tilstrækkeligt antal audiologopæder til at varetage behovet.

På vegne af bestyrelsen for Selskabet Danske Neuropsykologer

Laila Øksnebjerg  
Formand

## **Hørings svar fra Lejre Kommune til faglig visitationsretningslinjer for hjerneskadede**

Samlet set et godt materiale som er let tilgængeligt og meget brugbart til at beskrive visitationen til genoptræning og rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade.

Vi har nogle få kommentarer som beskrevet i nedenstående.

### Faglig visitationsretningslinje - genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade:

Lejre Kommune tilslutter sig helt til planen om en fælles indsats for børn med medfødte hjerneskader og børn med erhvervede hjerneskader

Lejre Kommune finder nedenstående særdeles vigtig.

(side 10)Ved planlægning af indsatser til børn og unge er det væsentligt, at der er en passende balance og variation mellem leg, læring og træning.

Bilag 3, side 50, andet: der bør være en tilbud om tabt arbejdsfortjeneste og tilbud om dækning af merudgifter §100 Serviceloven

### Faglig visitationsretningslinje - genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade:

Side 7 under Sundhedsloven: obs barnet/ den unges ret der skal formentlig stå den voksnes ret til.

Side 17: 3.2.4 tredje afsnit. Hvem fastsætter mål hvis borgeren ikke samarbejder omkring realistiske mål på grund af manglende sygdomserkendelse.

Bilag 3 side 51 sundhedsområdet. Der mangler special tandpleje

Under andet side 52 mangler: merudgifter som følge af erhvervet hjerneskade.

Aase Sørensen

Leder af Frit valg I Lejre Kommune

Mette Birk Gleisner

Hjerneskadekoordinator Lejre kommune

Assentoft d. 25-11-14

Kommentarer ved Troels J. B. Lyngbye, overlæge dr. Med., specialist i neuropædiatri, til:

Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade.

Høringsudkast 5 nov 2014.11.24.

### **Afgrænsning og hjerneskaders udvikling over tid og alder**

Gruppen er afgrænset til at omfatte børn og unge. Dette giver anledning til følgende overvejelser:

Der findes grupper af børn, som får vitterlige hjerneskader i barndommen, men hvor konsekvenserne er begrænsede eller ikke erkendt som skadefølger i barndommen. Af disse er der nogle, hvor skadefølgerne først bliver tydelige i den voksne alder.

Til grund for dette kan der ligge flere mekanismer.

#### **”Vokse ind i problemer”.**

Der kan være tale om at de unge ”vokser sig ind i problemer”. Det kan forstås således, at personens stærke sider er brugt med utilstrækkelige kompenserende strategier, således at deficitet på sigt afdækkes.

#### **Biologisk udvikling.**

Der kan være tale om, at såvel cerebral parese som mental retardering (CP og MR kan begge have erhvervet skade som ætiologi) har forskellige konsekvenser afhængig af barnets alder og hjernens udvikling.

#### **Utilstrækkelig kendt naturhistorie.**

Der kan være tale om at naturhistorien af forskellige tilstande ikke er tilstrækkelig belyst, f.eks. neurologiske senfølger hos børn behandlet for maligne tilstande. Såvel cytostatica som stråler har en noxisk effekt på celler. Det har de også på celler, som har lang levetid så som muskelceller og nerveceller. Hvis disse cellers levetid bliver forkortet som følge af dette, kan symptomerne komme 20 – 30 år efter den noxiske begivenhed.

#### **Gentagne skadelige begivenheder.**

En skade kommer sjældent alene. Gentagne skader kan forværre konsekvenserne af tidligere.

#### **Degenerative sygdomme.**

Nogle skader (encephalitis, stroke, hørenedsættelse) kan i virkeligheden være de første symptomer på degenerative sygdomme.

## **Opfølgning.**

Tilbage melding:

Da vanskeligheder tydeligvis kan udvikle sig, er det vigtigt med tilbage melding fra fase III til et overordnet niveau, hvor man er vant til at genkende og diagnosticere mønstret.

Fremadrettet opfølgning:

Det er også vigtigt med et system, der kan føre den allerede indvundne erkendelse om den enkelte hen over administrative og uddannelsesmæssige grænser.

I øjeblikket **er kommunerne ved at udvikle hjerneskadecoordinatorer**, som skal koordinere indsatsen i kommunen og skaffe ”knowhow” til kommunen, som i sigens natur ikke kan have det på alle områder. I øjeblikket er det langt fra alle kommuner, som har hjerneskadecoordinatorer og i en del kommuner har ”hjerneskadecoordinatorerne ikke den tilstrækkelige erfaring og viden. Det er derfor vigtigt at sikre kommandolinjer opad og nedad i niveau og på tværs af kommunegrænser.

Helt specielt er det nødvendigt at sikre, at viden følger med ved overgang fra børn og unge området til voksenområdet. Det gælder især når ”**jobcentre**” eller **uddannelsessystemet** skal overtage forløbet. Der findes UU-vejledere, men det er kun sjældent den samme person over lang tid.

**Ved overgang til voksenområdet** er der ofte behov for en massiv **socialpædiatrisk / socialmedicinsk indsats**. Det er omtalt i (3.2.5), men det er et af de områder, der fortjener allermest opmærksomhed og hvor jeg har oplevet mange års forsinkelse før de unge voksne får et relevant tilbud.

Med erfaringerne fra Cystisk fibrose området, er det værd at overveje at lade neuropædiatere fortsætte ”hele vejen op” i aldersniveau.

Nye erfaringer fra samarbejdet mellem børneoncologer og neuropædiatere viser netop med hensyn til de ovenfor nævnte forhold, at nogle af de neurologiske og neuropsykologiske vanskeligheder først viser sig i ung voksen alder. De samme erfaringer viser, at der meget vel kan opstå behov for behandling i denne alder med **centralstimulerende medicin**.

## Ansvar og samarbejde

Det er anbefalet at børn vurderes halvårligt på børneafdelingen (3.1.4),

*”Børn og unge med følger efter en erhvervet hjerneskade skal i mange tilfælde følges ambulant på sygehus efter udskrivelsen.*

*Formålet med dette er f.eks., at:*

- følge op på behandlingen og rehabiliteringen givet under indlæggelsen*
- færdiggøre en planlagt udredning af funktionsevnen*
- behandle følgetilstande og komorbiditet*

*Sygehuset tager ved udskrivelsen stilling til behovet for ambulant opfølgning. Dette skal fremgå af genoptræningsplanen.*

*Det anbefales, at børn og unge med erhvervet hjerneskade revurderes hvert halve op til seks års alderen på den pædiatriske afdeling, hvor de er udskrevet fra. Børn og unge fra 6-18 år revurderes årligt. Børn med svære hjerneskader følges ambulant helt frem til voksenalderen”*

### Kommentar:

”Den pædiatriske afdeling, der har udskrevet dem” må formentligt forstås som det **neuropædiatriske team**. For at de skal kunne fungere er det nødvendigt med vurderinger foretaget i døgninstitutioner, daginstitutioner og specialinstitutioner af de specialpædagoger, som er på stedet, og som er vant til udviklingsvurderinger af børn. I den udstrækning at institutionen ikke har det, må de blive hjulpet af PPR. Sammen med det neuropædiatriske team vil der kunne laves en global vurdering.

Det forudsætte, at der enten mødes med eller indhentes beskrivelser fra specialpædagoger, tale/høre pædagoger synsvejledere, institutionernes ergo-og fysioterapeuter samt for de større børns vedkommende PPR.

*”Det anbefales, at børn og unge med erhvervet hjerneskade revurderes hvert halve op til seks års alderen på den pædiatriske afdeling, hvor de er udskrevet fra” (3.1.4)*

Det må formentlig forstås som ”den lokale børneafdeling”. Fra Hammel Neurocenter udskrives de fleste børn til hjemmet (i forståelse og samarbejde med den lokale børneafdeling).

Det vil formentlig ikke kunne gennemføres at se alle børn hvert halve år, men det kan altid være et forhandlingsgrundlag med hospitalsledelsen.

Nogle steder vil funktionen være udmøntet ved at neuropædiateren indgår i det tværfaglige team i døgn-institutioner eller i behandlingsteams.

Børneafdelingen vil tage stilling til børnenes trivsel (fysisk) og på baggrund af forældres og de nævnte fagfolks beskrivelse, også tage stilling til barnets udvikling og til syns- og hørefekter (evt. lave henviser til relevant us. for samme). Børneafdelingen vil tage stilling til evt. epilepsi, cerebral

parese, movement disorders, neuropatier, osteoporose, reflux og meget andet. Børneafdelingen vil evt. supplere med EEG, scanning eller andre undersøgelser.

Hvis der optræder mistanke om eksekutive vanskeligheder, vil børneafdelingen håndtere dette relevant med evt. yderligere udredning (PPR el neuropsykolog) og evt. sætte barnet i centralstimulerende behandling.

Forudsætningen for at kontrollerer på sygehuset lykkes er, at der i fase III er gjort observationer, vurderinger og testninger, og at der er givet tilbagemelding til det neuropædiatriske team.

## **Hvad er relevant specialisering af psykologisk undersøgelse ?**

Ved den første gennemlæsning af dokumentet mente jeg at bemærke, at min væsentligste samarbejdspartner i kommunerne, PPR, stort set ikke var nævnt. Det var derimod ordet neuropsykolog. Avanceret søgning gav 3 hits for PPR (3.1.4 , 3.2.6 , og 5.3.3) og 10 hits for neuropsykolog.

I 3.1.4 står ..kan indhentes udtalelse fra PPR ... Jeg vil foreslå at der står ” skal indhentes”

Under 5.3.3.”Krav”, er det anført som et krav at ”**De involverede fagpersoner har adgang til rådgivning og vejledning fra specialiseret niveau, herunder særligt fra børneneuropsykologer**”

Jeg synes, det er glimrende med børneneuropsykologer i den udstrækning, at man har adgang til dem, men der går formentlig endnu 20 år før den udtalelse er realistisk, da der kun eksisterer ganske få af denne slags.

Jeg vil anføre, at jeg i 40 år har haft et glimrende samarbejde med PPR. – Nu, hvor jeg sidder som pædiatrisk overlæge med specialeansvar på et højt specialiseret niveau, kan det godt være, at det tager lidt tid, at få den ydelse, som jeg har behov for, men det lykkes næsten altid fuldt tilfredsstillende. Det som PPR ikke kan eller ved - det kan jeg og det, som jeg ikke kan - det kan de.

Jeg vil foreslå at vendingen erstattes med ” **De involverede fagpersoner har adgang til rådgivning og vejledning fra specialiseret niveau, herunder samarbejde med psykologer**”.

Jeg har set de øvrige 9 forekomster af ”børneneuropsykolog” efter og jeg mener, at det på det nuværende tidspunkt i historien med fordel med brug af ”søg og erstat” funktionen kan erstattes med ordet psykolog.

**Min vurdering** af relevant psykologisk vurdering er at PPR laver en meget relevant vurdering af barnets vanskeligheder i relation til skolearbejdet, og at PPR selv foreslår videre henvisning i relevante tilfælde.

Jeg har på den baggrund set deltagerlisten af udvalget igennem. Jeg har fundet to psykologer og ingen neuropædiatere, så udvalget er undskyldt.



## **Komorbiditet**

I 1.1 er omtalt psykiatrisk komorbiditet.

Jeg vil anbefale at det fjernes og erstattes med : Komorbiditet, som så til gengæld skal have underpunkter:

Mental retardering

Epilepsi

Spasticitet

Synsnedsættelse

Svær synsnedsættelse

Høre nedsættelse

Svær hørenedsættelse

CI problematikker

Sprogforstyrrelser

Neuropsykologiske eksekutive vanskeligheder

Ernæringsproblemer

Hormonelle forstyrrelser

Nyreproblemer

Osteoporose

Alle disse områder varetages af de pædiatriske afdelinger.

Jeg kunne sagtens elaborere yderligere på retningslinjerne, men da jeg har haft ret kort til til arbejdet bliver det ikke til mere.

Med venlig hilsen

Troels J. Brünnich Lyngbye

Specialeansvarlig overlæge, neuropædiater, Dr. Med.

Afd HB1 Regionshospitalet Hammel Neurocenter/ pæd afd Skejby

Voldbyvej 15, 8450 Hammel

Email: troelyng@rm.dk



Sundhedsstyrelsen  
Att. Bente Møller

## Høring af faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at afgive høringssvar på de faglige visitationsretningslinjer for voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade. Der afgives ét samlet høringssvar for begge retningslinjer. Der henvises desuden til høringssvaret fra Danske Selskab for Fysioterapi.

Danske Fysioterapeuter støtter formålet om at sikre rette specialiseringsniveau i genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade. Vi finder, at retningslinjerne bidrager til forståelsen af de specialiseringsniveauer, som den ny bekendtgørelse om genoptræningsplaner lægger op til. Det er positivt, at koordinering med specialiserede sociale område er fremhævet ligesom at det er en styrke, at visitationsretningslinjer medtænker personer, hvor hjerneskaden først kommer til udtryk efter udskrivning fra sygehus.

Især er vi glade for, at de sundhedsfaglige kvalitetskrav, som skal gælde for de specialiserede rehabiliteringstilbud, er uddybet i visitationsretningslinjerne. Samt, at man har fundet anledning til at præcisere, at genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen generelt skal iværksættes umiddelbart i forlængelse af udskrivning for at undgå, at et væsentligt rehabiliteringspotentiale går tabt.

Desværre er der også områder, vi ikke mener, bliver adresseret i tilstrækkelig grad. Væsentligst er, at regioner og kommuner i for ringe grad er forpligtet til at implementere og systematisk anvende retningslinjerne til gavn for voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade. Det uddybes nedenfor.

### Implementering

Det fremgår, at formålet med visitationsretningslinjerne er at *vejlede*. Samt at det *forventes*, at kommuner og regioner indgår aftaler, som understøtter implementering. Ligeledes *anbefales* Sundhedsaftalerne som et regi at fastlægge samarbejdet i.

Dato:  
25. november 2014

E-mail:  
sf@fysio.dk

Tlf. direkte:  
+45 3341 4659



I værste fald kan ovenstående betyde, at der opstår fem forskellige regionale versioner af, hvad faglig kvalitet i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen ved erhvervet hjerneskade hos voksne henholdsvis børn og unge er. Det er uacceptabelt! Vi mener, at der er brug for entydige kvalitetskrav suppleret med en central opfølgning på, om de faglige visitationsretningslinjer er implementeret og anvendes systematisk. Det er essentielt; især fordi langt størsteparten af indsatserne vil skulle varetages som genoptræning på basalt og avanceret niveau, men uden at der samtidig stilles krav om tværkommunale samarbejder for at sikre kapacitet, faglig kvalitet og stærke faglige miljøer.

Hjerneskadekoordinationen fremhæves som *hensigtsmæssig* for at sikre rette indsats med rette faglig kvalitet. Igen mener vi, at retorikken bør skærpes, da netop voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade har brug for koordinerede, timede og ofte tværsektorielle indsatser. I tillæg hertil bør der iværksættes evalueringer af hjerneskadekoordinatorfunktionen, så de gode erfaringer udvalgte kommuner har, kommer flere til gode.

Om Sundhedsaftalerne fremgår desuden, at de omfatter alle aktører, som leverer sundhedsindsatser i forhold til personer med erhvervet hjerneskade. Hertil skal bemærkes, at målgrupperne for visitationsretningslinjerne overlapper med målgruppen for vederlagsfri fysioterapi. Den vederlagsfri fysioterapi finder blandt andet anvendelse som opfølgning på genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen. De praktiserende fysioterapeuter er ikke omfattet af Sundhedsaftalerne, men det bør overvejes, hvordan øget samarbejde kan etableres, eventuelt forankret i hjerneskadekoordinatorfunktion.

For det sociale område etableres en national koordineringsstruktur. Vi foreslår etablering af en tilsvarende national kvalitets- og koordineringsstruktur på sundhedsområdet for at sikre, at dels den ny bekendtgørelse, dels den ny vejledning om genoptræning og vedligeholdende træning samt de faglige visitationsretningslinjerne også reelt resulterer i øget faglig kvalitet og styrkede faglige miljøer.

### **Sundhedsfaglige kompetencer og specialiseringsniveauer**

Som nævnt indledningsvis er vi glade for de detaljerede beskrivelser af sundhedsfaglige kvalitetskriterier under afsnittet om rehabilitering på specialiseret niveau. Vi savner fortsat en uddybning af krav om kompetencer og efteruddannelse som sundhedspersonalet. Eksempelvis hvordan forskellen mellem *efteruddannelse på højt niveau suppleret med relevant erfaring* og *specialiseret viden, erfaring og kompetencer på højt niveau* skal forstås.

Samtidig undrer vi os over, at man kun for de specialiserede rehabiliteringstilbud har fundet behov for at præcisere sundhedsfaglige kvalitetskriterier som kapacitet, robusthed, erfaring og ekspertise samt kompetencer hos sundheds-



personalet. Givet formålet med retningslinjerne om at styrke de faglige miljøer og kvaliteten af genoptræningen og rehabiliteringen, mener vi, at tilsvarende præciseringer bør udarbejdes for de andre specialiseringsniveauer.

Slutteligt efterlyser vi, at det af visitationsretningslinjerne fremgår, hvilke rehabiliteringstilbud på specialiseret niveau der er tale om. Det fremgår af en fodnote, at de er omfattet af rammeaftalerne. En oversigt vil skabe øget gennemsigtighed og må forventes at bidrage til forståelse af forskellene mellem genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.

Med venlig hilsen

Karen Langvad  
Faglig chef

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S.  
Att. [fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk)

## Høringssvar fra Region Nordjylland vedr. Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade

### Generelle bemærkninger til de faglige visitationsretningslinjer for både voksne samt børn og unge

Region Nordjylland vurderer, at der er udarbejdet fornuftige og relevante visitationsretningslinjer, hvor der tages afsæt i den nuværende praksis på området. Retningslinjerne er gennemskuelige og understøtter nuværende praksis på området. Retningslinjerne præciserer de konkrete opgaver samt ansvaret for de involverede aktører.

Det er positivt, at der tages udgangspunkt i foreliggende relevant materiale og undersøgelser på området. Dette er med til at styrke og øge fagligheden i visitationen fra sygehuset til anden relevant indsats i andet regi. Region Nordjylland forventer, at retningslinjerne vil bidrage til at sikre hensigtsmæssige og smidige overgange mellem de forskellige sektorer og fagområder.

Region Nordjylland forventer, at retningslinjerne vil styrke behandlingen af patienter med behov for et højt specialiseret tilbud i sygehusregi og socialt regi.

Region Nordjylland finder endvidere det positivt, at der flere steder i retningslinjen beskrives, at det vil være hensigtsmæssigt, at hjerneskadekoordinatører har en central rolle i forhold til forløbene og koordineringen heraf for patienter med erhvervet hjerneskade.

I afsnittet omhandlende rehabiliteringspotentiale og - behov defineres begreberne i denne rækkefølge. Gennem retningslinjen er det tydeligt, at behovet for genoptræning vægtes højere end potentiale, og det vil da være sprogligt mere korrekt at skrive Rehabiliteringsbehov og – potentiale, hvilket også er den beskrivelse vi anvender i praksis.

Sundhedsplanlægning,  
Patientdialog og Kvalitet

Sundhedsplanlægning

Niels Bohrs Vej 30  
Postboks 9220 Aalborg Ø

Specialkonsulent  
Dan Fanøe Nilsson  
Direkte: 29629665  
dfn@rn.dk

Ref.: dfn

Sagsnummer:  
2014-019804

25. november 2014

Det fremgår ikke tydeligt, hvilke institutioner der kan visitere til specialiseret rehabilitering. Der beskrives flere steder, at denne visitation kun kan ske fra en specialiseret enhed - på minimum regionsfunktionsniveau (bl.a. s. 21). Betyder dette, at en sådan genoptræningsplan her i Region Nordjylland kun kan udarbejdes fra eksempelvis Brønderslev Neurorehabiliteringscenter eller Hammel Neurocenter? Kan planen også udarbejdes fra det akutte sygehus eller patientens hjemsygehus dvs. hovedfunktionsniveau?

Det er ligeledes uklart, hvem der skal varetage den specialiserede rehabilitering – er det kommunalt eller regionalt (eks. s. 38)? Begge muligheder nævnes og der efterlyses en tydeligere beskrivelse herom.

Hvad menes der, når der på side 14 står, at behandlingsansvaret forbliver på sygehuset? I Sundhedslovens § 5 defineres behandling således: *”Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.”*

Det er i retningslinjen uklart, hvem der har beføjelserne til at vurdere specialiseringsgraden i forhold til genoptræning/rehabilitering (eksempelvis s. 15). Der er behov for mere tydelighed og præcisering herom.

Ved modtagelse af genoptræningsplan vurderer kommunen, om der er tale om genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Hvem har konkret beføjelserne til denne vurdering? Er det visitator, der er i stand til at vurdere dette, eller forestiller man sig, at vurderingen først finder sted, når genoptræningsplanen ligger hos de trænende terapeuter?

Det skal ifølge retningslinjen være muligt for kommunen at henvise tilbage til sygehuset for revurderinger ved behov. Kan være en god ide, men der er i dag ikke et formelt system, hvorefter patienterne kan komme ind på sygehuset til en sådan revurdering.

Det er uklart, om en udvidelse af indholdet i en genoptræningsplan til også at omfatte beskrivelse af f.eks. problemer med tale, sociale problemer eller neuropsykologiske problemstillinger automatisk vil medføre, at kommunerne sætter disse tiltag i gang. Kan genoptræningsplanen kun udfyldes bredt, når der er tale om en plan rettet mod specialiseret rehabilitering?

Det er ligeledes uklart, om sygehuset på baggrund af genoptræningsplanen har kompetencer i forhold til at tage stilling til, hvilket rehabiliteringstilbud en patient skal have, eller er det alene et kommunalt anliggende?

I retningslinjen fremgår det, at ét patientforløb kun skal udløse én genoptræningsplan. Med nuværende muligheder for udarbejdelse af genoptræningsplaner og registreringspraksis er det ikke muligt kun at udarbejde én plan, der skal omfatte både specialiseret genoptræning og almen. Der er behov for udvidelse/ændring af nuværende systemer, for at kunne efterleve dette.

Overgang fra specialiseret til almen genoptræning fordrer i dag udarbejdelsen af en ny genoptræningsplan.

Ud fra den specialiserede opgave genoptræning/neurorehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade betragtes som, lægges der op til, at kommunerne skal arbejde tværkommunalt og oprette muligheder for erfarings- og kompetenceudvikling. Det er interessant hvor mange kommuner, der fremadrettet vil indgå et tværkommunalt samarbejde i forhold til at kunne genoptræne på avanceret niveau. Hvem skal afgøre, om de nødvendige/tilstrækkelige kompetencer er til stede i den enkelte kommune til selv at kunne håndtere opgaven? For børn og unge med erhvervet hjerneskade er patientgrundlaget endnu mindre. Det bliver spændende, hvordan ønsket/behovet for supervision på dette område vil kunne indfries.

I beskrivelsen af patienter der hører til gruppen med behov for specialiseret genoptræning (s. 34) indgår patienter med svær dysfagi. Patienter med sådanne dysfagi-problematikker bør trænes i eget hjem, da et stort antal af disse patienter, vil være for dårlige til at kunne møde op til ambulans genoptræning på sygehuset. Praksis i dag er, at disse patienter overflyttes til et sygehus på hovedfunktionsniveau med henblik på videre genoptræning her. Det er positivt, at der lægges op til muligheden for specialiseret genoptræning af disse patienter. Dette tilbud ligger der ikke i dag – i hvert fald ikke i Region Nordjylland.

Det er interessant, at man i retningslinjen konkret skriver tal for, hvordan minimumsbemandingen bør være i rehabiliteringsenhederne. Hvad er baggrunden for disse vurderinger?

På side 53 i retningslinjen står der, at: *"De patienter, som i dag får en almen genoptræningsplan, vil fremover blive fordelt på genoptræning på basalt niveau, genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau."* Blandes begreberne ikke sammen her? Almen vs. specialiseret genoptræningsplan samt specialiseret genoptræning vs. specialiseret rehabilitering?

## **1. Bemærkninger til faglig visitationsretningslinje for voksne med erhvervet hjerneskade**

### **Generelt:**

Det beskrives, at patienter som ikke umiddelbart viser tegn på funktionsnedsættelser ved udskrivelse også er medtænkt i retningslinjen. Hvordan er visitationen af disse patienter konkret medtænkt ud over muligheden for kontrol ved 3 måneder?

Hvad gør vi for eksempel med de patienter, hvor vi efterspørger en udredning fra kommunen efter udskrivelse for at afdække patientens kognitive udfald i kendte omgivelser? Det beskrives flere steder, at de mentale (kognitive) ud-

fald skal være veludredt inden udfærdigelse af genoptræningsplan. Dette er muligt for flere patienter, men ikke nødvendigvis realistisk for alle uden vurdering i patientens eget miljø.

Ambulant udredning og opfølgning er en rigtig god ting, men er ikke praksis i dag – i hvert fald ikke i Region Nordjylland. I dag beder vi kommunerne om at færdigudrede patienter med mulige kognitive deficits, da vi ikke har andre muligheder. En bedre løsning vil være af denne vurdering sker via sygehuset, med mulighed for vurdering i patientens kendte omgivelser. Denne udfordring kan også være gældende for børn og unge med erhvervet hjerneskade.

**Bemærkninger til side 5, afsnit 1.1. ”Baggrund”, afsnit 4:**

Der henvises i dette afsnit specifikt til gruppen af patienterne med apopleksi. Vi undrer os over, at denne særlige gruppe nævnes, da retningslinjen omfatter alle patienter med erhvervet hjerneskade.

**Bemærkninger til side 6, afsnit 1.2. ”Hvem er omfattet af retningslinjen?”, afsnit 2:**

*”Visitationsretningslinjen har derudover medtænkt patienter, hvor er ikke observeres umiddelbar funktionsevne nedsættelser i forbindelse med afslutning af sygehuskontakten, men hvor der senere kan opstå tegn på følge af en hjerneskade”.* Det anbefales, at det afklares og præciseres, hvem der sikrer opfølgningen af denne patientgruppe, som ikke umiddelbart har funktionsevnenedsættelse. Formålet er at sikre, at disse patienter henvises til det rette tilbud, hvis det bliver relevant.

**Bemærkninger til side 12, afsnit 2.1. ”Specialiseringsniveauer for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus”:**

Der sondres mellem genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Vi undrer os over, at der ikke står ”rehabilitering” begge steder.

**Bemærkninger til side 15, afsnit 3.1.4 ”Ambulant udredning og opfølgning”:**

Det er positivt, at patienter med følger efter en erhvervet hjerneskade skal følges ambulant på sygehus efter udskrivelsen.

**Bemærkninger til side 21, afsnit 4.1. ”Udarbejdelse af genoptræningsplan”:**

*”Genoptræningsplanen er formelt en henvisning til genoptræning efter sundhedsloven og kommunen kan hverken tilsidesætte den lægefaglige vurdering om, at patienten har behov for genoptræning eller hvilket specialiseringsniveau genoptræningsplanen henviser til”.* Vi vurderer, at denne sætning bør præciseres, så det fremgår, at det er sygehusets genoptræningsplan, der udfærdiges i henhold til Sundhedsloven.



Vi foreslår, at det ændres, så der fremover står:

*”Sygehusets genoptræningsplan udfærdiges i henhold til Sundhedsloven og er formelt en henvisning til genoptræning og kommunen kan hverken tilside-sætte den lægefaglige vurdering om, at patienten har behov for genoptræning eller hvilket specialiseringsniveau genoptræningsplanen henviser til”.*

**Øvrige bemærkninger:**

Det fremgår flere steder i den faglige retningslinje for genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade, at der er sat særligt fokus på forældre og evt. søskendes sorg og krisearbejde – altså familiens trivsel generelt.

Det undrer os, at man ikke har samme fokus på ægtefæller til voksne med erhvervet hjerneskade og børn/unge med forældre, der har fået en erhvervet hjerneskade.

**2. Bemærkninger til faglig visitationsretningslinje for børn og unge med erhvervet hjerneskade**

**Generelt:**

Det er positivt at der er lagt vægt på, at det i indsatser til børn er vurderet væsentligt, at der er en passende balance og variation mellem leg, læring og træning.

Retningslinjen forholder sig ikke konkret til, hvordan opfølgningen skal foregå på børn, der har pådraget sig en hjerneskade for eksempel som 3-årig. Hvilket regi skal opfølgningen foregå i for at der ikke overses vanskeligheder hos børnene/de unge?

I tråd med ovenstående er det meget positivt at der beskrives, at opfølgningen på børn/unge med erhvervet hjerneskade skal følge frem til voksenalderen (krav om vurdering hver 6. måned fra skaden er sket og til det 18. år), men igen hvordan tænkes det organiseret?

**Bemærkninger til side 6, afsnit 1.2. ”Hvem er omfattet af retningslinjen?”, afsnit 2:**

*”Visitationsretningslinjen har derudover medtænkt patienter, hvor er ikke observeres umiddelbar funktionsevne nedsættelser i forbindelse med afslutning af sygehuskontakten, men hvor der senere kan opstå tegn på følge af en hjerneskade”. Det anbefales, at det afklares og præciseres, hvem der sikrer opfølgningen af denne patientgruppe, som ikke umiddelbart har funktionsevnenedsættelse. Formålet er at sikre, at disse patienter henvises til det rette tilbud, hvis det bliver relevant.*

**Bemærkninger til side 13 afsnit 2.1 ”Specialiseringsniveauer for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus**

Hvor findes de rehabiliteringsenheder i dag, der beskrives i retningslinjen, hvis de findes?

Det er positivt, at almen genoptræningsplan for børn og unge som udgangspunkt varetages på avanceret niveau, da det er en lille gruppe patienter, som kræver særlige faglige kompetencer.

**Bemærkninger til side 19, afsnit 3.2.5 ”Koordinering af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen”:**

Det er positivt, at der er sat særligt fokus på forældre og eventuelle søsken- des sorg og krisearbejde – i det hele taget familiens trivsel.

Det anbefales at der er samme fokus på ægtefæller til voksne med erhvervet hjerneskade og børn/unge med forældre, der har fået en erhvervet hjerne- skade.

**Bemærkninger til side 19, afsnit 3.2.6 ”Opfølgning på genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen”:**

Det er positivt at der opfordres til at der foretages en tværfaglig vurdering af forløbet og hvorvidt barnet/den unge profiterer af genoptrænings- og rehabili- teringsindsatsten minimum hver 3 måned

**Bemærkninger til side 23, afsnit 4.1 ”Udarbejdelse af genoptrænings- plan”**

Det beskrives, at der ikke udarbejdes genoptræningsplan til børn og unge, hvor der aktuelt ikke skønnes at være potentiale for genoptræning og rehabili- tering. Kan man sige, at et barn/en ung ikke har potentiale, når der samtidig skrives, at det særlige for hjerneskader hos denne gruppe er, at skaden sker på en ikke færdigudviklet hjerne? Bør afsnittet ikke fjernes?

**Bemærkninger til side 32, afsnit 5.3.3. ”Krav til koordinering og samar- bejde”:**

Det er positivt, at der er sat særligt fokus på forældre og eventuelle søsken- des sorg og krisearbejde – i det hele taget familiens trivsel.

Det anbefales at der er samme fokus på ægtefæller til voksne med erhvervet hjerneskade og børn/unge med forældre, der har fået en erhvervet hjerne- skade.

Venlig hilsen

Dan Fanøe Nilsson  
specialkonsulent

**Fra:** Inger Helt Poulsen [<mailto:ihp@regionsjaelland.dk>]

**Sendt:** 25. november 2014 15:35

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Cc:** Lene Jensen; 'Andrea Grandelag, AGR.'

**Emne:** Region Sjælland - Høringssvar Region Sjælland om: Faglige visitationsretningslinjer - genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade

Til Sundhedsstyrelsen

Region Sjælland har følgende høringssvar:

Regionen finder, at der er god overensstemmelse mellem den nye bekendtgørelse og vejledning på træningsområdet og visitationsretningslinjen.

Der er ingen yderligere kommentarer.

Venlig hilsen

**Inger Helt Poulsen**

Specialkonsulent

Kvalitet og Udvikling

Region Sjælland

Alleen 15

4180 Sorø

Tlf. +45 5787 5258

Mobil +45 2434 9740

Fax +45 5787 5299

Personlig e-post brugernavn@regionsjaelland.dk

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





---

### **Høringssvar fra Kolding Kommune ang. Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade**

---

Kolding Kommune har med stor interesse gennemgået høringsudkastet til den faglige visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering for voksne med erhvervet hjerneskade og har nedenstående kommentarer.

I afsnit 5.3.3 bør det tilføjes, at det anbefales, at der er et formaliseret samarbejde mellem personale, der foretager genoptræning på basalt niveau og på avanceret niveau.

Det kunne ønskes, at fagligheden for genoptræning på avanceret niveau var udfoldet tilsvarende som specialiseret rehabilitering.

Det bør fremgå, at borgere med hjerneskade som udgangspunkt ikke modtager specialiseret genoptræning. Det vil vanskeliggøre en samlet koordineret indsats, hvis denne skal ske på tværs af sektorer, hvilket i sidste ende vil forsinke borgerens genoptræningsforløb. Endvidere vil det have økonomiske konsekvenser. I dag modtager borgere med hjerneskade meget sjældent specialiseret genoptræning. Hvis der lægges op til, at regionen i højere grad vælger at udskrive borgere og fortsætte genoptræningen i specialiseret regi, vil det medføre væsentlige meromkostninger i kommunerne (medfinansiering og kørsel).

Ang. visitering af borgere med hjerneskade til specialiseret rehabilitering, skal det fremgå, at borgeren vurderes at have et genoptræningspotentiale. Det er ikke tilstrækkeligt at borgeren udviser de nævnte symptomer.

I afsnit 8.2.5 bør det præciseres, at institutionen har indgået formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver udvikling og forskning.

#### **Generelt**

Der tages udgangspunkt i tilbud i kommunerne. Det står ikke klart, hvilke tilbud borgere med hjerneskade skal tilbydes i regionalt regi. Der er dermed risiko for, at borgere kommer i klemme ved eksempelvis for hurtig udskrivning. Det bør fremgå klart og tydeligt, hvor langt en borger skal være i sit



genoptræningsforløb, inden borgeren er klart til udskrivelse.

Det bør nøje vurderes, hvorvidt der sker en flytning af omkostninger fra regioner til kommune.

Der er mange gode og relevante opfordringer til indgåelsen af konkrete aftaler i Sundhedsaftalerne omkring samarbejde, kommunikation, kompetenceudvikling, ensretning af validerede værktøjer samt nedsættelse af tværsektorielle netværksgrupper. Opnåelsen af sådanne aftaler vil kunne medvirke til mere sammenhængende forløb mellem sygehus og kommune og dermed optimere genoptræningsindsatsen.

Der udarbejdes kun en genoptræningsplan for det samlede genoptræningsforløb, der knytter sig til den samme indlæggelse. Det er vigtigt at genoptræningsplanen suppleres med aktuelle status, hvis patienten har modtaget specialiseret genoptræning. Dette fremgår ikke af visitationsretningslinjerne.



---

### **Høringssvar fra Kolding Kommune ang. Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade**

---

Kolding Kommune har med stor interesse gennemgået høringsudkastet til den faglige visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering for børn og unge med erhvervet hjerneskade og har nedenstående kommentarer.

Generelt er det godt, at visitationsretningslinjerne er delt op i henholdsvis børn og unge samt voksenområdet. Enkelte steder bærer visitationsretningslinjerne til børn- og ungeområdet præg af at være tilrettet ud fra visitationsretningslinjerne for voksenområdet.

Som udgangspunkt er der gode beskrivelser, og retningslinjen tager godt hånd om det faktum, at genoptræning er en del af den samlede rehabiliteringsindsats.

Der er stor fokus på, at for at behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for børn og unge med erhvervet hjerneskade hænger sammen og understøtter det samlede forløb, kræves der et tværfagligt samarbejde på både sundheds-, social-, undervisnings- og fritidsområdet.

For at imødekomme behovet for koordinering foreslås det, at rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi tilrettelægges og koordineres af en hjerneskadekoordinationsfunktion på børne-unge området, hvilket klart kan anbefales.

Side 9: Det anbefales, at der udover nuværende begreber også tilføjes definition af habilitering. Erfaringsmæssigt er det ofte vanskeligt at skelne mellem rehabilitering og habilitering, når der er tale om børn (og unge).

Side 10: Ud over at det er vigtigt, at der er passende balance og variation mellem leg, læring og træning, bør tilrettelæggelsen af træningen tage hensyn til barnets liv i øvrigt. Erfaringsmæssigt søger forældre til børn med hjerneskade mange behandlingstilbud, hvilke kan skabe ubalance i barnets børneliv.

På side 19 står der, at denne funktion "hensigtsmæssigt kan etableres, så den omfatter børn og unge med både medfødte og erhvervede hjerneskader"

---

**Denne akt er unddraget aktindsigt i henhold til offentlighedslovens § 7 og forvaltningslovens § 12 jævnfør dog offentlighedslovens § 11 og forvaltningslovens § 12**

---



Forslag om at der i stedet for "kan etableres" skrives "*bør etableres*", idet børn og unge med medfødte hjerneskader har brug for samme tværfaglige fokus. Man kunne ønske, at der blev taget stilling til, hvorvidt det er en fordel eller ej, at koordinatorrollen varetages af samme person som varetager koordinering af voksenområdet.

På side 16 anbefales det, at børn og unge med erhvervet hjerneskade revurderes hvert halve år op til seksårsalderen på den pædiatriske afdeling, hvor de er udskrevet fra. Børn og unge fra 6-18 års alderen revurderes årligt. Til grund for vurderingen kan indhentes udtalelser fra fx PPR, kommunikationscentre, samt de specialiserede rehabiliteringstilbud.

Det anbefales, at denne formulering ændres til " Til grund for vurderingen bør indhentes udtalelser *fra alle fagligt involverede faggrupper* fx, PPR, *trænende terapeuter, pædagoger/lærere*, kommunikationscentre, specialiserede rehabiliteringstilbud." Dette for at sikre at de fagpersoner, der har den tætte kontakt med barnet/den unge i dagligdagen høres.

Side 17: Der mangler sammenhæng mellem afsnittet ' I forbindelse med et genoptræningsforløb har den ansvarlige sundhedsperson en forpligtigelse til at varetage en løbende revurdering af genoptræningsbehovet som led i den sundhedsfaglige virksomhed. Herunder ved behov at indhente den fornødne udredning og assistance fra fagpersoner med særlig ekspertise.' og beskrivelsen side 16 om anbefalingen om, at børnene revurderes hvert halve år.

Side 23: I nogle tilfælde kan det være svært ved udskrivelsen at vurdere, om barnet/den unge har behov for genoptræning. For børn med erhvervet hjerneskade kan genoptræningsbehovet optræde senere i deres udvikling. Det er dermed ikke tilstrækkeligt at følge op efter 3 måneder. Det bør derfor fremgå af sundhedsaftalerne, hvordan regionen gør kommunen opmærksom på, at der kan opstå et genoptræningsbehov hos barnet på et senere tidspunkt.

Det fremgår, at alle børn/unge med erhvervet hjerneskade skal trænes på avanceret eller specialiseret niveau og at alle fagpersoner, som er involveret i barnet/den unges rehabiliteringsforløb, skal have kompetencer til at varetage genoptræningen af børn og unge med erhvervet hjerneskade. Der savnes en større præcisering af hvilke kompetencer, ud over primært at arbejde med børn og unge med erhvervet hjerneskade, der beretter til at varetage den avancerede genoptræning.

Side 31: Der nævnes et konkret produkt Litegait. Man bør ikke nævne konkrete produkter, da der er flere produkter på markedet der kan imødekomme samme træningsbehov. I dette tilfælde kunne der eks. i stedet nævnes særligt vægtaflastende træningsudstyr.



Det nævnes på side 32, at barnets familie har ofte behov for relevant støtte af varierende karakter, dels i forhold til bearbejdning af sorg og krisereaktioner i forbindelse med barnets hjerneskade, dels løbende indsatser med henblik på at sikre barnets og familiens trivsel. Det er som sådan vigtigt, men hører næppe til i visitationsretningslinje for genoptræning.

### **Generelt**

Der tages udgangspunkt i tilbud i kommunerne. Det står ikke klart, hvilke tilbud borgere med hjerneskade skal tilbydes i regionalt regi. Der er dermed risiko for, at borgere kommer i klemme ved eksempelvis for hurtig udskrivning. Det bør fremgå klart og tydeligt, hvor langt en borger skal være i sit genoptræningsforløb, inden borgeren er klart til udskrivelse.

Det bør nøje vurderes, hvorvidt der sker en flytning af omkostninger fra regioner til kommune.

Der er mange gode og relevante opfordringer til indgåelsen af konkrete aftaler i Sundhedsaftalerne omkring samarbejde, kommunikation, kompetenceudvikling, ensretning af validerede værktøjer samt nedsættelse af tværsektorielle netværksgrupper. Opnåelsen af sådanne aftaler vil kunne medvirke til mere sammenhængende forløb mellem sygehus og kommune og dermed optimere genoptræningsindsatsen.

Der udarbejdes kun en genoptræningsplan for det samlede genoptræningsforløb, der knytter sig til den samme indlæggelse. Det er vigtigt at genoptræningsplanen suppleres med aktuelle status, hvis patienten har modtaget specialiseret genoptræning. Dette fremgår ikke af visitationsretningslinjerne.



**Fra:** Jette Henneberg Sørensen [<mailto:jehs@alleroed.dk>]

**Sendt:** 25. november 2014 14:26

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Cc:** Maj Willemoes Jensen

**Emne:** Allerød og Hvidovre kommune - Høringssvar til faglige visitationsretningslinjer til henholdsvis børn og voksne med erhvervet hjerneskade

Hermed fremsendes fælles høringssvar fra Allerød og Hvidovre kommuner på voksenområdet. Høringssvaret på børneområdet er alene fra Allerød Kommune.

## **Høringssvar fra Allerød og Hvidovre kommuner til faglige retningslinjer – voksne med erhvervet hjerneskade**

Overordnet finder vi, at de faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade er et fyldestgørende og anvendeligt redskab til brug for den kommunale genoptrænings- og rehabiliteringsindsats.

Vi er meget glade for italesættelse og anerkendelse af, at indsatser på avanceret og specialiseret niveau kan foregå både som et "matrikelbundet" tilbud, og som et tilbud i borgerens nærmiljø. Vi har i Allerød og Hvidovre kommuner netop god erfaring med velkoordinerede individuelle tilbud, hvor specialistfunktion tilkøbes og supplerer kommunens egne indsatser, således at borgeren rehabiliteres i eget nærmiljø.

Vi er ligeledes meget glade for, at den kommunale koordineringsindsats bliver fremhævet som en essentiel del af det kommunale tilbud, idet vi i Allerød og Hvidovre kommuner har gode erfaringer med den type organisering, både på tværs i kommunen og i forhold til regionalt- og andet eksternt samarbejde.

Vi har derudover følgende kommentarer:

### **Rehabiliteringspotentiale/forventet prognose (s. 8)**

Vi er glade for begrebet "rehabiliteringspotentiale", da det italesætter en realistisk tilgang, hvor der både kigges bagud (på borgerens levede liv), og fremad. Vi har dog en bekymring i forhold til, om man altid fra hospitalets side er i stand til at beskrive borgerens forventede prognose, qua den nogle gange meget korte indlæggelse.

### **Borgere der udskrives uden genoptræningsplan (s.15, 21)**

Visitationsretningslinjerne beskriver, at patienten, der udskrives uden genoptræningsplan, kan henvises til ambulant kontrol på sygehus efter 3 måneder med henblik på revurdering af genoptræningsbehov.

I lyset af den nye syge-dagpengereform (1. juli 2014) skal sygemeldte borgere afklares jobmæssigt indenfor 22 uger. Det betyder, at der skal ligge en konkret plan for, hvordan og hvornår borgeren vender tilbage til arbejdet. Foreligger der ikke en konkret plan, stopper sygedagpengene (og borger overgår til anden og mindre ydelse). På denne baggrund finder vi det nødvendigt, at borgere uden genoptræningsplan, kan henvises til ambulant kontrol på sygehus allerede efter 1 måned.

### **Henvisningsret af borgere uden genoptræningsplan (s. 15,18)**

Det er vores erfaring, at borgere uden genoptræningsplan, ofte identificeres i kommunen (hjerneskadekoordinator), når de kommer i kontakt med jobcenter. Visitationsretningslinjerne beskriver, at henvisning til ambulant kontrol skal foregå via praktiserende læge. Og i praksis vil det derfor betyde, at

hjerneskadekoordinator eller anden fagperson i kommunen vil skulle kontakte praktiserende læge, som herefter skal tilse og henvise borgeren.

Vi vil meget opfordre til, at hjerneskadekoordinator fremover kan henvise direkte til ambulans undersøgelse på sygehuset i de relativt få tilfælde, hvor borgeren har et behov. Det er vores vurdering, at det vil medføre en hurtigere og mere smidig arbejdsgang, hvilket både har stor betydning for borgerens rehabiliteringsforløb, men også vil medføre en administrativ- og ressourcemæssig besparelse i alle sektorer (region, kommune, praktiserende læge).

### **Udarbejdelse af Handleplan (s.17)**

Visitationsretningslinjerne nævner, at det i nogle tilfælde kan være relevant at udarbejde en handleplan. Vi er enige i, at det i mange tilfælde er yderste relevant (og i praksis gør vi det i forvejen), men vi finder begrebet handleplan misvisende, idet det henleder tanken på Handleplan jf. Servicelovens §141.

Vi vil derfor foreslå, at man anvender en anden term i stedet for handleplan.

### **Neuropædagoger (s.31)**

På avanceret og specialiseret niveau er neuropædagoger ofte en stor del af den kommunale rehabiliteringsindsats. Vi vil derfor anbefale, at denne faggruppe også nævnes under punkt 5.5.1.

### **Overlevering fra hospital til kommune (s. 38, 40)**

Ved borgerforløb på specialiseret (og i nogle tilfælde på avanceret) niveau vil vi anbefale, at genoptræningsplanen drøftes væsentligt tidligere end ved udskrivningssamtalen, da denne borgergruppe oftest har behov for tiltag, som kommunen ikke selv er i besiddelse af. Det betyder i praksis, at kommunen skal etablere et tilbud, som er individuelt tilpasset borgerens behov, fx i form af et enkeltmandstilbud, hvis der er venteliste til eksisterende botilbud.

Denne type tilbud kan ikke etableres fra den ene måned til den anden.

### **Bekymring for opgaveglidning (s. 56)**

I gennemgangen af borgerfordeling på børne-hjerneskadeområdet er der følgende formulering: ”en del kommuner har allerede nu kompetencer til avanceret niveau – det må forventes, at andelen af specialiserede genoptræningsplaner dermed falder”. Dette betyder en opgaveglidning fra region til kommuner.

Betyder den tilsvarende gennemgang af borgerfordeling på voksenområdet på de forskellige typer henvisning (almen genoptræningsplan, specialiseret genoptræningsplan og rehabilitering på specialiseret niveau), at der vil komme en tilsvarende opgaveglidning, så flere voksne, hjerneskadede borgere skal have tilbud i kommunerne?

### **Anvendelse af udtrykket ”mentale” fremfor kognitive**

I visitationsretningslinjerne anvendes løbende udtrykket ”mentale funktionsnedsættelser”, hvilket henleder tanken på en anden målgruppe end personer med erhvervet hjerneskade.

Vi vil derfor opfordre til, at udtrykket ”mentale” i stedet erstattes af ”kognitive funktionsnedsættelser”.

## **Hørings svar fra Allerød kommune til faglige retningslinjer – børn med erhvervet hjerneskade**

Visitationsretningslinjerne ”Børn og unge med erhvervet hjerneskade” udgør et relevant og godt grundlag for koordineringen omkring disse børn, som er en lille børnegruppe. Retningslinjerne er fint struktureret og nemme at gå til, og kan anvendes i samarbejdet intern såvel som eksternt. Allerød kommune kan tilslutte

sig tanken om, at indgå i et mellemkommunalt samarbejde omkring en fælles børnehjerneskadekoordinator, da antallet af senhjerneskedede børn er så lille, at Allerød kommune ikke kan oparbejde den fornødne ekspertise.

I forhold til genoptræningsdelen, som deles op i en basisgenoptræning og avanceret genoptræning, vil Allerød kommune have brug for et samarbejde med andre kommuner i forhold til den avancerede genoptræning indenfor dette felt.

I forhold til PPR, er den kommunale PPR's rolle af mere koordinerende og opfølgende karakter på rehabiliteringsindsatsen snarere end udøvende. Da PPRs fagpersoner arbejder på et mere generaliseret niveau vil det være nødvendigt at indgå i et samarbejde med sundhedspersoner, der har særlige kompetencer inden for området. børn og unge med erhvervet hjerneskade, dvs. fx systematiserede efteruddannelsesforløb i neurorehabilitering.

Venlig hilsen

Maj Willemoes Jensen  
Hjerneskadekoordinator,  
Hvidovre Kommune  
Børne- og Velfærdsforvaltningen  
Ældre- og Handicapafdelingen  
Særlig Social Bistand  
Hvidovrevej 280, 2650 Hvidovre  
Telefon: 3639 3802  
Mobil: 4174 8707  
[mwx@hvidovre.dk](mailto:mwx@hvidovre.dk)  
[ssb-hvidovre@hvidovre.dk](mailto:ssb-hvidovre@hvidovre.dk)

og

Jette Henneberg Sørensen  
Hjerneskadekoordinator  
Allerød Kommune, Borgerservice  
Bjarkesvej 2  
3450 Allerød

Direkte telefon 48 100 126  
Mobil: 25 46 45 54  
E-mail [jette.hennebergsorensen@alleroed.dk](mailto:jette.hennebergsorensen@alleroed.dk)

**Fra:** Ejnar Tang [<mailto:høpet@herning.dk>]

**Sendt:** 25. november 2014 13:52

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Cc:** [LHT@kl.dk](mailto:LHT@kl.dk)

**Emne:** Herning Kommune - Høringssvar Faglige visitationsretningslinier - genoptræning og rehabilitering til voksne fra Herning Kommune:

Til Sundhedsstyrelsen

### **Høringssvar vedr. "Faglige visitationsretningslinier - genoptræning og rehabilitering til voksne"**

Sagsnr. 4-1212-107/5/ Reference REN

Sundhedsstyrelsen har ved brev af 5. november 2014 sendt "Faglige visitationsretningslinier – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade" til høring.

Herning kommune har følgende generelle bemærkninger til voksenområdet

- Visitationsretningslinjen kan opfattes som et udtryk for mistillid til det kommunale system, idet vi læser, at regionen får udvidet deres beføjelser på området i de nye retningslinjer.

Der er gennem de senere år sket en positiv udvikling i de kommunale genoptræningstilbud og -rehabiliteringstilbud, De mange projekter på hjerneskadeområdet fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelsespuljen nærmer sig sin afslutning, og det forventes, de har medført øget kompetence og øget fokus på netop genoptræning og rehabilitering hos de fagprofessionelle. Derudover har kommunernes fagprofessionelle oparbejdet kompetence via de mange opgaver, kommunerne har haft ansvar for siden strukturreformen og uddannet sit personale til at løse opgaverne.

Der er risiko for, at det gode samarbejde mellem regionens udskrivende afdelinger og de kommunale modtagere, som vi har oparbejdet de sidste år, som netop bygger på dialog og tillid, kan påvirkes i negativ retning af de nye retningslinjer.

- Økonomi: I retningslinjerne kan regionen bestille, hvad de ønsker, og kommunen må betale .- kommunerne kan ikke omgøre regionens vurdering.
- Visitation: Alle almene genoptræningsplaner skal visiteres kommunalt med henblik på at vurdere ønsket niveau for genoptræningen, gerne med deltagelse i visitationsprocessen af dem, der varetager visitation til avanceret niveau (*"Det er væsentligt at den sundhedsfaglige vurdering foretages af relevante sundhedspersoner med særlige kompetencer i forhold til genoptræning og rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade. Dette kan hensigtsmæssigt være de fagpersoner, som varetager og/eller visiterer til det avancerede niveau i kommunen"*)

Herning Kommuner omkring 100 almene genoptræningsplaner årligt i Genoptræningsenheden for voksne med erhvervet hjerneskade - de sendes direkte til de genoptrærende terapeuter, som igangsætter forløb, som udgangspunkt indenfor en uge. Hvis denne proces forsinkes ved en visitationsprocedure vil det samlet set betyde en forringelse ift. i dag.

Med venlig hilsen

Ejnar Tang  
Handicap- og psykiatrichef  
Social Sundhed og Beskæftigelse  
Rådhuset, Torvet 1, 7400 Herning  
Telefon 9628 4341

Mobil 2067 4162

e-mail: [hopet@herning.dk](mailto:hopet@herning.dk)

Herning Kommune behandler og gemmer alle dokumenter i alle sager elektronisk. Hvis du vil se de oplysninger, vi har registreret om dig, så kontakt sagsbehandleren af denne sag, som vil hjælpe dig videre. Du kan også læse mere om dine rettigheder på [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk).

**Hørings svar fra Høje-Taastrup Kommune vedr. Faglige visitationsretningslinjer - genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade**

I Høje-Taastrup Kommune er vi positive overfor de nye faglige visitationsretningslinjer til genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade, da de med en implementering vil sikre kvalitet og fagligt niveau, og dermed sikre borgeren den rette behandling.

Det er godt, at der arbejdes med at tydeliggøre visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering på forskellige niveauer til voksne med erhvervet hjerneskade, som har fået en genoptræningsplan fra sygehuset.

På det generelle niveau er der indbygget et stort dilemma i konstruktionen med, at det er regionerne, der vurderer borgerens behov for genoptræning og rehabilitering og på hvilket specialiseringsniveau, og kommunerne, der skal udføre og betale. Det følger ikke de normale procedurer for samarbejde på tværs af sektorer, hvor det normalt er den sektor, der er ansvarlig, der vurderer det aktuelle behov hos borgeren. Dette skal ses i lyset af, at det bliver svært styrbart for kommunerne. Antallet af genoptræningsplaner har været stærkt stigende siden kommunalreformen 2007. (side 21)

Når det er sagt, er det godt, at genoptræningsplanerne udvides, så det er borgerens samlede rehabiliteringsbehov, der skal beskrives. Det er godt, at borgerens rehabiliteringspotentiale indgår i vurderingen.

Høje-Taastrup Kommune bemærker med tilfredshed, at der er beskrevet retningslinjer for de situationer, hvor følger af hjerneskaden først viser sig efter udskrivelse.

Det er ligeledes godt, at det præciseres, at patienten skal være udredt, så der kan laves en samlet rehabiliteringsplan, som indeholder tilstrækkelige beskrivelser af borgerens funktionsevne til, at kommunen kan planlægge et rehabiliteringsforløb. (side 22)

Høje-Taastrup Kommune bifalder forslaget om at fremme ensretning og brug af validerede test og undersøgelsværktøjer, ligesom den samlede rehabilitering bør basere sig på evidensbaserede og ikke kun erfaringsbaserede metoder

Det giver fortsat anledning til stor forvirring, at begrebet specialiseret ikke anvendes ens, så der er tale om både specialiseret niveau, højt specialiserede funktioner, specialiserede indsatser og højt specialiserede indsatser, alt efter hvor man befinder sig. Der er brug for yderligere konkretisering, for at det kan blive operationelt for de medarbejdere, der arbejder med det til daglig. (side 11)

Endelig vurderes det på side 53, at det at kommunen udvikler genoptræningsindsatser på avanceret niveau forventes at ville mindske behovet for genoptræningsplaner til specialiseret niveau. Det er umiddelbart svært at forstå, at definitionen af det specialiserede niveau ændres fordi kommunen udvikler tilbud på det avancerede niveau.

Som supplement til visitationskriterierne ønsker Høje-Taastrup Kommune en beskrivelse af, hvornår regionen er forpligtet til at tilbyde et længerevarende højt specialiseret døgnrehabiliteringsforløb f. eks. på et specialiseret sygehus som Kurhus.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S  
Att.: Bente Møller

Mail: [fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk)

Girokonto 402-3951

Ref. ASA/lh  
Dok.nr. 2302951

Sag.nr. 2014-SLCSFA-  
01833

26. november 2014

## **Høring over udkast til faglige retningslinjer for genoptræning og re- habilitering til henholdsvis voksne og børn og unge med erhvervet hjerneskade**

Sundhedsstyrelsen har den 5. november 2014 bedt Socialpædagogernes Landsforbund om eventuelle bemærkninger til de to forslag til faglige retningslinjer.

Umiddelbart har Socialpædagogerne følgende bemærkninger:

Sundhedsstyrelsen kan i henhold til servicelovens § 13 b, stk. 2 udmelde målgrupper og særlige indsatser, hvor det vurderes, at der er behov for øget koordination eller planlægning på tværs af kommunerne i en eller flere regioner.

Den 1. november 2014 er der kommet en central udmelding fra Sundhedsstyrelsen om indsatsen overfor voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

Udmeldingen betyder, at kommunerne senest 1. marts 2016 skal afrapportere om målgruppen, om de højt specialiserede indsatser og tilbud til de pågældende borgere, om eventuelle udfordringer i forhold til at sikre det nødvendige udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade samt om kommunernes tilrettelæggelse og koordination af de højt specialiserede indsatser og tilbud til målgruppen.

Socialpædagogernes Landsforbund mener, at der bør være en langt bedre sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer og Sundhedsstyrelsens centrale udmelding. Det er helt nødvendigt for at sikre et kvalificeret samarbejde mellem de to sektorer.

Efter Socialpædagogernes opfattelse må det af Sundhedsstyrelsens retningslinjer fremgå langt mere tydeligt, at kommunerne er forpligtet til at samarbejde på tværs i forbindelse med rehabilitering på hjerneskadeområdet jf. Aftalen om en kvalificeret indsats for grupper med særlige behov, som blev indgået den 13. november 2013 mellem den daværende regering og alle partier i Folketinget.

Også når det gælder børn og unge, skal kommunerne have et forpligtende samarbejde på tværs, og at man ikke må fristes til at forsøge sig med såkaldte **"tilbud i nærområdet"**. Rehabilitering af børn og unge med en erhvervet hjerneskade kræver en højt specialiseret viden, som ikke kan være til stede i hovedparten af kommunerne, da målgruppen er meget lille. Der er her brug for et landsdækkende tværkommunalt samarbejde.

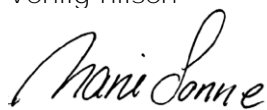
Der er også behov for en ordentlig sammenhæng mellem det, der foregår på sundhedsområdet og det sociale område. Og desuden undervisningsområdet, som er en central aktivitet for de pågældende børn og unge. Denne sammenhæng skal efter Socialpædagogernes opfattelse fremgå langt tydeligere i de faglige visitationsretningslinjer for børn og unge med erhvervet hjerneskade.

Endelig er det i forbindelse med indsatsen overfor både børn og voksne på sygehuset, i den sociale indsats og i undervisningen nødvendigt med socialpædagoger, der er særligt kvalificerede til at varetage støtten overfor mennesker med erhvervet hjerneskade.

Som på andre områder er der også her brug for, at man som borger får en koordinator, der kan bidrage til at holde sammen på det, der foregår. Det bør efter Socialpædagogernes opfattelse være en forpligtelse for den enkelte kommune.

Socialpædagogerne vil herudover anbefale, at brugen af og virkningen af visitationsretningslinjerne efter en periode evalueres med henblik på justeringer.

Venlig hilsen



Marie Sonne  
Forbunds næstformand



## **Kommentarer til høringsudkast af 5. november 2014:**

### **Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade.**

Kommentarer fra børneonkologien på vegne af DAPHO, multidisciplinær cancergruppe for kræftsygdomme hos børn.

Generelt er skriftet godt og informativt, og er meget velkomment som en indsats målrettet at løfte dette komplekse område, sikre at den rigtige hjælp institueres og støtte den fortsatte udvikling til gavn for patienterne og familierne. Særligt vigtigt er det, at der pointeres fokus på støtte til hele familien, behov for støtte til forældre og søskende, behov for tværfaglig indsats og samarbejde og behov for udvikling af særlig kompetence og nøglepersoner på dette område, også hjerneskadekoordinatorer med erfaring med børn og unge.

Der specificeres ikke i teksten, hvornår man er barn, og hvornår man er ung, samt om ungdommen fortsætter efter det fyldte 18 år. Der mangler en understregning af, at der kan opstå problemer, hvis overgangen fra ungeårene til voksenårene ved 18 års fødselsdag ikke er nøje planlagt. I denne forbindelse er der for unge med erhvervet hjerneskade behov for særlig viden, støtte og vejledning i forhold til ungdomsuddannelse og arbejdsevne. Det er vigtigt, at kommunen ikke slipper disse unge voksne før de har en uddannelse/arbejde eller pension.

#### **Side 5, 1.1., introduktion.**

De komplekse behov og udfordringen i forhold til lille patientgruppe, samt at indsatsen hos børn ikke kun skal rettes mod generhvervelse af funktioner men også understøtte den videre udvikling gennem opvæksten, er velbeskrevet i introduktionen. Især i forbindelse til det sidste punkt skal det huskes, at et barn med erhvervet hjerneskade trods fortsat udvikling kan opleve en langsommere udvikling end jævnaldrende, hvilket kan resultere i en voksende afstand til jævnaldrende og medføre et nyt sæt problemer. Der er her et stort behov for en løbende opfølgning og indsats.

I forhold til skønsmæssigt antal børn som ville have behov for indsats står der 125 – 375 pr år. Dette synes at være et ret stort spændvidde, jeg ved ikke, hvad tallene baseres på, da referencen (2) ikke nævnes, samt om det er nye patienter hvert år, eller om det også omfatter de samme patienter som har behov for løbende nye tiltag, som beskrevet senere.

Der er årligt ca. 35 – 40 børn og unge under 16 år i Danmark som diagnosticeres med en tumor i centralnervesystemet. En større del af disse vil have behov for genoptræning/rehabilitering i forhold til hjerneskade erhvervet som følge af tumor og behandling af denne, og en betydelig del vil have behov for fornyet indsats igennem barndom og ungdom. Hertil kommer at enkelte patienter med leukæmi/lymfom eller solide tumorer også kan få erhvervet hjerneskade i forbindelse med sygdom og behandling.

I forhold til behov for genoptræning/rehabilitering i forlængelse af diagnose og behandling står disse patienter og familier ikke kun med erhvervet hjerneskade, men også en livstruende sygdom som samtidig skal behandles, hvor der også er et rehabiliteringsbehov og/eller et palliationsbehov i forhold til deres kræftsygdom. Dette er også ved at blive beskrevet i opfølgingsprogram for børn med kræft i forlængelse af kræftpakkerne, og her står også beskrevet at rehabiliteringsindsatsen skal startes så tidligt som muligt og samtidigt med kræftbehandlingen.

Derudover manifesterer skadevirkningerne af især cerebral bestråling i yngre alder sig først i årene efter behandlingen, og det kan være i tiltagende grad. Disse personer udgør således en undergruppe af en i forvejen lille og kompleks gruppe, og det er absolut vigtigt at deres behov vurderes og visiteres af fagpersoner med stærkt specialiseret kompetence.

(Det er ikke helt klart om børn og unge med erhvervede rygmarvsskader er indbefattede af denne vejledning.)

### **side 7, punkt 1.2**

Helt enig i vigtigheden af opfølgning af behov som viser sig på et senere tidspunkt.

### **Side 8, 1.4 og side 9 1.4.2**

Definition af rehabilitering:

Dette er defineret i henhold til vejledning om kommunal rehabilitering som:

”Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse.” (oversættelse af WHO definition til dansk)

Nærmere beskrevet i teksten som:” Rehabilitering handler om at give borgere med nedsat funktionsevne samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne fysisk, psykisk, kognitivt og socialt samt mulighed for at leve et meningsfuldt og selvstændigt liv.

I pædiatrien har man ofte brugt begrebet ”habilitering”, for at understrege at det for børn ikke kun handler om at genvinde evner, men også at understøtte den videre udvikling. Der er på socialstyrelsens hjemmeside <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/hjerneskade/om-hjerneskade/temaer/rehabilitering-1>

denne kommentar om definitionen habilitering, og at dette nu er indbefattet i den nyere forståelse af begrebet rehabilitering:

### **”Rehabilitering og habilitering**

Det har i mange år været praksis at anvende begrebet ”habilitering”, når en given indsats er rettet mod børn og unge. Med begrebet habilitering ønsker man at tydeliggøre, at der er tale om en indsats

til mennesker med enten en medfødt eller meget tidligt erhvervet funktionsnedsættelse, hvor det ikke handler om at generhverve færdigheder, men derimod handler om løbende at udvikle færdigheder.

I dag, hvor rehabilitering blandt andet defineres som en individuel proces, der tager udgangspunkt i personens unikke livssituation, skelnes der ikke mellem om livssituationen er betinget af en medfødt eller senere erhvervet funktionsnedsættelse. Det betyder derfor, at der ikke begrebsmæssigt skelnes mellem rehabilitering og habilitering.”

Af hensyn til dette vil vi mene at der under begreber burde stå at rehabilitering som det nu forstås indenfor det offentlige inkluderer begrebet ”habilitering” (hvis man mener dette), og at det derfor også stiler mod en løbende vedligeholdelse og videreudvikling af evner igennem barndommen.

I vejledningen er *rehabiliteringspotentialet* defineret som en ”samlet vurdering af den enkelte patients muligheder for at bedre sin **funktionsevne** i en rehabiliteringsproces”. Dette potentiale kan være meget svært at vurdere, især hos et barn som i sagens natur stadigvæk ikke har gennemgået en større del af den normale udvikling, og som derfor altid har et potentiale. I forhold til dette kan det også være at tilbageværende funktioner skal styrkes yderligere for at opnå en bedre tilpasning, og der kan være behov for indsats til at vedligeholde den opnåede funktionsevne.

#### **Side 13, afsnit 2.1**

Opdeling i basalt og avanceret niveau, samt at der også er et specialiseret niveau kommunalt (specialiseret rehabilitering) – dette synes at være nyt, især at man fra hospitalets side i genoptræningsplanen kan specificere rehabilitering på specialiseret niveau i kommunen. Hvis det er rigtigt forstået findes det basale niveau stort set ikke for børn og unge, da det som udgangspunkt burde foregå på avanceret niveau alene pga. den lille patientgruppe og behov for specifik børne-/ungekompetence.

**Side 16, punkt 3.1.3** ”genoptræningsbehovet skal vurderes af en speciallæge i pædiatri med *kompetence i neuropædiatri*”. Efter aftale med Dansk Neuropædiatrisk Selskabs formand Charlotte Reinhardt Pedersen vil vi gerne bede om at dette udvides til ”genoptræningsbehovet skal vurderes af en speciallæge i pædiatri med *kompetence i neuropædiatri og/eller børneonkologi*”. På nuværende tidspunkt er organiseringen af opfølgningen af børn med CNS-tumorer at en større del af opfølgningen ligger hos den børneonkologiske læge, som beder om neuropædiatrisk vurdering og opfølgning ved særlig behov. Derfor laves mange genoptræningsplaner for børn med CNS tumorer af den børneonkologiske læge, som er speciallæge i pædiatri, har erfaring med børn med CNS-tumorer og har gennemgået eller er ved at gennemgå subspecialisering i børneonkologi, og ikke af en neuropædiater. Dette gælder også for den ambulante opfølgning bagefter, hvor der er særlig opmærksomhed på udvikling af neurokognitive senfølger relateret til cerebral bestråling.

”Derudover inddrages andre relevante faggrupper.....” ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, børneneuropsykologer og audiologopæder”. Den nødvendige kompetence og

ressource for vurdering af ergoterapeut og fysioterapeut forefindes, den nødvendige kompetence inden for neuropsykologien forefindes visse steder men langt fra i tilstrækkeligt omfang hvis neuropsykolog skal inddrages i udarbejdelse af alle genoptræningsplaner, og kompetence inden for audiologopæder på sygehus findes i ingen eller meget lille grad. Det vil være nødvendigt at udbygge ressourcerne til udredning af funktionsevne på sygehus hvis dette skal kunne tilgodeses.

Der er en ekstra fagperson på hospitalet som burde nævnes her: i forhold til vurdering af behov for socialmedicinske rehabiliteringstiltag burde fagpersonen socialrådgiver (sygehusets) også nævnes, da vedkommende i praksis er dybt involveret i at sikre at der følger den rette støtte til familien med for at rehabiliteringen overhovedet kan finde sted. Det er også relevant at inddrage skolelærere.

Det nævnes i introduktionen at børn og unge med erhvervet hjerneskade har en øget risiko for at udvikle psykiatrisk komorbiditet – det er helt korrekt, og der kan også være behov for børne-ungdomspsykiatrisk assistance og samarbejde i forbindelse med rehabilitering, men dette nævnes ikke yderligere i teksten og foreslås tilføjet.

Der henvises til dette igen på side 20, 3.2.6, hvor der skrives at kommunen kan anmode sygehuset om at foretage yderligere udredning af rehabiliteringsbehov og potentiale, samt også på side 24, 4.2, og side 26, 4.4.3. udredning af funktionsevne samt udarbejdelse af genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering, hvor der står at sygehuset er ansvarlig for tilstrækkelig udredning i forhold til alle relevante områder. Det ville nødvendiggøre at sygehuset havde adgang til ressourcer på niveau med et hjerneskadecenter, samt særlige ressourcer til alderen 16 – 20 år hvor overgang fra grundskole til ungdomsuddannelse eller videre uddannelse, barn til voksen osv. udgør nye problemer, og hvor kompetencerne på børneafdeling som regel ikke er til stede pga. aldersopdelingen. Dette er særligt vigtigt i forhold til kommende udvidelse af specialeplanen til at behandle unge med kræft op til 18 år på børneonkologisk afdeling.

#### **Side 23, 4.1. Udarbejdelse af genoptræningsplan**

Der synes lagt op til at genoptræningsplanen skal indeholde flere punkter end tilfældet er i forhold til den nuværende skabelon som udarbejdes i OPUS og sendes elektronisk til kommunen. Skal denne skabelon udvides/revideres? Der er en begrænsning på antal tegn som kan indsættes i hvert punkt i nuværende skabelon.

Der står: "der skal ikke udarbejdes genoptræningsplan til børn og unge hvor der ikke aktuelt skønnes at være potentiale for genoptræning og rehabilitering."

Men i næste linje: " som udgangspunkt har alle børn og unge med erhvervet hjerneskade et potentiale for genoptræning og rehabilitering".

Disse to sætninger synes at modsige hinanden.

I den særlige situation for et barn/ung med erhvervet hjerneskade og kræftsygdom, så er der en situation, hvor behandling af kræftsygdommen og rehabilitering begge to skal foregå. Dette

vil ofte betyde at rehabiliteringsindsatsen hindres af kræftbehandlingen, som tager tid og giver bivirkninger, men samtidigt synes der at være fuld enighed om at rehabilitering skal starte så tidligt som muligt, for i det mindste at vedligeholde så god funktion og livskvalitet som muligt under kræftbehandlingen. Det er ikke hensigtsmæssigt for hverken udvikling eller livskvalitet at alt sættes på standby mens en kræftbehandling foregår i 1-2 år af et barns/en ungs liv, men det må accepteres, at man ikke kan opnå det samme under pågående kræftbehandling, samt at der vil være behov for øget rehabiliteringsindsats når kræftbehandlingen afsluttes.

Som bekendt, så bliver ikke alle børn/unge helbredt for kræft, og der kan komme et betydeligt overlap mellem rehabilitering og palliation i denne lille gruppe. Det har stor betydning for livskvalitet fortsat at prøve at opnå den bedste mulige funktionsevne også i en palliativ situation.

### **Side 23, 4.1**

"Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau (se kapitel 7) udarbejdes på højt specialiseret funktion i forhold til rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade"- hvad menes der helt præcis med dette? Hvordan skal det foregå for børn og unge hvor der viser sig et behov for specialiseret rehabiliteringsindsats som led i den ambulante opfølgning? Samme kommentar til 4.4.3.

Der kan opstå situationer især i den ambulante opfølgning hvor der med vores nuværende ressourcer i hospitalsvæsenet er behov for henvisning til et hjerneskadecenter mhp neuropsykologisk testning og rehabilitering af børn og unge ud fra testresultaterne i kommunerne og skolerne. Med nuværende praksis er det kommunen som skal dække dette udgiftsmæssigt og også vurdere om det er "nødvendigt", og der er hospitalet og kommunen ikke altid enige. Man kan i sådanne situationer henvise til en vurdering ved VISO, men det er i mange tilfælde også kommunen som skal bede om at VISO går ind i sagen.

Lægger vejledningen op til at der på hospitalet kan udarbejdes en genoptræningsplan, hvor der kan henvises til at barnet har behov for neuropsykologisk vurdering og evaluering i et hjerneskadecenter for børn og unge?

(VISO's eventuelle rolle mht rådgivning om rehabilitering er i øvrigt ikke nævnt i denne vejledning. )

### **Side 26, 4.4.2:**

"Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af barnet/den unges genoptræningsbehov og potentiale samt målet med genoptræningen". Det kan være yderst vanskeligt at vurdere og endda beskrive hvor stort et potentiale der er - det vigtige er vel, at man vurderer at der er et potentiale (som der i udgangspunkt altid er for barn/ung med erhvervet hjerneskade - det står på side 23).

### **Side 35, 6.1**

"børn og unge med komplicerede behandlingsforløb fx multitraumer, infektionssygdomme...og sjældne tilstande" –vi vil foreslå at **kræftsygdom** også nævnes her som kompliceret behandlingsforløb.

Der står flere steder at skole og uddannelse skal inddrages i samarbejde og koordinering af rehabiliteringsindsatsen, men der savnes helt generelt mere specificering omkring samarbejde mellem kommune og skole, og hvem der har det overordnede ansvar for at sikre skolefaglig støtte – også i den videre skolegang.

#### **Side 37, 7, visitation til af genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.**

For vores patienter kan en svær eller invaliderende træthed ofte være et fænomen som bidrager til behov for koordineret rehabiliteringsindsats.

#### **Side 41, kapitel 8: sundhedsfaglige kvalitetskrav til specialiserede rehabiliteringstilbud:**

I hele denne sektion nævnes ikke ordet barn, børn eller unge. Der ønskes at det specificeres at specialiserede rehabiliteringstilbud **til børn og unge** netop er det – nemlig målrettet børn og unge, hvor alle de nævnte kompetencer skal være specialiserede til at kunne varetage børn og unges behov, og derunder også skole og specialuddannelse. Dvs. at et barn eller ung ikke placeres på et (avanceret eller )specialiseret rehabiliteringstilbud som er tilrettet voksne.

#### **Bilag 2: side 48, disposition til beskrivelse af funktionsevne:**

Som nævnt tidligere, for at kunne beskrive disse tilstande skal der på sygehuset være tilstrækkelige ressourcer vedr.: børnelæge med nødvendig specialisering, børne fysioterapeuter, børne ergoterapeuter, børne neuropsykolog, audiologopæd, børne ortopædkirurg, børnekirurgisk ekspertise, øjenlæge, ørelæge, (børne)socialrådgiver og skolelærer. Samt også rammer for at den nødvendige tværfaglige samarbejde mellem disse aktører kan foregå på hospitalet.

**Bilag 4: Vurdering af kapacitetsbehov:** hele dette kapitel synes at være fokuseret på voksenområdet? Der er vel ikke 3123 børn med apopleksi årligt? Er der lavet en vurdering af kapacitetsbehov på børne og unge området?

*25 november 2014*

*Astrid Sehested, overlæge med funktionsansvar for udredning og behandling af børn med tumorer i centralnervesystemet, Rigshospitalet, på vegne af DAPHO.*

Den 26. november 2014

## **Til Sundhedsstyrelsens Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud**

### **Høringssvar vedr. udkast til Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade samt udkast til Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade**

Dansk Selskab for Neurorehabilitering (DSNR) har den 5. november 2014 modtaget ovennævnte udkast i høring, som vi har følgende overordnede og specifikke bemærkninger til:

### **Høringssvar vedr. udkast til Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade**

#### **Overordnede bemærkninger:**

DSNR ser, at visitationsretningslinjen har gode hensigter med henblik på at fremme neurorehabilitering i Danmark, og anerkender det store arbejde.

Neurorehabilitering er et komplekst virkefelt og det er vores indtryk, at visitationsretningslinjen er omfattende og forsøger at beskrive og belyse:

- 1) Organisering, planlægning og koordinering af indsatser internt kommunalt samt eksternt imellem kommuner og mellem kommune og sygehus.
- 2) Indsatser og tilhørende kompetencer på de forskellige specialiseringsniveauer – både ift. organisering men også til patienten/borgerens funktionsevne.

Ud fra ovenstående er det en bekymring, hvorvidt visitationsretningslinjen er operationaliserbar i praksis, da mange forskellige indsatser er ”i spil”. Ligeledes er der mange begreber omkring specialiseringsniveauer, som anvendes forskelligt på tværs af sundhedsområdet og socialområdet, hvilket vi mener, medfører en risiko for begrebsforvirring eller utydelighed omkring definitionerne. Det samme gør sig gældende omkring hjerneskadekoordinationsfunktion, hjerneskadekoordinator og tovholder. DSNR vil anbefale en forenkling af begreber på tværs af styrelser og stringent brug af begreberne.

Vi oplever, at implementeringen af visitationsretningslinjen vil kræve et stort arbejde med undervisning og rådgivning til både regionalt sundhedspersonale i forhold til at udfylde genoptræningsplanerne, samt i de mange kommunale visitationsfora i forhold til at kunne varetage stratificering mellem basalt og avanceret niveau. Vi kan derfor være bekymrede for, om visitationsretningslinjen vil medføre risiko for fortsat stor diversitet i forhold til håndtering af neurorehabiliteringen i de forskellige kommuner.

Med henblik på at sikre organisering og koordinering af patientforløb, så nævnes:

- Sygehuset samarbejder med og yder rådgivning og vejledning til avanceret niveau

- Sygehuset har ansvaret for at færdiggøre planlagt udredning og skal ved udskrivelse tage stilling ved behovet for ambulant opfølgning og kontrol
- Tilbage-løbs-ambulatorier med mulighed for yderligere udredning
- Udskrivningskonference med deltagelse af relevante aktører (regionalt og kommunalt)
- Hjerneskadekoordineringsfunktion
- I forhold til visitation foretages det af autoriserede sundhedspersoner med særlige kompetencer i forhold til genoptræning og rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade.

DSNR ser meget positivt på disse relevante tiltag, men gør opmærksom på de økonomiske konsekvenser både regionalt og kommunalt, da der skal sikres ressourcer for at kunne udføre dette i praksis.

Endvidere ser DSNR meget positivt på, at kommunerne skal følge den lægefaglige vurdering af genoptrænings- og rehabiliteringsbehovet.

### **Specifikke bemærkninger:**

Punkt 1.3 ”Sundhedsloven § 84 og § 140 fastlægger barnet/den unge ret...”. DSNR gør opmærksom på, at børn og unge nævnes i visitationsretningslinjen for voksne. Kan der være tale om en fejl?

Punkt 1.4.2 *I vurderingen indgår blandt andet patientens præmorbid funktionsevne samt den forventede prognose for den aktuelle funktionsevnededsættelse*”. DSNR mener, at det i nogen tilfælde kan være vanskeligt at vurdere den forventede prognose for bedring af funktionsevnen - særligt i lyset af, at patienter i dag bliver udskrevet hurtigere fra sygehusene.

Punkt 1.5.1 ” *Genoptræningsindsatser, som varetages i henhold til sundhedslovens §140, omfatter genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner. Autoriserede sundhedspersoner er fx fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, bandagister, kliniske diætister m. fl.*

*Mange patienter vil også have behov for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser varetaget af neuropsykologer og logopæder*”. DSNR finder, at der i denne retningslinje bør medtænkes, at alle ovennævnte faggrupper kan involveres på alle niveauer i retningslinjen. Neurorehabilitering er netop kendetegnende ved kompleksiteten mellem fysiske og kognitive følger efter en hjerneskade.

Punkt 2.3 – mest specialiserede socialområde ”*Indsatserne er organiseret som et sammenhængende, multidisciplinært og helhedsorienteret forløb ...* ” DSNR forslår, at begrebet ”multidisciplinært” ændres til ”interdisciplinært”, da det teoretisk ikke hænger sammen med begreber som sammenhængende og helhedsorienteret

Punkt 3.1.1 ”*Sygehuset samarbejder med og yder rådgivning og vejledning til avanceret niveau*”. DSNR finder, at der er behov for en præcisering af, hvad rådgivning og vejledning omfatter.

Punkt 3.1.3 *Genoptræningsbehovet vurderes af en speciallæge i neurologi gerne med kompetence i neurorehabilitering*”. DSNR undrer sig over, at der kræves en speciallæge i neurologi til vurdering af rehabiliteringsbehovet. Der findes i dag ikke mange speciallæger i neurologi i Danmark, hvorfor det vil betyde en begrænsning af vurderet genoptræningsbehov.

Punkt 3.1.4 ” *Sygehuset har ansvaret for at færdiggøre planlagt udredning og skal ved udskrivelse tage stilling ved behovet for ambulant opfølgning og kontrol*”. DSNR finder det relevant, at der er behov for en



præcisering af, hvad opfølgningen omfatter og af hvem, eksempelvis neuropsykologer eller af fysioterapeuter i forhold til ”spasticitet”.

Punkt 4.1 *”Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau udarbejdes på en relevant specialafdeling, minimum på regionsfunktionsniveau”*. DSNR mener, at det således bør sikres at alle neurologiske afdelinger og apopleksiafsnit er på regionsfunktionsniveau, da det ellers ville hindre disse i, ved behov, at henvise til rehabilitering på specialiseret niveau. Ellers anbefales det, at der ”blødes op” i forhold til ”minimum på regionsfunktionsniveau”.

Punkt 5.1 *”Det forudsættes, at sygehuset i forbindelse med udarbejdelse af genoptræningsplanen har foretaget den fornødne udredning af patientens funktionsevne...”*. DSNR mener, at det i nogen tilfælde kan være vanskeligt at føre ud i praksis. Mange patienter bliver i dag udskrevet tidligere, hvorfor en komplet udredning ikke altid er mulig, ligesom visse mentale vanskeligheder først viser sig ved krav af højere kompleksitet. Nogle funktionsnedsættelser ”ses” derfor først efter udskrivelse, hvorfor opmærksomheden bør være på dette i den kommunale visitation og revisitation af forløbene.

Punkt 5.4 *”Patienter med dysfagi, hvor der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration, eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG)”* DSNR mener, at dysfagi altid er forbundet med risikoen for fejlsynkning

DSNR mener der er et ubeskrevet område for patienter med dysfagi imellem karakteristika for basale og avancerede behov, hvor patienten beskrives i begge kategorier med dysfagi, hvor der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration eller hvor der er anlagt permanent ernæringssonde. Der mangler således en angivelse af, på hvilket niveau retningslinjen forventer, at genoptræning af synkefunktion, herunder optræning af synkefunktion og delvis/hel stillingtagen til seponering af ernæringssonde skal finde sted.

DSNR mener, at dysfagi med risiko for fejlsynkning, samt optræning af synkefunktion hører til på avanceret niveau, evt. med bistand fra det specialiserede niveau.

Punkt 8.1 Der nævnes en række indsatser, som det specialiserede rehabiliteringstilbud omfatter, herunder sygepleje og medicinsk behandling. DSNR finder, at der er behov for en præcisering af, om ”kan omfatte” eller ”skal omfatte”. Som det læses, kan det opfattes som ”skal”, hvilket formentligt vil begrænse mulighederne for specialiserede rehabiliteringstilbud, ligesom det langt fra vil være alle patienter, der har behovet for specialiseret neurosygepleje eller neurologisk speciallæge. Endvidere finder DSNR andre indsatser som rehabilitering ved neuropsykolog, audiologopæd eller neuropædagogik som relevante.

Visitationsretningslinjen skelner mellem 1) specialiseret genoptræning i sygehusregi og 2) specialiseret rehabilitering.

Den specialiserede rehabilitering omhandler helhedsorienteret rehabilitering, som går på tværs af sektorer og består af indsatser fra forskellige faggrupper, hvoraf mange ikke hører under sundhedsområdet (f.eks. neuropsykologer, logopæder, socialrådgivere og specialpædagoger)

De kvalitetskrav som visitationsretningslinjen beskriver for den specialiserede rehabilitering, har imidlertid et snævert sundhedsfagligt sigte og omhandler kun tilbud til personer med omfattende bevægeforystyrrelser og andre væsentlige fysiske funktionshæmninger. Her er den rent sundhedsfaglige kvalitet naturligvis vigtig. Kapitlet forholder sig imidlertid ikke til gruppen med væsentlige kognitive, emotionelle, adfærdsmæssige og sociale funktionshæmninger, som også har behov for specialiseret rehabilitering.

DSNR er meget bekymret for, om visitationsretningslinjen kan komme til at forhindre, at den gruppe kan blive tilbudt den specialiserede rehabilitering som f.eks. tilbydes på landets hjerneskadecentre. Som det står nu, vil mange af disse specialiserede centre ikke leve op til de snævre sundhedsfaglige krav, som er beskrevet i kapitel 8. De vil ikke kunne kalde sig specialiserede, hvilket (i endnu højere grad end i dag) vil få kommunerne til at fravælge dem. Så meget desto mere, da det fremgår, at kapitel 8 skal fungere som en støtte til kommunernes visitation til specialiseret rehabilitering. Det har næppe været regeringens intention med det arbejde, som blev sat i værk efter evalueringen af kommunalreformen.

#### Bilag 4

I bilag 4 vurderes, at en fortsat udvikling af tilbuddene kommunalt på avanceret niveau vil medføre en reduktion af behovet for genoptræningsplaner til specialiseret rehabilitering. DSNR mener, at der fortsat må være bevågenhed på, at patienter, som har komplicerede og mindre hyppige problemstillinger, har behov for rehabilitering af høj kvalitet og ekspertise. En sådan ekspertise er vanskelig at oparbejde ved meget lav kontakt med patientgruppen, hvorfor det vil være usandsynligt at ret mange kommuner vil kunne opretholde kompetencer i nødvendigt omfang til at varetage opgaven.

#### **Høringsvar vedr. udkast til Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade**

De ovenstående kommentarer i forhold til voksenområdet, og især omkring begrebsforvirring gør sig også gældende i forhold til børn og unge.

DSNR ser positivt på at genoptræning og rehabilitering af børn og unge i retningslinjen ikke angives at kunne foregå på basalt niveau, samt at der lægges op til en høj grad af samarbejde med det specialiserede niveau.

Vores høringsbemærkninger i forhold til kapitel 8 er for stor dels vedkommende de samme for børn og unge som for de voksne, dog ser vi en endnu større problemstilling i fht. at de ganske få specialiserede tilbud der findes på landsplan vil have mulighed for at kalde sig specialiserede i fht. de krav der er til fx antal ansatte indenfor en bestemt kategori af sundhedspersonale.

På vegne af bestyrelsen for DSNR



**Lis Petersen**  
**Formand for DSNR**

Til Sundhedsstyrelsen

Den 25. november 2014

## Hjerneskadeforeningens høringssvar på udkast af 5. november 2014 til faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade

Hjerneskadeforeningen har en række kommentarer, kritik- og bekymringspunkter samt anbefalinger til de to høringsudkast om visitationsretningslinje til henholdsvis voksne og til børn og unge.

Dette høringssvar indeholder vores kommentarer til Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade, men skal også ses i sammenhæng med Hjerneskadeforeningens høringssvar på Faglig Visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade. Punkterne er angivet i ikke-prioriteret rækkefølge.

### 1. Borgerens aktive involvering

Hjerneskadeforeningen finder det væsentligt, at det fremgår, at en hensigtsmæssig indsats altid foregår sammen med borger og pårørende, og at borgeren er og skal være i centrum.

Visitationsretningslinjen taler om genoptræning og rehabilitering TIL voksne - alene som en faglig metode og med personalefaglige krav. Borgerne forsvinder dermed helt.

Selv om visitationsretningslinjens målgrupper er fagpersoner i både regioner og kommuner, finder Hjerneskadeforeningen det væsentligt at fremhæve borgerens/de pårørendes aktive involvering. Det er helt centralt i rehabiliteringsbegrebet, at der er tale om en samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk.

MTV'en dokumenterer fx i sin patientanalyse<sup>1</sup>, at personer med hjerneskade har behov for aktiv involvering i form af terapeutiske og pædagogiske tilgange, der fremmer personens motivation, autonomi og oplevelse af selv at kunne mestre livssituationen bedre. Analysen understreger således, at et samspil med andre, hvor der er forståelse, og hvor der skabes muligheder, er befordrende for, at personen med hjerneskade udvikler en ny positiv forståelse af sin livssituation.

### 2. Specialiseringsniveauer i Sundhedsstyrelsens faglige visitationslinje og den centrale udmelding fra Socialstyrelsen<sup>2</sup>

I disse dokumenter anvendes forskellige definitioner af specialiseringsniveauer og begrebet ”specialiseret”.

F.eks. fremgår det af tabellen på side 11 i udkastet til visitationsretningslinjer, at der efter udskrivningen er foranstaltninger både inden for Sundhedsområdet (venstre spalte i tabellen) og inden for Socialområdet (højre spalte). Forskelle i aktiviteter er forventelige, da der er tale om to

<sup>1</sup> Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering pkt.5.8, side 147

<sup>2</sup> Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Socialstyrelsen 1. november 2014



# HJERNESKADE FORENINGEN

LIV DER REDDES - SKAL OGSÅ LEVES

ressortområder. Sundhedsstyrelsens udkast refererer da også til forløbsprogrammet for voksne med erhvervet hjerneskade og omfatter genoptræning og rehabilitering af mentale og fysiske funktionsnedsættelser. Men det samme gør den centrale udmelding fra Socialstyrelsen<sup>3</sup>, blot med nogle andre inddelinger efter specialiseringsniveauer.

Hjerneskadeforeningen finder, at den manglende sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige visitationsretningslinje og den centrale udmelding fra Socialstyrelsen er problematisk og gør det vanskeligt at sikre faktisk sammenhæng og reelt samarbejde i praksis om borgerens rehabiliteringsproces.

### 3. Inddragelse af andre væsentlige rehabiliteringsområder

Sundhedsstyrelsens faglig visitationsretningslinje om genoptræning og rehabilitering til voksne og Socialstyrelsens Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade henviser til hinanden og beskriver forskelle i specialiseringsmodeller. Det er prisværdigt, at de to styrelser/ressortområder samarbejder på det komplekse hjerneskadeområde, hvor både lidelse, organisering og indsats har kompleksitet.

Hjerneskadeforeningen mangler imidlertid et nærmere samarbejde med to andre områder, som har betydning for rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskade, nemlig beskæftigelsesområdet og undervisningsområdet. En effektiv rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade vil for alle i erhvervsaktiv alder betyde behov for en beskæftigelsesmæssig og evt. uddannelsesmæssig rehabilitering. Der er følgelig behov for en stratificering på samme måde, som det nu er forsøgt udviklet på sundhedsområdet og det sociale område.

De 6 hjerneskadecentre i Danmark, hvoraf 5 er ambulante, har været de drivende kræfter i udvikling af hjerneskaderehabilitering efter udskrivelse, og tilbyder - trods forskel i organisering, forankring og primært lovgrundlag – en tværfaglig neuropsykologisk og teambaseret rehabilitering. Det matcher MTV rapportens konklusioner om, at der er god evidens for effekt af multidisciplinær, teambaseret rehabilitering<sup>4</sup>. I hjerneskadecentrenes tværfaglige rehabilitering indgår elementer som behandling, genoptræning, træning, rehabilitering, støtte og undervisning i kompensationsstrategier og beskæftigelsesmæssig rehabilitering som sammenhængende og dynamiske interventioner.

Hjerneskadeforeningen efterlyser centrale anvisninger og retningslinjer, som også indeholder retningslinjer og specialiseringsniveauer på beskæftigelsesområdet og undervisningsområdet. Vi vil genforeslå, at der udarbejdes en særlig rehabiliteringslovgivning. Det kan skabe en enklere vej i rehabiliteringen ved at samle de mange genoptrænings- og rehabiliteringsmuligheder, som findes i de forskellige sektors forskellige lovgivning<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Bilag 1 til central udmelding, pkt. 4, side 6 -7

<sup>4</sup> Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering pkt.3.6, side 104 ff

<sup>5</sup> Jfr. f.eks. Vejledning om Kommunal rehabilitering, der oplister 11 §§ i Sundhedsloven, 12 §§ i Serviceloven, 8 §§ og kapitler i beskæftigelseslovgivningen og 3 §§ i undervisningslovgivningen

#### **4. Retningslinjer for genhenvi sning/tilbageløb og retningslinjer/procedurer for ikke-færdigudredte, genhenviste, revurderede eller revisiterede borgere**

En genoptræningsplan udarbejdes ved udskrivelse og indeholder anbefalinger for den videre indsats, som kommunen har ansvar for og skal finansiere. Det fremgår af bekendtgørelse om genoptræningsplaner, at kommunen ikke kan tilsidesætte den lægefaglige vurdering af patientens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov, herunder om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

I visitationsretningslinjen lægges der op til, at der kun udarbejdes én genoptræningsplan for det samlede genoptræningsforløb. Det er dog ikke altid muligt at vurdere alle følger og deres konsekvenser i sygehusregi. F.eks. kan mange kognitive og andre mentale følger af hjerneskaden først manifestere sig efter et afsluttet sygehusophold.

Det medfører, at problemstillinger ofte først registreres efter udskrivelse, når borgeren er tilbage i sine vante omgivelser, skal vende tilbage til arbejde/uddannelse eller er på et døgnrehabiliteringstilbud. Grunden hertil er, at der i sygehuspraksis lægges stor vægt på hurtige indlæggelsesforløb. Dermed er der også forløb, hvor en borger ikke er færdigudredt på sygehus inden udskrivning. Det er derfor helt centralt, at visitationsretningslinjerne også indeholder retningslinjer om genindlæggelse/tilbageløb.

Det er i dag ikke en reel mulighed at blive genindlagt på en specialiseret sygehusafdeling, heller ikke via praktiserende læge og henvisning fra denne til neurologisk speciallæge. Derfor finder Hjerneskadeforeningen det nødvendigt, at retningslinjerne indeholder klare regler for genindlæggelse/tilbageløb.

Endvidere anbefaler vi, at det som standard i en genoptræningsplan skal fremgå, at der *senere i forløbet* kan være behov for genoptræning på avanceret/specialiseret niveau eller for specialiseret rehabilitering. Og det må præciseres, at også kommunerne i deres opfølgning/justering<sup>6</sup> skal tage stilling hertil.

Der peges i retningslinjen på mulighed for ambulant kontrol fx efter 3 måneder<sup>7</sup> for at vurdere behovet. Men en ambulant kontrol er ikke i alle tilfælde tilstrækkelig, lige som der mangler ambulatoriekapacitet.

Det er heller ikke tilstrækkeligt, at borgerne ”eventuelt senere vil blive henvist via deres praktiserende læge til sygehuse med henblik på udredning”<sup>8</sup>. Ofte kan sygehusene ikke modtage dem pga. nye akutte patienter i sengene og manglende tilbageløbsambulatorier.

Det er heller ikke tilstrækkeligt at fastslå, at den praktiserende læge overtager behandlingsansvaret efter udskrivelse, når det i øvrigt er kommunen, der overtager ansvaret for genoptræning og rehabilitering. Dette mangler uddybning i retningslinjen.

<sup>6</sup> Udkastets pkt. 3.2.6, side 18

<sup>7</sup> Udkastets pkt. 4.1, side 21

<sup>8</sup> Udkastets pkt. 3.1.4, side 15



Dette er endnu et aspekt vedrørende ansvar og myndighed, som bør præciseres. Ansvar og myndighed efter udskrivningen tildeles kommunerne men med den undtagelse, at *behandlingsansvaret*<sup>9</sup> er hos den praktiserende læge. Det er uklart, hvorledes dette skal forstås, eftersom den praktiserende læge ikke er direkte involveret i den kommunale genoptræning, og derfor ikke kan være ansvarlig for denne del af ”behandlingen”. Der er behov for afklaring af det sundhedsfaglige ansvar i forhold til den kommunale indsats.

Det er yderligere komplicerende, at samme afsnit fortsætter med at beskrive, at disse borgere alternativt kan dukke op i kommunalt regi, der så må henvise til rette rehabiliteringstilbud<sup>10</sup>. Dette overholder ikke den i kapitel 3 beskrevne ansvarsfordeling, dvs. sygehusets ansvar for udredning, behandling og genoptræning under indlæggelse<sup>11</sup> og sygehusets lægefaglige ansvar for en genoptræningsplan. Og kommunerne kan ikke indlægge borgerne eller henvise til ambulatorier, dette kræver en lægefaglig henvisning/visitation.

Det må videre tilføjes, at det i den konkrete genoptræningsplan som en standard skal fremgå, at der *senere i forløbet* kan være behov for genoptræning på avanceret/specialiseret niveau eller for specialiseret rehabilitering. Og det må præciseres, at også kommunerne i deres opfølgning/justering<sup>12</sup> skal tage stilling hertil.

Hjerneskadeforeningen efterlyser med andre ord tydelige retningslinjer/procedurer for ikke-færdigudredte, genhenviste, revurderede eller revisiterede borgere.

## 5. Patienttal

Hjerneskadeforeningen efterlyser genindførelse af en populationsanalyse, analysen i ”Udkast af 6. juni 2014 til visitationsretningslinje” er forsvundet og erstattet af Tabel 1 og Tabel 2 bilag 4 til visitationsretningslinjen. Det er dog vores opfattelse, at der fortsat er behov for en fyldestgørende populationsanalyse.

Tabel 1 og Tabel 2 omfatter hhv. 4842 og 4730 personer, der har fået genoptræningsplaner. Heraf slutter man, at i alt ca. 9000 har fået sådanne. Men det fremgår ikke, om der er personoverlap, således at den samme person er talt med i begge opgørelser.

Ser man på det kriterium for behov for længerevarende genoptræning, som Sundhedsstyrelsen anvendte i redegørelsen fra 1997 ”Behandling af traumatisk hjerneskade og tilgrænsende lidelser”, nemlig at patienten har været indlagt i mindst 14 dage, kommer man i bilag 1 frem til et antal på 4828, i forbløffende overensstemmelse med ovennævnte Tabel 1 i bilag 4. Dette tyder på, at kriteriet fra 1997 fortsat er gyldigt som bud på behovet for rehabilitering efter sygehusfasen.

<sup>9</sup> Udkastets pkt. 3.1.1, side 14

<sup>10</sup> Udkastets pkt. 3.1.4, side 15

<sup>11</sup> Udkastets pkt. 3.1.1, side 14

<sup>12</sup> Udkastets pkt. 3.2.6, side 18



# HJERNESKADE FORENINGEN

LIV DER REDDES - SKAL OGSÅ LEVES

Af forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade side 43 fremgår: "Grundet de mange forskellige symptomkombinationer ved erhvervet hjerneskade samt variation i sværhedsgrad og kompleksitet, er der behov for graduerede rehabiliteringstilbud. anbefalinger til tilrettelæggelsen af disse tilbud bygger på det generelle princip, at 'øvelse gør mester'. Det betyder, at der forudsættes et vist volumen for at opretholde tilstrækkelige kompetencer i og erfaring med behandling og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade – både på regionalt og kommunalt niveau. Ud fra dette princip vil ikke alle regioner, sygehusafdelinger og kommuner selvstændigt kunne udbyde alle former for hjerneskaderehabilitering."

På baggrund heraf det er vigtigt at få defineret, hvor stort patientvolumen der skal til, for at et genoptrænings/rehabiliteringssted kan honorere kravet om at opretholde tilstrækkelige kompetencer i og erfaring med behandling og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade – både regionalt og kommunalt

**Tabel 1** viser antal nyttilkomne hjerneskadede pr. år med sandsynligt behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital

Søgning i Landspatientregisteret for 2008, udført 7-10/5-2010

v. specialkonsulent Steen Rasmussen, Sundhedsstyrelsen

\*) Excl. Sequelae og TCI, som giver ubetydelige antal indlagte > 13 dage.

	Traumatisk Hjerneskade (TBI)	Non-traumatisk Subarachnoidalblødning	Encephalopati (meget bred diagnosegruppe)	Infektioner	Maligne hjerne-tumorer	Benigne hjerne-tumorer	Apo-pleksi *)	Total	Pr Kommune á 43700 indbyggere
Totalt Antal Forløb	2337	987	3056	790	1264	795	11439	20668	
Heraf død inden 28 d.	283 = 12% af 2337	182 = 18%	373 = 12%	54 = 6.8 %	130 = 10%	26 = 3.3%	1757 = 15%	2805 = 14%	
Indlagt 0-13 dage	1723	692	2743	544	809	610	8719	15840	
Indlagt mere end 13 d.: Alder:									Omr. Faktor 43.700/ 5.411.307= 0.00808
0-14	22	2	6	56	18	3	10	117	0.95
15-24	58	0	8	8	10	4	6	94	0.76
25-34	44	8	10	10	8	4	14	98	0.79
35-44	46	41	20	18	37	11	52	225	1.82
45-54	85	84	44	31	68	22	175	509	4.11
55-64	83	75	65	40	120	39	367	789	6.34
65-74	104	57	67	44	107	45	580	1004	8.11
75-84	109	21	70	32	75	44	866	1217	9.83
85-94	56	7	21	7	12	13	612	728	5.88
95+	7	0	2	0	0	0	38	47	0.38
I alt Indlagt >13d	614 = 26% af totalt antal forløb med TBI	295 = 30%	313 = 11%	246 = 31%	455 = 36%	185 = 23%	2720 = 19%	4828 = 23%	39.0



## 6. Forpligtelse til tværkommunalt samarbejde om hjerneskaderehabilitering og til en koordineret indsats

Hjerneskadeforeningen henviser her til tabel 1 i dette høringssvar. Af særlig interesse er her den yderste højre kolonne, hvor det er beregnet, hvor mange nyttilkomne, der vil være i en gennemsnitskommune med 43.700 indbyggere (dvs. gennemsnit af de 92 kommuner, der har mindre end 100.000 indbyggere). Det fremgår, at selv om man sammenlægger tallene for 3-4 aldersgrupper, så kommer antallene kun for de 65+-årige op på de ca. 15-20 nyttilkomne pr år, som vi med baggrund i praksis inden for genoptræning og rehabilitering må anse for minimum for opnåelse og opretholdelse af ekspertise. Det vil sige, at det for navnlig de yngre grupper er nødvendigt med et obligatorisk krav om samarbejde omkring større genoptræningssteder end svarende til en enkelt kommune.

Populationen af yngre har – ud over behov for en sundhedsfaglig genoptræning – ofte behov for en specialiseret uddannelses/arbejdsrehabilitering og en specialiseret social rehabilitering.

På baggrund af disse forhold må visitationsretningslinjen også indeholde en tydeliggørelse af den kommunale forpligtelse til tværkommunalt samarbejde på alle områder.

Regeringen og et stort flertal af Folketingets partier har i "Aftale om en kvalificeret indsats for grupper med særlige behov" af 13. november 2013 udtalt, at kommunerne skal samarbejde om at levere de mest specialiserede tilbud. Hjerneskadeforeningen efterlyser, at dette fremgår tydeligt af visitationsretningslinjen.

Hjerneskadeforeningen genfremsætter endvidere tidligere forslag til organisering, udvikling og finansiering af morgendagens hjerneskaderehabilitering, som er en model for forpligtende kommunalt samarbejde og brug af hjerneskadetilbud, der yder specialiseret rehabilitering. Dette vedlægges som bilag 1.

Behovet for sikring af specialiserede hjerneskadetilbud og tværkommunalt samarbejde understøttes af Kommunernes Landsforening i udspillet En styrket rehabilitering af borgere med hjerneskade, hvor det anbefales, at:

- Alle kommuner skal sikre, at borgerne har adgang til specialiseret hjerneskaderehabilitering, enten i egne tilbud, i tværkommunale tilbud eller ved samarbejde med specialiserede tilbud
- Der skal skabes økonomisk bæredygtighed for de mest specialiserede tilbud
- Der sker en konsolidering blandt de mest specialiserede tilbud på hjerneskadeområdet, som resulterer i få, stærke vidensmiljøer, som både kan bistå kommunerne i rehabiliteringsarbejdet og understøtter den faglige udvikling og forskning
- Der udvikles nationale standarder for tværfaglige og monofaglige kompetencer i den

- specialiserede rehabiliteringsindsats
- Alle kommuner skal dokumentere deres indsats på hjerneskadeområdet

Hjerneskadeforeningen finder det videre helt afgørende, at en koordinerende funktion er obligatorisk i alle kommuner. En sådan indsats nævnes kun som en mulighed. Det må være en selvfølge, at den koordinerende funktion i form af en hjerneskadekoordinator gøres obligatorisk, dels af hensyn til den interne kommunikation mellem de 4 rehabiliteringsområder: sundheds- beskæftigelses- undervisnings- og det sociale område, dels af hensyn til koordinering af samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere og de pårørende.

### **7. Kapacitet til længerevarende, evt. ambulans specialiseret genoptræning**

Det beskrives, at patienter med behov for genoptræning på specialiseret niveau ikke skal visiteres til genoptræningsindsatser af kommunen, idet sygehuset varetager patientens samlede genoptræningsbehov så længe der er behov for genoptræning på specialiseret niveau.<sup>13</sup>

På sygehuse med neurologisk afdeling, på apopleksiafdelinger og på de to afdelinger for højt specialiseret genoptræning, henholdsvis Hammel Neurocenter og Hvidovre Hospital, afdeling for højt specialiseret neurorehabilitering (udfunktion fra Glostrup sygehus), udføres indledende genoptræning. Liggetider på disse specialafdelinger er gennem årene aftaget støt og markant, hvilket skaber behov for videregående genoptræning efterfølgende. Ingen af landets neurologiske afdelinger har os bekendt kapacitet hertil, heller ikke ambulans. Videregående specialiseret genoptræning under indlæggelse foregår kun få steder.

### **8. Nye definitioner af målgrupper og personalekrav til specialiseret rehabilitering<sup>14</sup>**

Som nævnt ovenfor (se punkt 3) kræver f. eks. rehabilitering af mennesker i den erhvervsaktive alder ofte en særlig og specialiseret uddannelses – eller arbejdsrehabilitering og ofte også en specialiseret social rehabilitering for at øge borgerens mulighed for at kunne varetage de mange forskellige sociale roller som arbejdstager, forælder etc. Som det fremgår af tal fra Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 1997, i vores Tabel 1 omregnet på alder i en gennemsnitskommune, er der tale om en relativt begrænset gruppe i en gennemsnitskommune.

Hidtil er anvendt nogle få ambulante hjerneskadecentre, nemlig Center for Hjerneskade i København, Hjerneskadecentret-BOMI i Roskilde, Odense Hjerneskadecenter, Aarhus Hjerneskadecenter og Aalborg Hjerneskadecenter.

Disse har gennem årene udviklet en betydelig og specialiseret viden om specialiseret ambulans rehabilitering – herunder specialiseret uddannelses/arbejdsrehabilitering og social rehabilitering - på hjerneskadeområdet. Denne rehabilitering bygger på en holistisk, neuropsykologisk styret rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskadede. Med denne hovedvægt på neuropsykologien honorerer disse specialtilbud det forhold, at mentale deficits i mange tilfælde er af størst betydning for patienterne, fremfor fysisk-førlighedsmæssige deficits.

<sup>13</sup> Udkastets pkt. 6.2.1, side 35

<sup>14</sup> Udkastets pkt. 8, side 42 ff

Visitationsretningslinjen nævner også flere steder at vurderingen af mentale følger samt en indsats rettet mod forstyrrelser inden for disse domæner er af afgørende betydning. Dog lader de nye definitioner og personalekrav til at spænde ben for det fortsatte virke af specialiserede ambulante tilbud. Ambulante tilbud skal jf. visitationsretningslinjen varetage alle opgaverne året rundt, hvilket de eksisterende tilbud ifølge deres natur som ambulante ikke gør. Hvis dette udkast bliver gældende, risikerer vi, at henvisning til disse tilbud umuliggøres.

Hjerneskadeforeningen betragter disse tilbud som de mest givende med hensyn til de vigtigste deficits – de kognitive og mentale følger. Centrene er således helt centrale aktører i specialiseret hjerneskaderehabilitering – også i forhold til at kvalificere kommunal indsats. Hjerneskadecentrene må derfor sikres mulighed for at fortsætte deres specialiserede indsats, samt deres undervisning og supervision af kommunale fagpersoner.

I tillæg hertil er Hjerneskadeforeningen uenig i den betoning, der er på en sundhedsfaglig autorisation, mens udkastet beskriver, at neuropsykologer og audiologopæder ikke er autoriserede sundhedspersoner<sup>15</sup>. Autorisation og specialistuddannelse inden for det sociale område (psykologer, audiologopæder) skal anerkendes på lige fod med sundhedsautorisation. Det skal derfor ændres til, at disse fagpersoner er autoriserede under et andet ministerium.

Udmeldingen om højtuddannede fagpersoner med fler-årige specialist-efteruddannelser som uautoriserede står i stærk kontrast til, at de nævnte fag har kernekompetencer og de højeste uddannelser inden for det område, der i udkastet anføres som værende det vigtigste for de fleste med erhvervet hjerneskade, nemlig mentale og kommunikative deficits.

### **9. Overvågning, opfølgning, dokumentation og forskning**

Da der er tale om et nyt regelgrundlag, som er sektoroverskridende, idet det giver anvisninger til både regionernes sundhedsfaglige personale på sygehusene og til kommunernes visiterende myndighedspersoner, er det centralt, at effekten og udviklingen overvåges nøje.

Det må være et krav, at kommunerne fra indførelsen udarbejder resultatopgørelser, dvs. redegør for og dokumenterer fx mængden af forløb på de forskellige specialiseringsniveauer, hvilke tilbud, der er iværksat, hvad virkningen har været mv., og at regionerne tilsvarende redegør for genoptræningsplanerne. Der må derfor fra centralt hold udsendes retningslinjer for og systematiske skemaer til denne dokumentation.

De centrale instanser må efterfølgende – første gang efter 2 år - samle op på og evaluere virkningen af visitationsretningslinjerne og justere grundlaget ved behov herfor. KORA vil kunne indgå i dette. Målet er en retningslinje, der bygger på evidens, som ikke bare bygger på forskning på specialiseret niveau, men også på basalt og avanceret niveau. Forskning og metodeudvikling skal samles til én fælles bølge.

Hjerneskadeforeningen finder, at forpligtelsen til dokumentation for indsats og effekt må ligge både i forhold til basalt, avanceret og specialiserede niveauer, og ikke alene hos sundhedsfaglige

<sup>15</sup> Udkastets pkt. 1.5.1, side 10 og pkt. 8, side 42


medarbejdere, men også hos sociale, beskæftigelses – og undervisnings fagpersoner.

### **10. Sprogbehandling**

De to høringsudkast har en bred målgruppe bestående af mange forskellige faggrupper, sundhedspersonale og medarbejdere ansat i socialektoren og sundhedsvæsenet. Målgruppen er kendetegnet ved at have kompetencer på forskellige niveauer. Det er en stor og væsentlig formidlingsopgave, at de mange faggrupper forstår og anvender de retningslinjer, der er beskrevet i teksterne.

Hjerneskadeforeningen anbefaler en gennemskrivning, redigering og reduktion i sideantallet, som vil gøre det mere overkommeligt for målgruppen at læse og forstå teksterne. I modsat fald risikerer vi, at de to tekster kun får ringe indflydelse på den daglige genoptrænings/rehabiliteringsindsats i regioner og kommuner

Med venlig hilsen



Niels-Anton Svendsen  
Landsformand

Bilag 1: Hjerneskadeforeningens forslag til organisering, udvikling og finansiering af morgendagens hjerneskaderehabilitering.





## Til medlemmerne af Folketinget.

3. april 2013

### Hjerneskadeforeningens forslag til organisering, udvikling og finansiering af morgendagens hjerneskaderehabilitering.

Efter strukturreformens ikrafttræden har der været meget fokus på konsekvenserne for borgere, der i deres livsforløb pludselig rammes af en hjerneskada. Problemerne har været så udtalte, at Hjerneskadeforeningen forventer, at der vil ske ændringer i forbindelse med den politiske proces i kølvandet på evalueringsrapporten.

Her er Hjerneskadeforeningens forslag til en løsning.

I Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer fra 2011 opdeles forløbet i 4 faser:

Fase 1: Den akutte sygehusbehandling

Fase 2: Rehabilitering på sygehus

Fase 3: Rehabilitering efter udskrivning fra hospital

Fase 4: Den livslange rehabiliteringsproces

Især fase 3 har vist sig at være problematisk efter at opgavevaretagelsen blev decentraliseret til 98 kommuner, der i adskillige tilfælde ikke rådede over den nødvendige faglighed og tværgående organisatorisk systematik til at vurdere den hjerneskaderamtes potentiale samt viden om, hvor der var tilbud, der kunne hjælpe borgeren godt på vej tilbage til et liv så tæt som muligt på livet før hjerneskaden.

Danmark har som bekendt ratificeret FNs konvention om rettigheder for personer med handicap og Hjerneskadeforeningen skal i den forbindelse henviser til, at vores forslag efter vores opfattelse er i fuld overensstemmelse med konventionens principper herunder konventionens artikel 26 om habilitering og rehabilitering.

Hjerneskadeforeningen har siden 2011 haft en god og konstruktiv dialog med KL og opnået en højere grad af fælles forståelse for problemstillingerne, udfordringerne og mulige løsninger.

KL udsendte i september 2012 10 anbefalinger til kommunerne om hvordan de bør gribe opgaven an. Anbefalinger som klart afspejler den gennem dialog opnåede større fælles forståelse. Hjerneskadeforeningen er meget enige mht. anbefalingerne, men vi ønsker at gå et skridt videre, som imidlertid forudsætter Folketingets opbakning. Vores model er meget inspireret af forliget om det ny sociale tilsyn.

Vores tanker og ideer tager udgangspunkt i følgende:

- Opgavevaretagelsen i fase 3 skal fortsat være placeret hos kommunerne, da rehabilitering ud over den sundhedsmæssige rehabilitering omfatter rehabilitering i forhold til fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesmæssige og sociale



forhold, hverdagsrehabilitering mm. – områder, der alle ligger indenfor den kommunale myndighedsportefølje. Områder hvor der alt andet lige på det generelle niveau er en større erfaringssum hos kommunen end på sygehuset.

- Borgeren og dennes pårørende skal sikres en hurtig, effektiv og kvalificeret indsats, uanset hvor i landet man bor. Indsatsen skal komme til udtryk i form af en samlet rehabiliteringsplan baseret på høj og bred neurofaglig viden.
- Der skal sikres et kvalificeret vidensflow fra hospital til kommune – og uden pause fra udskrivning til hjerneskadecentret tager over.
- Fastholdelse af nærhedsprincippet, men ikke på bekostning af kvalitetsprincippet.
- Der må ikke bruges ressourcer på unødigt bureaukrati.
- Den nuværende markedsstruktur, der har spillet fallit, erstattes af en incitamentstruktur.
- Hjerneskaderehabilitering er et udviklingsområde, så en organisering skal sikre fokus på forskning, dokumentation og udvikling med inddragelse af nyeste viden

## Organisering

Hjerneskadeforeningen forestiller sig en organisering bygget op omkring:

- 1 evt. 2 udviklings- og kompetencecentre placeret udenfor sygehusregi, da deres fokus skal være den brede spektrede hjerneskaderehabilitering, som er det kommunale ansvar.
- 5 – 6 decentrale inter-kommunale hjerneskadecentre.

Alle drevet i et kommunalt fællesskab, der sikrer ejerskab og indflydelse.

I bestyrelsen bør der også være plads til repræsentanter for faglige eksperter, herunder fra de højt specialiserede sygehusafdelinger. Endvidere bør de relevante brugerorganisationer være repræsenteret.

Udviklings- og kompetencecentrene og de inter-kommunale hjerneskadecentre skal indgå i et forpligtende og formaliseret samarbejde.

## Målgruppe

Alle der har været indlagt mere end 13 dage som følge af en hjerneskade svarende til ca. 1.500 borgere pr. år på landsplan, eller hvor der foreligger en lægelig indstilling på grund af forventede komplicerede følger i forbindelse med skaden, samt de ca. 125-375 børn og unge, der hvert år pådrager sig en erhvervet hjerneskade, skal direkte henvises til udredning hos eksperter på hjerneskadecentrene med henblik på at få afdækket potentiale, udarbejdelse af en samlet rehabiliteringsplan og iværksættelse af den optimale rehabiliteringsproces.

## Brobygning mellem sygehus og kommune

Sygehusenes viden om de følger, der er hos den enkelte, de indsatser der har været iværksat, og de områder der skal optrænes, skal følge med borgeren ved udskrivning.

Ved etablering af inter-kommunale centre, skal information om patienten allerede under indlæggelsen videregives til hjerneskadecentrene i de tilfælde, hvor der forventes



komplerede følger af hjerneskaden eller antal indlæggelsesdage forventes at overstige 13 dage.

Det betyder adgang til specialiseret neurofaglig viden i overdragelsesprocessen til gavn for både borgerens videre forløb, de kommunale forvaltninger og på sigt samfundsøkonomien.

Hjerneskadecentrene vil have de nødvendige forudsætninger for at kunne anvende diagnoser og metodebeskrivelser, herunder også opfatte og inddrage mere specialiserede detaljer fra sygehusene, fordi de besidder en både tværfaglig og specialiseret viden om hjerneskaderehabilitering. En effektiv stratificering forudsætter viden på højt niveau.

Efter udskrivning fra hospital vil der i reglen være behov for en fortsat sundhedsfaglig baseret indsats og ikke mindst på grund af den accelererende udskrivning. En forudsætning for at det kan ske på kvalificeret vis er, at det sker på baggrund af retningslinjer fastsat af Sundhedsstyrelsen. Alternativet må være, at den skaderamte udskrives til specialiseret genoptræning i sygehusregi.

## Udviklings- og kompetencecenteret

Hjerneskaderehabilitering er fortsat et udviklings- og forskningsområde. Derfor anbefales det, at der etableres 1 evt. 2 udviklings- og kompetencecentre med følgende særlige opgaver:

- Forskning
- Metodeudvikling
- Uddannelse
- Dokumentation
- Ansvarlige for samarbejdet med og mellem de inter-kommunale hjerneskadecentre
- Supervision af de inter-kommunale hjerneskadecentre
- Opsamling og formidling af viden
- Ansvarlige for at der etableres samarbejde med Regionerne, Universiteterne, andre forskningsmiljøer samt etableres internationale kontakter.

For at sikre erfaring med praksis skal udviklings- og kompetencecentret også udføre konkrete rehabiliteringsopgaver, som beskrevet under de inter-kommunale hjerneskadecentre.

## Inter-kommunale hjerneskadecentre

Der etableres 5 - 6 hjerneskadecentre med en neurofaglig multidisciplinær medarbejderstab herunder neuropsykolog. Centrene placeres med en passende geografisk spredning. Et udgangspunkt kunne være de eksisterende centre, som i dag findes i Aalborg, Aarhus, Vejlefjord, Odense, København og Roskilde.

Deres opgave er dels at lave udredning, udarbejde en samlet rehabiliteringsplan samt varetage konkrete rehabiliteringsopgaver. De enkelte kommuner skal kunne trække på ekspertisen til rådgivning og vejledning i forhold til de opgaver, der løses i kommunen.

Opgaverne skal løses i et tæt samarbejde med de kommunale hjerneskadekoordinatorer.



## Rehabiliteringsplanen

Rehabiliteringsplanen for målgruppen udarbejdes af hjerneskadecentret i et tæt samarbejde med den skadede, familien og den kommunale hjerneskadekoordinator.

Udgangspunktet for rehabiliteringsplanen er en kvalificeret genoptræningsplan fra sygehuset.

Et rehabiliteringsforløb er et individuelt skræddersyet forløb og hjerneskadecentret skal sammen med borgeren tage stilling til, hvor rehabiliteringsforløbet bedst placeres: I borgerens hjem, på hjerneskadecentret, på en evt. arbejdsplads eller et helt andet sted. Rehabiliteringsplanen er bindende for det videre forløb, men skal naturligvis kunne justeres af hjerneskadecentret, hvis/når der er et fagligt begrundet behov herfor.

## Finansiering

Den rehabiliteringsindsats, som kommunerne er forpligtet til at yde, bør fremover finansieres af kommunerne gennem en forsikrings-/abonnementsordning, der sikrer den enkelte kommune et sikkert budgetteringsgrundlag, og sikrer hjerneskadecentrenes drift.

Ved at bruge forsikrings-/abonnementsordninger som finansieringskilde spares ressourcer til bureaukrati, det vil medføre et incitament for den enkelte kommune til at træffe beslutninger ud fra et kvalitetsprincip i stedet for en øjeblikkelig kortsigtet økonomisk gevinst, og det vil medføre, at en kommune, der rammes af ekstra mange sager et år, ikke får "ødelagt" deres økonomi.

I de tilfælde, hvor en rehabiliteringsopgave kan løses hjemme i bopælskommunen dækkes udgiften af det inter-kommunale hjerneskadecenter.

Denne løsning kunne også være et incitament for kommunen til at udvikle tilbud, der mht. kvalitet og intensitet fremadrettet vil kunne leve op til de svært hjerneskadedes behov for rehabilitering.

De særlige opgaver der er tillagt Udviklings- og kompetencecentret mht. forskning, uddannelse mv. finansieres via finansloven.

Også andre finansieringskilder kunne inddrages med reduceret bureaukrati til følge fx VISO-midler mm.

Hjerneskadeforeningen står naturligvis til rådighed med henblik på uddybning af vores forslag.

Med venlig hilsen



Niels-Anton Svendsen  
Landsformand for Hjerneskadeforeningen



Til Sundhedsstyrelsen

Den 25. november 2014

## Hjerneskadeforeningens høringssvar på udkast af 5. november 2014 til faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade

Hjerneskadeforeningen har en række kommentarer til de to høringsudkast om visitationsretningslinje til henholdsvis voksne og til børn og unge. Dette høringssvar handler om rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade

*Oversigt over de vigtigste anbefalinger/bemærkninger, som uddybes nærmere i det følgende:*

- Det anbefales, at ethvert dokument om behandling, genoptræning og rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade anerkender og medinddrager forældremyndighedens indehaver/indehavere som involveret part.
- Samarbejde mellem kommunerne bør ikke være en valgmulighed men en pligt og en forudsætning for opnåelse af tilstrækkelig ekspertise samt for forskning og metodeudvikling. Kommunal visitering til egne tilbud med minimale patientvolumina må ikke finde sted.
- Koordinatorfunktionen bør være obligatorisk til stede i enhver kommune.
- Der bør udøves den yderste forsigtighed med hensyn til vurdering af potentiale og rehabiliteringsbehov på et tidligt tidspunkt efter skaden.
- Tilbageløbsveje i tilfælde af fejlvurdering må specificeres nøje og også have rod i virkeligheden.
- For børn/unge ”uden rehabiliteringspotentiale”, som ikke skal have en GOP, bør der i sygehusfasen som minimum udarbejdes en specificeret plan for sekundær profylakse.
- I det fælleskommunale samarbejde omkring børn og unge med medfødt, henholdsvis erhvervet hjerneskade må der ikke ske sammenblanding af disse 2 grupper
- Opgavedelingen mellem Sundhed- og Socialsektoren bør klargøres. Det er den meget langt fra at være i det fremsendte udkast.
- Teksten om kravene til robusthed i den specialiserede indsats efter sygehusfasen udløser spørgsmålet: Skal ambulant specialiseret genoptræning og rehabilitering fortsat findes?
- Krav til dokumentation, forskning og metodeudvikling bør præciseres.
- Det bør præciseres, hvem der har det sundhedsmæssige ansvar for den kommunale genoptræning. Specielt bør den praktiserende læges ansvar præciseres og afgrænses.
- Større fokus undervisning.

### 1. Involvering af forældre

Det må være et krav, at ethvert dokument om behandling, genoptræning og rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade anerkender og medinddrager forældremyndighedens



# HJERNESKADE FORENINGEN

LIV DER REDDES - SKAL OGSÅ LEVES

indehaver/indehavere som involveret part. Det samme gælder den aktive rehabilitering af et barn eller en ung med erhvervet hjerneskade, uanset ressort, her skal forældre også involveres i videst mulige omfang.

Selv om visitationsretningslinjens målgrupper er fagpersoner i både regioner og kommuner, finder Hjerneskadeforeningen det afgørende, at det også fremgår, at en hensigtsmæssig indsats altid, når det drejer sig om børn og unge, foregår i et nært samarbejde med forældre. Forældrene har både det største ansvar og potentielt den største indflydelse i hele forløbet, hvilket må afspejles i hele visitationsretningslinjen.

## **2. Behov for samarbejde mellem kommuner som forudsætning for opnåelse af ekspertise og erfaring**

I Udkast af 5.november 2014 til visitationsretningslinie anføres side 5, at genoptræning og rehabilitering til børn og unge stiller store krav til organiseringen af indsatsen. Antallet af børn/unge med behov herfor skønnes at være omkring 125-375 nytilkomne pr år.

Afgørende for indsatsens kvalitet er et tilstrækkeligt patientgrundlag; Visitationsretningslinjen har intet bud herpå, men det forekommer rimeligt at antage, at udvikling og opretholdelse af ekspertise ikke kan ske med et patientgrundlag, der er mindre end 15-20 pr år.

I følgende tabel er på basis af visitationsretningsliniens tal udregnet, hvor mange nytilkomne børn og unge der er pr år pr kommune efter dennes størrelse

*Omtrentlige antal nytilkomne pr kommune pr år med behov for rehabilitering efter hjerneskade ifølge forløbsprogram for børn og unge.:*

**Ifølge side 5 i Udkast til Visitationsretningslinjen af 5/11 2014 for børn og unge påregnes der pr år i hele landet at tilkomme mellem 125 og 375 børn /unge i alderen 1 md-17 år, med behov for rehabilitering efter sygehusfasen.**

**Herudfra er beregnet antallet af nytilkomne pr år pr kommune**

Tallene kan sammenfattes som følger:

Indbyggertal:	Antal kommuner:	Antal nytilkomne pr år (1md-17 år)pr kommune med rehab-behov efter hospitalsfasen	Min	Max
<20.000 (2145-14227)	7		0,05-0,15	0,32-1,00
20.000 – 39.999	35		0,5-1,4	0,92-2,8
40.000 – 59.999	31		0,92- 2,8	1,4-4,2
60.000 til 79.999	13		1,4-4,2	1,9,-5,6
80.000 til 99.999	6		1,9-5,5	2,3-6,9
102.353-294.951	5		2,4-7,1	6,8-20
København 502.000	1		12	35
<b>Ialt</b>	<b>98</b>			

Det fremgår, at for 74% af kommunernes vedkommende (73 ud af 98) kan der pr år tilkomme ned til mindre end eet barn/ung pr år og i 43% (42 af 98 kommuner) højst 2,8 barn/ung med rehabiliteringsbehov, alt baseret på tal i Visitationsretningslinien.

Opmærksomheden henledes på Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for børn og unge side 38, hvoraf det fremgår, at ”der forudsættes et vist volumen for at opretholde tilstrækkelige kompetencer i og erfaring med behandling og rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskaide”. Arbejdsgruppen opfordres derfor til at definere, hvad der skal forstås ved ”et vist volumen” og beskrive, hvorledes et sådant kan nås. Men det er klart, at kun blandt de 6 største kommuner kommer antallet af nytilkomne op på/i nærheden af de 15-20 pr år, vi anser som minimum.

**Et samarbejde herom mellem kommuner er derfor bydende nødvendigt, om end sjældent i Dagens Danmark.** Som følge af sjældenheden og kompleksiteten må det i øvrigt tydeligt fremgå, at kommunal visitering til egne tilbud med minimale patientvolumina ikke må finde sted.

Vi henleder opmærksomheden på Aftale af 13.november 2013 om en kvalificeret indsats for grupper med særlige behov, ifølge hvilken Regeringen og et stort flertal af Folketingets partier gør opmærksom på, at Kommunalreformen indebar, at kommunerne **skal** samarbejde om at levere de mest specialiserede tilbud, som kræver særlige kompetencer på et højt fagligt niveau, der ikke altid kan være til stede i enhver kommune. Kommunernes landsforening anbefaler det samme i Publikationen fra 2011: En styrket rehabilitering af borgere med hjerneskaide.KL anbefaler, at

Kommunerne aftaler modeller, som sikrer et bedre økonomisk sikkerhedsnet for de mest specialiserede tilbud..

### **3. Lovområder, specialiseringsniveauer og andre rehabiliteringsområder**

Den manglende overensstemmelse mellem sundhedsområdet (på sygehuse og efter udskrivning) og socialområdet<sup>1</sup> er problematisk og gør det vanskeligt at sikre faktisk sammenhæng og reelt samarbejde i praksis - ikke mindst fordi specialiseringsniveauer og begrebet ”specialiseret” ikke er ens områderne imellem<sup>2</sup>.

Dette skyldes bl.a., at den sociale indsats ikke alene indeholder sociale indsatser men også elementer, der ligner og/eller indeholder sundhedsfaglig indsats. Det fremgår således, at kommunerne til børn og unge kan yde træning<sup>3</sup>, genoptræning<sup>4</sup>, undersøgelse og behandling<sup>5</sup>, anden hjælp og støtte<sup>6</sup> - som ved et barns behov for genoptræning kan være fysio- og ergoterapeutisk støtte - samt vedligeholdende træning<sup>7</sup>. Dertil kommer indsatser i særlige dagtilbud og hjemmetræning<sup>8</sup>. Dette kan i den sociale sektor iværksættes uden en lægefaglig vurdering. Med andre ord: det er nødvendigt med en klarere opgavedeling mellem sundhedssektor og socialsektor.

Samtidigt efterlyser vi et større fokus på undervisningsområdet, hvor det nok beskrives, at genoptræning/rehabilitering skal planlægges i sammenhæng med skoletilbud<sup>9</sup>, men hvor der især nævnes overgangssituationer<sup>10</sup>. På grund af den særlige kompleksitet bør eksperter inddrages i denne planlægning.

Undervisning er både en gennemgående og en meget betydningsfuld aktivitet for alle børn og unge, fordi undervisning yder væsentlige bidrag til den enkeltes fremtid, både socialt og fagligt. Dette gælder naturligvis også børn og unge med erhvervet hjerneskaade.

### **4. Forsigtighed med genoptræningsplaner/manglende genoptræningsplaner og mulighed for tilbagebøl. Behov for klar ansvarsfordeling.**

Der bør udøves den yderste forsigtighed med hensyn til vurdering af potentiale og rehabiliteringsbehov på et tidligt tidspunkt efter skade. Risikoen for, at en præmatur bedømmelse af rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotentiale<sup>11</sup> bliver en selvopfyldende profeti er meget stor, når det drejer sig om børn og unge. Det bør derfor fremhæves.

For børn/unge ”uden rehabiliteringspotentiale”, som ikke skal have en genoptræningsplan, bør der i sygehusfasen som minimum udarbejdes en specificeret plan for sekundær profylakse. Dette er nødvendigt for at undgå pinefulde senfølger. Her tænkes bl.a. på udvikling af spasticitet og

<sup>1</sup> Udkast til visitationsretningslinje pkt. 2, side 12

<sup>2</sup> Udkastets pkt. 2 og pkt. 2.1 side 12

<sup>3</sup> Vejledning om træning i kommuner og regioner pkt. 5, side 16

<sup>4</sup> Samme pkt. 5.1, side 17

<sup>5</sup> Samme pkt. 5.1.1, side 17

<sup>6</sup> Samme pkt. 5.1.2, side 18

<sup>7</sup> Samme pkt. 5.2

<sup>8</sup> Samme pkt. 5.3 side 18

<sup>9</sup> Udkastets pkt. 3.2.3

<sup>10</sup> Udkastets pkt. 3.2.5 side 19

<sup>11</sup> Udkastets pkt. 1.4.2 side 9 og pkt. 4.1 side 23



kontrakturer, og sikkerhed i forbindelse med ernæringstilførsel samt forebyggelse af sidde- og/eller liggesår.

Som følge heraf må tilbageløbsveje i tilfælde af fejlvurdering specificeres nøje og også have rod i virkeligheden. Endvidere må den foreslåede ambulante opfølgning og revurdering<sup>12</sup> være en forpligtelse, som kun ganske undtagelsesvis ikke iværksættes – og ikke blot være en anbefaling.

Mht. myndighed og ansvar i øvrigt fremgår, at behandlingsansvaret forbliver hos sygehuslæge eller den praktiserende læge<sup>13</sup>. Dette hænger ikke ganske sammen med det kommunale myndighedsansvar for den rehabiliteringsindsats, som kommunen etablerer. Vi mangler klarhed over, hvem der har det sundhedsfaglige ansvar for den kommunale indsats, når det beskrives, at *"kommunen har ansvaret for alle indsatser med et rehabiliterende sigte efter både den sociale lovgivning, lovgivningen på beskæftigelsesområdet og lovgivningen på undervisningsområdet"*<sup>14</sup>, men også at *"også på sundhedsområdet er ansvaret om rehabilitering primært placeret i kommunen"*<sup>15</sup>

## 5. Målgrupper og specialiseringsniveauer

### a. Specialiseret genoptræning på sygehus

Det anføres<sup>16</sup>, at patienter med behov for genoptræning på specialiseret niveau ikke skal visiteres til genoptræningsindsatser af kommunen, idet sygehuset varetager patientens samlede genoptræningsbehov, så længe der er behov for genoptræning på specialiseret niveau.

På sygehuse med pædiatrisk afdeling og på de to afdelinger for højt specialiseret genoptræning af børn og unge, henholdsvis Hammel Neurocenter og Hvidovre Hospital, afdeling for højt specialiseret neurorehabilitering (udfunktion fra Glostrup sygehus), udføres indledende genoptræning. Den sygehusbaserede genoptræning har gennem årene haft støt og markant aftagende liggetider. Der er dermed skabt behov for videregående genoptræning efterfølgende. Ingen af landets pædiatriske eller neurologiske afdelinger har os bekendt kapacitet hertil, heller ikke ambulante.

### b. efter udskrivelse

Vi er uenige i forslag om løsning på avanceret niveau set i relation til de funktionsnedsættelser, som foreslås løst<sup>17</sup> på dette specialiseringsniveau. Det gælder f.eks. dysfagi, som almindeligvis er et tegn blandt mange andre på svær hjerneskade og dermed emne for specialiseret genoptræning/rehabilitering, og som stort set altid fører til risiko for fejlsynkning/aspiration. Dette gælder også, hvis dysfagien er så svær, at ernæringssonde må anlægges. Her kan personer med "generelle kompetencer" komme til at påføre barnet/den unge en alvorlig lungebetændelse ved for hurtig infusion gennem sonden.

<sup>12</sup> Udkastets pkt. 3.1.4 side 16

<sup>13</sup> Udkastets pkt. 3 side 15

<sup>14</sup> Udkastets pkt. 3.2.1 side 17

<sup>15</sup> samme

<sup>16</sup> Udkastets pkt. 6.2.1 side 35

<sup>17</sup> Udkastets pkt. 5.2 side 30

Det gælder også nedsættelse af flere mentale funktioner som orienteringsevne, opmærksomhed og koncentration og i relation til sprog og kommunikation<sup>18</sup>, hvor netop de nævnte funktionsnedsættelser får betydelig indflydelse på barnets/den unges skolesituation og dermed fremtidige muligheder for uddannelse, beskæftigelse og i sociale sammenhænge i øvrigt. De særlige indsats, der nævnes i relation til skole og uddannelse kræver assistance fra specialister med faglig baggrund i specialiseret rehabilitering. Det må derfor præciseres, at der altid skal trækkes på og samarbejdes med disse specialister ved rehabilitering af børn og unge på avanceret niveau.

Udkastet peger på<sup>19</sup>, at det skal tilstræbes, at der findes ét rehabiliteringstilbud, som kan varetage barnet/den unges samlede rehabiliteringsindsats på specialiseret niveau inden for alle relevante områder<sup>20</sup>. Det vil da være glimrende, men hvor skal det ligge? For at dette kan sikres må der etableres en rejseholdsfunction på de to ambulante specialtilbud på børneområdet, Børnecentret i Virum og det udgående tilbud på Center for Hjerneskade. Alternativt må VISOs rådgivningsmuligheder udvides til også at omfatte længerevarende specialistbistand i rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade.

De nye definitioner, herunder krav til robusthed mm i den specialiserede indsats er efter sygehusfasen er ikke anvendelige på den sjældne og særligt komplekse rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade. Her ville ambulante specialiserede tilbud med rejseholdsfunction være en god løsning.

## **6. Samarbejde og koordination**

Samarbejde mellem kommuner bør være en pligt og ikke en valgmulighed. Fælleskommunalt samarbejde er en forudsætning for opnåelse af tilstrækkelig ekspertise samt for forskning og metodeudvikling i den sjældne og yderst komplicerede rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade<sup>20</sup>.

Koordinatorfunktionen i den enkelte kommune bør ligeledes være obligatorisk<sup>21</sup>.

Det er ikke forældremyndighedens indehavers opgave at forsøge at koordinere samarbejdet mellem de 4 kommunale søjler internt, eller samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere.

På trods af behovet for samarbejde på tværs for at øge volumen og dermed viden, må der dog ikke ske en sammenblanding mellem børn med medfødte og børn med erhvervede hjerneskader<sup>22</sup> idet dette ikke er fagligt forsvarligt. Vanskelighederne er måske i visse tilfælde sammenlignelige, men rehabiliteringsstrategier og livshistorie er væsensforskellige, sidstnævnte giver stigende forskel på de to forskellige grupper med stigende alder.

## **7. Overvågning, opfølgning, dokumentation og forskning**

Der er tale om et nyt regelgrundlag, som er sektoroverskridende, idet det giver anvisninger til både regionernes sundhedsfaglige personale på sygehusene og til kommunernes visiterende myndighedspersoner. Derfor er det helt centralt, at effekten og udviklingen overvåges nøje.

<sup>18</sup> Udkastets pkt. 5.2 side 29

<sup>19</sup> Udkastets pkt. 7.3 side 39

<sup>20</sup> Udkastets pkt. 5.1.2 side 29

<sup>21</sup> Udkastets pkt. 1.5.2 side 11

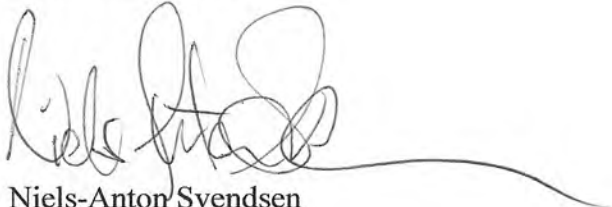
<sup>22</sup> Udkastets pkt. 3.2.5 side 19

Det må være et krav, at kommunerne fra indførelsen udarbejder resultatopgørelser, dvs. redegør og dokumenterer fx mængden af forløb på de forskellige specialiseringsniveauer, hvilke tilbud, der er iværksat, hvad virkningen har været mv, og at regionerne tilsvarende redegør for genoptræningsplanerne. Der må derfor fra centralt hold udsendes retningslinjer for og systematiske skemaer til denne dokumentation.

De centrale instanser må efterfølgende – første gang efter 2 år - samle op på og evaluere virkningen af visitationsretningslinjerne og justere grundlaget ved behov herfor. KORA vil kunne indgå i dette. Målet er en retningslinje, der bygger på evidens, som ikke bare bygger på forskning på specialiseret niveau, men også på basalt og avanceret niveau. Forskning og metodeudvikling skal samles til én fælles bølge.

Forpligtelsen til dokumentation for indsats og effekt må lægges både i forhold til basalt, avanceret og specialiserede niveauer, og ikke alene hos sundhedsfaglige medarbejdere, men også sociale, beskæftigelses – og undervisnings fagpersoner.

Med venlig hilsen



Niels-Anton Svendsen  
Landsformand

**Fra:** Anne Marie Lodahl [<mailto:frede-lodahl@mail.dk>]  
**Sendt:** 26. november 2014 18:04  
**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
**Emne:** Hjerneskadeforeningen - høringsvar voksne med senhjerneskade

## **Hjerneskadeforeningens høringsvar på udkast til faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade**

Hjerneskadeforeningen har en række kommentarer til de to høringsudkast om visitationsretningslinje til henholdsvis voksne og til børn og unge.

Hjerneskadeforeningens kommentarer, bekymringer, kritikpunkter og anbefalinger til visitationsretningslinje for voksne fremkommer først i en kort oversigtlig version, som uddybes i det efterfølgende.

### **Der mangler beskrivelser af betydningen af borgernes aktive involvering**

Hjerneskadeforeningen finder det væsentligt, at det også fremgår, at en hensigtsmæssig indsats altid foregår sammen med borger og pårørende, og at borger er og skal være i centrum. Det er helt centralt i rehabiliteringsbegrebet, at der er tale om en samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Dette fremgår ligeledes af MTV om hjerneskaderehabilitering.

### **Der mangler sammenhæng i de to rapporter**

Hjerneskadeforeningen finder, at den manglende sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige visitationsretningslinje og den centrale udmelding fra Socialstyrelsen er problematisk og gør det vanskeligt at sikre faktisk sammenhæng og reelt samarbejde i praksis - ikke mindst fordi specialiseringsniveauer i de to dokumenter er forskellige og begrebet ”specialiseret” ikke anvendes ens[1][1].

### **Der mangler inddragelse af andre væsentlige rehabiliteringsområder**

Hjerneskadeforeningen efterlyser centrale anvisninger og retningslinjer, som også indeholder retningslinjer og specialiseringsniveauer på beskæftigelsesområdet og undervisningsområdet. Hjerneskadeforeningen vil genforeslå, at der udarbejdes en særlig rehabiliteringslovgivning. Dette kan skabe en enklere vej i rehabilitering ved at samle de mange genoptrænings- og rehabiliteringsmuligheder, som findes i de forskellige sektors forskellige lovgivning[2][2].

### **Der mangler tydelige retningslinjer for genhenvi sning/tilbageløb**

En genoptræningsplan kan komme til at tegne hele forløbet. Det er ikke altid muligt at vurdere kognitive følger og deres konsekvenser i sygehusregi, fordi ikke alle konsekvenser kan udredes/iagttages på et sygehus.

Derfor anbefaler Hjerneskadeforeningen, at retningslinjerne indeholder klare regler for genindlæggelse/tilbageløb. Endvidere anbefaler vi, at det som standard i en genoptræningsplan skal fremgå, at der *senere i forløbet* kan være behov for genoptræning på avanceret/specialiseret niveau eller for specialiseret rehabilitering. Og det må præciseres, at også kommunerne i deres opfølgning/justering[3][3] skal tage stilling hertil.

Endvidere er der behov for afklaring af det sundhedsfaglige ansvar i forhold til den kommunale sundhedsfaglige genoptræningsindsats

---

[1][1] Udkast til visitationsretningslinje, pkt 2, side 11

[2][2] Jfr. f.eks. Vejledning om Kommunal rehabilitering, der oplister 11 §§ i Sundhedsloven, 12 §§ i Serviceloven, 8 §§ og kapitler i beskæftigelseslovgivningen og 3 §§ i undervisningslovgivningen

[3][3] Udkastets pkt. 3.2.6, side 18



## **Der mangler dokumenterede patienttal**

Hjerneskadeforeningen kritiserer, at populationsanalysen i forhold til forrige udgave er forsvundet og erstattet af Tabel 1 og Tabel 2 i bilag 4 til visitationsretningslinjen.

Hjerneskadeforeningen henviser her til Bilag 1 til dette hørings svar, hvor tal fra Sundhedsstyrelsens forløbsprogram er omsat i forhold til alder og forekomst i en gennemsnitskommune.

På baggrund heraf det er vigtigt at få defineret, hvor stort patientvolumen der skal til, for at et genoptrænings/rehabiliteringssted kan honorere kravet om at opretholde tilstrækkelige kompetencer i og erfaring med behandling og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade – både regionalt og kommunalt.

## **Der er i praksis manglende kapacitet til længerevarende, evt. ambulante specialiseret genoptræning**

På sygehuse med neurologisk afdeling, på apopleksiafdelinger og på de to afdelinger for højt specialiseret genoptræning, henholdsvis Hammel Neurocenter og Hvidovre Hospital, afdeling for højt specialiseret neurorehabilitering (udfunktion fra Glostrup sygehus), udføres indledende genoptræning. Liggetider på disse specialafdelinger er gennem årene aftaget støt og markant, hvilket skaber behov for videregående genoptræning efterfølgende. Ingen af landets neurologiske afdelinger har os bekendt kapacitet hertil, heller ikke ambulante. Videregående specialiseret genoptræning under indlæggelse foregår kun få steder.

## **Hjerneskadeforeningen er uenig i nye definitioner af og personalekrav til specialiseret rehabilitering[4][4]**

Hidtil er anvendt nogle få ambulante hjerneskadecentre, nemlig Center for Hjerneskade på Amager, Hjerneskadecentret-BOMI i Roskilde, Odense Hjerneskadecenter, Aarhus Hjerneskadecenter og Aalborg Hjerneskadecenter. Disse har gennem årene udviklet en betydelig og specialiseret viden om specialiseret ambulante rehabilitering – herunder specialiseret uddannelses/arbejdsrehabilitering og social rehabilitering - på hjerneskeområdet. Denne rehabilitering bygger på en holistisk, neuropsykologisk styret rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskade. Med denne hovedvægt på neuropsykologien kommer disse specialtilbud nærmest på at honorere det forhold, at mentale deficits, som det også fremgår af udkastet til visitationsretningslinjer, i mange tilfælde er af størst betydning for patienterne, fremfor fysisk-førlighedsmæssige deficits. Det bekymrer mig meget med alle med hjernerystelse, om de får en ordentlig udredning. Samtidig håber jeg der bliver lavet undersøgelser på, om borgere, som har fået tromboolyse ikke får usynlige hjernesker.

Hjerneskadeforeningen betragter disse tilbud som de mest givende med hensyn til de vigtigste deficits – de kognitive/mentale følger. Centrene er således helt centrale aktører i specialiseret hjerneskaderehabilitering – også i forhold til at kvalificere kommunal indsats. Hjerneskadecentrene må derfor sikres mulighed for at fortsætte deres specialiserede rehabilitering og deres undervisning og supervision af kommunale fagpersoner.

Hjerneskadeforeningen finder videre, at autorisation og specialistuddannelse inden for det sociale område (psykologer, audiologopæder) skal anerkendes på lige fod med sundhedsautorisation. Ordlyden i visitationsretningslinjen skal derfor ændres til, at disse fagpersoner er autoriserede under et andet ministerium.

## **Der mangler tydeliggørelse af forpligtelse til tværkommunalt samarbejde om hjerneskaderehabilitering**

Populationen af yngre har – ud over behov for en sundhedsfaglig genoptræning- ofte behov for en specialiseret uddannelses/arbejdsrehabilitering og en specialiseret social rehabilitering. Derfor må

---

[4][4] Udkastets pkt. 8, side 42 ff

visitationsretningslinjen indeholde en tydeliggørelse af den kommunale forpligtelse til tværkommunalt samarbejde.

Regeringen og et stort flertal af Folketingets partier har i ”*Aftale om en kvalificeret indsats for grupper med særlige behov*” af 13. november 2013 udtalt, at kommunerne skal samarbejde om at levere de mest specialiserede tilbud. Hjerneskadeforeningen ønsker, at dette fremgår tydeligt af visitationsretningslinjen.

**Der er behov for uddybning af forpligtelse til koordination – intrakommunalt, tværkommunalt og tværsektorielt**

Hjerneskadeforeningen finder det helt afgørende, at en koordinerende funktion skal være obligatorisk i alle kommuner. En sådan indsats nævnes kun som en mulighed. Det må være en selvfølge, at den koordinerende funktion i form af en hjerneskadekoordinator gøres obligatorisk, dels af hensyn til den interne kommunikation mellem de 4 rehabiliteringsområder: sundheds- beskæftigelses- undervisnings- og det sociale område, dels af hensyn til koordinering af samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere

**Der er behov for en bedre sprogbehandling**

Hjerneskadeforeningen anbefaler en gennemskrivning, redigering og reduktion i sideantallet, som vil gøre det mere overkommeligt for målgruppen at læse og forstå teksterne. I modsat fald risikerer vi, at de to tekster kun får ringe indflydelse på den daglige genoptrænings/rehabiliteringsindsats i regioner og kommuner

Med venlig hilsen

Anne Marie H. Lodahl

## **Notat til Sundhedsstyrelsen ang. sprogbehandlingen i Høringsudkast ”faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade” og visitationsretningslinje til voksne med erhvervet hjerneskade.**

Marianne Engberg.

29.11.14

### **Baggrund.**

Jeg er medlem af Hjerneskadeforeningens task force og har medvirket i foreningens høringssvar på de to ovennævnte høringsudkast. Sidste afsnit i foreningens høringssvar omhandler den skriftlige fremstilling.

I dette notat konkretiserer jeg den kritik af sprogbehandlingen, der kommer til udtryk i høringssvaret. Formålet er at gøre det lettere for Sundhedsstyrelsens skribenter at redigere de to tekster, så de kan opfylde deres formål; at formidle et vanskeligt forståeligt emne til de fagpersoner, der arbejder i feltet..

### **Sprogbehandlingen.**

De to høringsudkast har en bred målgruppe bestående af mange forskellige faggrupper, sundhedspersonale og medarbejdere ansat i social- og undervisningssektoren, og i sundhedsvæsenet. Målgruppen er kendetegnet ved at have kompetencer på forskellige niveauer. Det er en stor og vanskelig formidlingsopgave at sikre, at de mange faggrupper forstår og anvender de retningslinier, der er beskrevet i teksterne.

Hvis det mål skal nås, er det afgørende, at teksterne er sat ind i en logisk og systematisk ramme og skrevet i et klart, entydigt og let forståeligt sprog. Det vil sige 1. de er grammatisk korrekte, 2. de anvendte definitioner er i overensstemmelse med ord.net.dk, 3. der ikke er nyopfundne ord.. 4. der er ikke overflødige fyldord. 5. der er register med sidehenvisning og litteraturfortegnelse

Eksempler på de nævnte mangler er alle citeret fra retningslinierne for voksne. De samme problemer gør sig gældende i retningslinier for børn og unge.

#### **1. Grammatik**

side 11, 3 afsnit. Sætningen er på 31/2 linie. Der mangler punktum og sætningsopbygningen gør det nærmest umuligt at forstå indholdet. Der er adskillige eksempler på mangelfuld grammatik og alt for lang sætningsopbygning. Her er blot nævnt et.

#### **2. Definitioner.**

Side 8 afsnit 1.4.1 Visitation. Citat ”visitation er i ordets egentlige betydning en vurdering af alle relevante forhold hos en person, som har betydning for at henvise til den rette intervention”. Dels er der tale om dårligt næsten uforståeligt sprog, og dels er definitionen forkert. I henhold til Ordbog over det danske sprog betyder visitation:” indstilling eller henvisning til lægelig behandling eller sociale serviceydelse, foretaget på grundlag af faglig vurdering”.

Det er denne definition der bør anvendes og ikke den selvkomponerede, der bruges i teksten. Dermed er der også en dobbelt konfekt i titlen ”faglig visitationsretningslinje ---”, Med fordel kan den ændres til ”Retningslinier for visitation til genoptræning og rehabilitering – voksne med erhvervet hjerneskade”. Brug flertalsformen Retningslinier; der er mange af dem.

### **3. Nyopfundne og forkert anvendte ord.**

Side 5 "Indsatser" ordet anvendes mest almindeligt i ental, og det bør også være tilfældet her. Side 11, "hovedfunktioner", hvad er det? Side 15 afsnit 3.1.4 "sygehuskontakten", hvad er det, hvem er det?. 3.1.3 "udskrivelse", er et ord, der fortrinsvis bruges inden for militæret eks. vis "udskrivelse af soldater" Der bør konsekvent anvendes ord udskrivning., 2.3 side 13 "almene serviceydelse" bør erstattes af almene velfærdsydelser. Side 50; "omgivelsesmæssige" faktorer bør rettes til omgivelsesfaktorer.

Side 17 3.2.5 "hjerneskadekoordineringsfunktion". Det bør rettes til hjerneskadekoordinatorfunktion. Side 49; "dysfagi" bør konsekvent oversættes til fejlsynkning. Medarbejdere i kommunernes forvaltninger, der arbejder med visitation vil formentlig ikke kende til begrebet og dets følgevirkninger på patienten. Og det kan være fatalt, hvis visitator ikke kender begrebet.

### **4. Overflødige fyldord.**

Der er et væld af overflødige fyldord. Der bør luges kraftigt ud i dem.

### **5. Register og litteraturfortegnelse**

I tekster af denne art er det en selvfølge, at der er et register med sidehenvisning og en litteraturliste. Intet af det, der står i teksterne, er kommet ud af den blå luft, og derfor bør der være en litteraturhenvisning og register, som gør læsningen lettere.

De to tekster opfylder ikke de omtalte krav til en tekst, der skal læses af mange forskellige faggrupper. Jeg kan derfor stærkt anbefale en gennemskrivning og kraftig redigering samt hyppig brug af ordnet.dk.

En reduktion i sideantallet er også et krav. En tekst på maksimalt 30 sider, vil gøre det mere overkommeligt for målgruppen at læse og forstå indholdet. I modsat fald får de to tekster kun ringe eller ingen indflydelse på den daglige genoptrænings/rehabiliteringsindsats i regioner og kommuner. Og det var vel ikke hensigten med det store arbejde?



Sundsstyrelsen  
Mail: [fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk)

## **KL's høringssvar til Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinjer for hjerneskadeområdet**

Sundhedsstyrelsen har den 5. november 2014 sendt to udkast til faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til hhv. børn og unge og voksne med erhvervet hjerneskade i høring med frist den 26. november 2014.

KL finder, at der er tale om to gennemarbejdede faglige visitationsretningslinjer, som vil bidrage til den fortsatte udvikling af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen til borgere med erhvervet hjerneskade.

KL har dog en række overordnede bemærkninger, som det er afgørende, bliver indarbejdet, så vi får nogle faglige visitationsretningslinjer, som sikrer en god rehabiliteringsindsats.

### *Generelt*

Det bør fremgå tydeligere, hvornår en borger skal henvises til specialiseret rehabilitering eller specialiseret genoptræning, ligesom det bør fremgå meget tydeligt, at specialiseret rehabilitering er noget, man henviser til i få tilfælde ved en svær hjerneskade. Som de to niveauer pt. er beskrevet, vil det i det daglige være svært at skelne mellem niveauerne.

KL tager forbehold for, at uklarheden af de to målgrupper kan få økonomiske konsekvenser for kommunerne.

### *Kvalitetskriterierne*

KL finder det generelt problematisk, at man anvender metodikken fra specialeplanlægningen i fastlæggelsen af kvalitetskriterier for hjerneskaderehabiliteringen. Det kommer bl.a. til udtryk i forbindelse med afsnittene om personalesammensætning, medicinsk behandling og sygepleje samt forskning.

Den 26. november 2014

Sags ID: SAG-2014-01207  
Dok.ID: 1940060

LHT@kl.dk  
Direkte 3370 3558  
Mobil 2938 1782

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
Side 1/3

Kvalitetskriterierne er for rigide og tager ikke højde for, at hjerneskaderehabilitering foregår i samspil mellem social- og sundhedsområdet. KL anerkender, at specialiseret rehabilitering for en lille gruppe af borger med hjerneskade forudsætter høje krav til faglige kompetencer. Der er imidlertid en risiko ved på forhånd at definere hvilke sundhedsfaglige faggrupper, der skal være til stede på et specialiseret rehabiliteringstilbud. Disse anbefalinger bør efter KL's vurdering udgå, eller modereres.

Det fremgår endvidere af kvalitetskriterierne, at der skal være tre ansatte i hver personalegruppe og at der skal ske varetagelse af opgaver alle dage året rundt. Disse krav til specialiserede rehabilitering fremstår ufleksible og vil reelt sætte kommunernes visitationsret under pres.

Resultatet af et godt rehabiliteringsforløb for den enkelte borger afhænger ikke kun af en god sundhedsfaglig indsats. Mange har et rehabiliteringsbehov, som peger hen imod en tilknytning til arbejdsmarkedet og et selvstændigt liv. Denne gruppe har derfor brug for et tilbud, som både indeholder specialiseret neurofaglig viden og kompetencer og som knytter rehabiliteringen til at kunne håndtere personlige ændrede forudsætninger og at kunne mestre privatliv og arbejdsliv.

Derfor skal disse tilbud i højere grad være fleksible – både i forhold til indhold, form og sted – eks. arbejdsfastholdelse, hvor borgeren både er på sin arbejdsplads og kommer på rehabiliteringstilbuddet.

Det er en anden form for kvalitetskrav end antallet af faggrupper og hvor længe, der er åbent, der skal kendetegne et sådant tilbud.

Det er her vigtigt at fremhæve, at der er tale om en stor del af borgerne, der kommer i arbejde igen, hvis de rette faglige indsatser kommer i spil.

KL vil opfordre til, at ovennævnte bemærkninger i højere grad indarbejdes i visitationsretningslinjerne.

Det fremgår, at de sundhedsfaglige indsatser i den specialiserede rehabiliteringsindsats bl.a. omfatter medicinsk behandling og sygepleje. Anvendelsen af disse termer afslører uhensigtsmæssigheden i at tage udgangspunkt i specialeplanlægningens metodik, og afsnittet bør justeres. Der vil være meget få, hvis nogle af de rehabiliteringstilbud, som i dag definerer sig som specialiserede hjerneskaderehabiliteringstilbud, som vil kunne leve op til disse sundhedsfaglige kvalitetskrav.

Nogle af disse tilbud er ambulante og har de senere år udviklet et tæt samarbejde med kommunerne om udgående funktioner i borgerens hjem eller

som en satellitfunktion. Her vil den læge- og sygeplejefaglige indsats typisk ikke blive efterspurgt.

#### *Forskning*

KL skal henlede opmærksomheden på, at sundhedslovens § 194 stk. 2, hvor det fremgår, at kommunalbestyrelserne skal *medvirke* til udviklings- og forskningsarbejde. Visitationsretningslinjen bør respektere dette og anvende samme ordlyd.

#### *Tidsfrist*

Endelig mener KL, at der også for denne målgruppe er brug for at præcisere, hvilke patienter, der er omfattet af sygehusenes mulighed for at angive en tidsfrist for opstart af genoptræningen. KL foreslår, at det kun kommer til at omfatte de borgere, som vil få varige helbredsmæssige problemer, hvis genoptræningen ikke igangsættes hurtigt efter udskrivning fra sygehus.

KL skal tage højde for den politiske behandling af sagen ligesom evt. økonomiske konsekvenser af visitationsretningslinjerne.

Med venlig hilsen



Christian Harsløf

**Høring:** Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

Til: **Sundhedsstyrelsen**

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har læst Sundhedsstyrelsens Faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade. DSF kvitterer for et udmærket arbejde.

Dette høringssvar er udarbejdet med input fra et fagligt selskab under Dansk selskab for fysioterapi:

- Dansk Selskab For Neurologisk Fysioterapi (DSPPF).

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af retningslinjen.

### Overordnede bemærkninger

Dansk Selskab for Fysioterapi har noteret sig Dansk Selskab For Neurologisk Fysioterapi (DSNF) kommentarer til denne visitationsretningslinje. Vi henleder opmærksomheden til deres høringssvar (vedhæftet) og har opsamlet kommentarerne i nærværende brev.

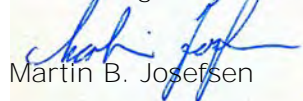
Flere steder i retningslinjen står beskrevet overgangen mellem primær og sekundær sektor, kommune og sygehus. Vi ved denne overlevering kan være vanskelig at sikre og fokus bør rettes på dette. Som DSNF gør opmærksom på i deres høringssvar bør ansvaret for patientens forløb sikres, f.eks. ved at manifestere ansvaret på specifikke tidspunkter i forløbet. Hjerneskadekoordinatoren vil kunne varetage denne funktion og hilser systematiseringen velkommen. Sikring af den "løbende revidering af forløbet/genoptræningsbehovet" samt inddragelse af konkrete fagpersoner med særlige kompetencer vil med fordel kunne varetages af hjerneskadekoordinatoren.

Vi bemærker specialiseringsniveauerne som værende afgrænset med en fint afpasset sektor-fordeling. Dog finder vi fortsat uklarheder om hvilket kompetenceniveau, erfaringsgrundlag samt efteruddannelseskrav der vil være for de forskellige specialiseringsniveauer. SOM DSNF gør opmærksom på, mangler retningslinjen beskrivelse af kvalitets-sikrings initiativer. Vi gør i denne sammenhæng opmærksom på at der indenfor fysioterapien findes specialister, som er særligt uddannede indenfor netop dette fagområde. Yderligere vil DSF i 2015 lancere en ny model for specialister i fysioterapi. Sundhedsstyrelsen kan med fordel definere krav til specialiseringsniveauer, for at sikre kvaliteten i behandlingen til disse patienter. DSF tilbyder også dialog i denne sammenhæng.

Retningslinjen kan med fordel beskrive yderligere tiltag for sikring af standarder og indikator forbrug i primær og sekundær sektor. Dette vil øge dokumentationen for patientens behandling og styrke mulighederne for data-fangst til brug for forskning og kvalitetssikring i fysioterapi.

DSF henviser til at Sundhedsstyrelsen læser vedhæftede høringssvar fra DSNF for specifikke kommentarer til retningslinjen.

Med venlig hilsen



Martin B. Josefsen

Formand for Dansk Selskab for Fysioterapi



## **Hørings svar vedrørende: Faglig visitationsretningslinje- genoptræning og rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade OG Faglig visitationsretningslinje-genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade ved Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi (DSNF)**

### **Generel vurdering/kommentarer**

Retningslinjens formål: Styrkelse af faglige miljøer og kvaliteten af genoptræning og rehabilitering samt tilbud om indsatser på rette specialiseringsniveau, er et meget kærkomment fokus. DSNF er overbeviste om at specialiseringsniveauerne vil medvirke til højnelse af den faglige kvalitet i hjerneskade genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Retningslinjen er udtryk for et stort arbejde som selskabet gerne vil takke for og ser frem til at selskabets medlemmer, der arbejder såvel i kommuner, på klinikker som på sygehuse, vil nyde resultatet af.

Vi kunne generelt ønske os mere præcise definitioner af neurofaglige kompetencer relateret til specialiseringsniveauer samt krav om forpligtende interkommunal som tværsektorielt samarbejde blandt parter der agerer i hjerneskade genoptrænings – som rehabiliteringsforløb.

Retningslinjen angiver, at det forventes at kommuner og regioner indgår aftaler der understøtter implementering af retningslinjen og som sikrer kvalitet i indsatsen til personer med erhvervet hjerneskade. Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi mener at dette skal hjælpes på vej af krav og fælles vedtagne standarder.

Vi stiller spørgsmålstejn ved om genoptræningsplanen (GOP) reelt kan målrette og kvalitetssikre genoptræning og rehabilitering. Vi tænker der skal mere til. Der er som nævnt behov for definition af reelle kompetencer. Der er behov for kvalitetssikringstiltag der sikrer at den individuelle patient altid modtager den bedst fagligt kvalificerede tværfaglige og monofaglige indsats.

Reelle praksis specialist kompetencer kan med fordel defineres. Vi er vidende om kolleger som har udarbejdet kompetenceniveaubeskrivelser som med fordel kompletterer dette arbejde.

Fokus kunne med fordel også være på om den kommunale honorerings- og incitaments struktur underbygger faglig specialiseret indsats.

Sundhedsfaglig kvalitet fordrer fortløbende kompetenceudvikling fremfører retningslinjen. DSNF mener, at der er behov for drøftelse af metoder og vilkår i relation til fortløbende kompetenceudvikling

For børn og unge er DSNF tilfredse med at retningslinjen fremhæver målgruppens særlige behov: Hyppig opfølgning da rehabiliteringsbehov ofte forandrer sig eller først kan identificeres over tid. Der vil være behov for revurdering og rehabilitering i lang årrække. Forholdet mellem leg, træning og læring skal balanceres og sidst men ikke mindst målgruppens volumen bevirker at avanceret niveau er nedre grænse. For større dels vedkommende vil der være behov for specialiseret rehabilitering. Overordnet er det selskabets erfaring at en god samarbejdsproces mellem kommune og region er mere afgørende for resultatet (et sammenhængende og fagligt relevant forløb) end visitationsretningslinjer o.lign. Krav til proces var måske det man først og fremmest skal gå efter.

## **Kommentarer relateret til særlige afsnit – refererer til visitationsretningslinjen for voksne**

S 9 angives at de mentale funktionsnedsættelser ofte er en større udfordring end de funktionsnedsættelser, som relaterer sig til bevægelse og praktiske gøremål i hverdagen. Fysioterapeuter er en væsentlig del af patientens behandlerteam såvel ved bevægelses- som mentale funktionsevnenedsættelser. Der er begyndende evidens for sammenhæng mellem kardiorespiratorisk kondition og kognition. Neurofysioterapeuter bidrager med strukturerede observationer i forhold til mentale/kognitive udfald og adfærd samt medvirker ved indsatser jf. patientens mål og den neuropædagogiske strategi.

S 10 angives at effektiv rehabilitering fordrer koordinering på tværs af kommunale forvaltningsområder, samarbejde med sygehuse, evt. specialiserede rehabiliteringstilbud samt praksissektoren. De meget specialiserede neurofysioterapiklinikker er et tilbud i vækst, hvor netop disse specialiserede kompetencer kan sikres. S 12 rehabilitering på specialiseret niveau angives varetaget af specialiserede rehabiliteringstilbud. Det er DSFN`s erfaring, at der er stor søgning til de relativt få pladser der resterer efter lukning af en del tilbud. Der er behov for opmærksomhed og monitorering af området- om dette tilbud er en reel mulighed ved fagligt vurderede behov.

S 14 angives at sygehuset skal sikre, at der sker en fyldestgørende udredning af funktionsevnen mhp. relevant genoptræningsplan. Fyldestgørende udredning er et udviklingsområde på en del sygehuse. Særligt på hovedfunktionsniveau er der ofte ikke adgang til vurdering ved neuropsykolog og normeringsforhold påvirker generelt udredningens dybde.

S 14 anføres behovet for direkte samarbejde ved afholdelse af udskrivningskonferencer med deltagelse af alle relevante parter og man anbefaler drøftelse af behovet for fortsat samarbejde mellem sygehus og kommunen. Det er med stor glæde at vi læser dette. Genoptræningsplanen kan med fordel suppleres med sundheds- og socialfaglig dialog mellem sektorerne. I samarbejdsprojekt KORE/Nye veje mellem Aalborg kommune, Jammerbugt kommune og Brønderslev Neurorehabiliteringscenter defineres koordination som dialog (dele viden) samt fælles planlægning. Erfaringen i komplekse cases er, at det ikke er tilstrækkeligt at dele viden - at sende en GOP. Den fælles planlægning, helst ved konkret fremmøde hvor patient og pårørende er inddraget i målsætning og hvor fælles mål rækker over sektorgrænsen, er en forudsætning for relevant overlevering og koordination i komplekse forløb

S 14 nævner også at sygehuset skal yde rådgivning og vejledning til avanceret niveau. Liv til dette kræver monitorering og håndfaste krav om og forslag til samarbejdsmodeller mellem sektorerne. Samme gør sig gældende i forhold til passus om at kommunen under patientens indlæggelse tidligt inddrages og får relevante oplysninger. Det sker hvis man prioriterer det. Vores erfaring er, at kommuner og hospitaler i tiltagende omfang ser værdien af dette. Men det er forhold der ikke løftes alene ved udgivelse af denne retningslinje. Generelt er patientens rettigheder i forhold til tildeling af hjælpemidler mere udspecificerede end patientens rettigheder relateret til emnet for denne retningslinje- genoptræning og rehabilitering efter erhvervet hjerneskade.

S 14 angives: Ved udskrivningskonferencen drøftes behovet for fortsat samarbejde mellem sygehus og kommune. Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade understreger netop behovet for fleksible forløb med løbende behov for brush up og specialist vurde-

ringer. Derfor er vi meget positive overfor at der s 16 står, at den ansvarlige sundhedsperson har forpligtigelse til at varetage *løbende vurderinger af genoptræningsbehov*, herunder at indhente den fornødne udredning og assistance fra fagpersoner med særlig ekspertise.

S 15 angives at sygehuset skal tage stilling til behovet for ambulant opfølgning og kontrol. Det er vores erfaring at praksis på området sygehusbaseret opfølgning er meget varieret. Nogle har faste opfølgningsprocedurer i ambulatorier andre udskriver uden aftaler og uden at tilbyde muligheden for fleksibel adgang til vurdering og brush up på neurohospital. Har man planer om kvalitetsstandarder her? Selskabet oplever stor variation i forhold til patientgrupper. F.eks tilbydes patienten med para- og teraplegi åbne indlæggelser og livslang follow up.

S 15 under vurdering af genoptræningsbehov angives at der senest ved udskrivelsen vurderes om der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. DSNF anbefaler at der står fagligt begrundet behov for rehabilitering. Lægerne er kun i få procent alene om beslutningen og medvirker i færre procent til udarbejdelse. I praksis er det terapeuter der udfærdiger GOP' s. Lad ansvar og opgave følge de der har genoptræningskompetencerne. Lad terapeuter (herunder fysio- og ergoterapeuter, neuropsykologer og talepædagoger etc.) få anvisningsretten.

GOP ved udskrivelsen er ofte for sent i et forløb og faciliterer ikke tidlig dialog mellem sektorerne. I RN har Brønderslev Neurorehabiliteringscenter en årrække sendt midlertidige genoptræningsplaner til kommunerne hvor patientens funktionsniveau og samt behov for tidlig dialog og samarbejde beskrives. Model for dette indgår i 3. generation af sundhedsaftalerne.

S 16 Det er selskabets erfaring at flere kommuner arbejder med indikatorer for sondringen mellem genoptræning på basalt og avanceret niveau samt med modeller for de 2 specialiseringsniveauer. Bekymringen kan være om de kommunale ressourcer og tværkommunale aftaler rækker til at yde genoptræning på avanceret niveau.

S 17 angives at rehabiliteringsindsatserne sker jf. gældende anbefalinger fra forløbsprogram og kliniske retningslinjer hvad angår indhold, metoder, omfang og intensitet. DSNF finder, at det er væsentligt at retningslinjen forholder sig til intensitet samt begreberne metoder og indhold. Yderligere konkretisering af disse er nødvendig for at sikre pt. relevant indsats.

S 18 står der at der kan være behov for at kommunen har mulighed for at anmode sygehuset om yderligere udredning. Rammerne for dette skal fastlægges i sundhedsaftaler. I komplekse forløb mener selskabet at " kan " er for svagt et ord. Her bør der være krav om specialiseret opfølgning i sygehus regi.

S 18 nævner plejeforløbsplan. Erfaringer viser at der behov for at se på samspillet med formidling i plejeforløbsplanen og i genoptræningsplanen. Plejeforløbsplanen indeholder ikke valideret funktionsevnescore.

S 21 DSNF finder det relevant at GOP til rehabilitering på specialiseret niveau skal udarbejdes af sygehus med specialiseringsniveau regionsfunktion og derover.

S 22 DSNF hilser forslag om ensretning og samarbejde om tests på tværs af sektorerne velkomment. Dette muliggør reelle longitudinelle studier af patientforløb samt løbende revurderinger.

S 25 Vi hilser tidsfristen der hedder: Iværksættes i umiddelbar forlængelse af udskrivelsen særdeles velkommen. Dette vil forårsage stort fagligt løft.

I forhold til krav til genoptræningsplanens indhold er erfaringen at den nuværende skabelon ikke kan rumme op til 5 fags bidrag. Er der planer om nye MEDCOM skabelon?

Det er fagligt velbegrunder, at det er behov for professionel indsats, ikke rehabiliteringspotentiale der afgør specialiseringsniveau. Ligeledes støtter vi retningslinjens udsagn om at kun fagpersoner med særlige (neuro)rehabiliteringskompetencer bør visitere til avanceret niveau. Også retningslinjens anbefaling om anvendelse af validerede tests i GOP støtter vi meget.

S32 Faglige netværk på tværs af kommuner, sygehuse og specialiserede rehabiliteringstilbud anbefales med henblik på at opnå og vedligeholde kompetencer. DSNF ser fælles skolebænk som et vigtigt redskab i forhold til relations - og kompetenceudvikling.

S 33. Retningslinjen angiver for patienter der får ydelse på avanceret niveau, at følgetilstande som epilepsi og spasticitet kræver samarbejde med sygehusets læge eller praktiserende læge. DSNF finder, at der er behov for at regulere sådanne aftaler udover det der angives i sundhedsaftaler.

S 42-44 er kvalitetskrav til specialiserede rehabiliteringstilbud beskrevet detaljeret. DSNF finder detaljeringsgraden og indhold relevant, herunder at niveauet har forskningsforpligtigelse. Snitfladen mellem avanceret og specialiseret niveau bliver interessant at følge. Vi tænker, at der er behov for yderligere indikatorer der skelner niveauerne.

PBV

Helle Rovsing Jørgensen, udviklingsterapeut, master i rehabilitering



Dato 26-11-2014

Sara Holm Kristensen

Tel. +45 7841 2193

Sara.Kristensen1@stab.rm.dk

1-30-72-143-12

Side 1

## **Region Midtjyllands høringsbrev vedr. faglige visitationsretningslinjer - genoptræning og rehabilitering til henh. Voksne, samt børn og unge med erhvervet hjerneskade.**

Region Midtjylland takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til henh. voksne med erhvervet hjerneskade og børn og unge med erhvervet hjerneskade.

Hospitalsenheden Vest, Hammel Neurocenter, Psykiatri og Social samt Aarhus Universitetshospital og Nære Sundhedstilbud i Region Midtjylland har bidraget med kommentarer til høringsmaterialet.

Som opfordret til i høringsbrevet, indledes høringssvaret med generelle kommentarer til begge retningslinjer, efterfulgt af generelle og konkrete bemærkninger til den enkelte retningslinje med henvisninger til høringsmaterialet.

### **Generelle bemærkninger til begge visitationsretningslinjer**

Region Midtjylland finder, at begge retningslinjer er væsentlige og anvendelige værktøj i praksis. Derudover findes det positivt, at retningslinjerne skaber en overordnet ramme for sundheds- og andre fagpersoners arbejde med genoptræningsplaner og visitation til genoptræning og andre rehabiliteringsindsatser til patienter med erhvervet hjerneskade.

Det bydes ikke mindst velkomment, at retningslinjerne beskriver hvilken udredning og faglige indsatser, samt sundhedsfaglige kompetencer og krav til koordinering og samarbejde, der bør indgå i forbindelse med en helhedsorienteret indsats på de forskellige specialiseringsniveauer.

I kapitel 8 i begge retningslinjer beskrives de sundhedsfaglige indsatser og kvalitetskrav, som skal være gældende i forhold til de specialiserede rehabiliteringstilbud. Der fastlægges hermed krav til nogle rehabiliteringstilbud som, for en stor dels vedkommende, i dag er forankret i socialområdet og drives og finansieres efter

serviceloven.

Region Midtjylland kan se flere udfordringer herved:

Retningslinjerne beskriver rehabilitering på specialiseret niveau som en helhedsorienteret indsats, som kræver multidisciplinær ekspertise og tværsektorielle indsatser. Derfor undrer det, at retningslinjerne alene beskriver de sundhedsfaglige indsatser og kvalitetskrav i forbindelse med den specialiserede rehabilitering. På denne måde integreres ikke nødvendigvis fagligt relevante resultater, der bl.a. beskrives i MTV om hjerneskaderehabilitering fra 2011. Derudover savnes der fokus og anbefalinger på vigtige områder som faglig støtte til at opnå indsigt i og accept af egne ressourcer, begrænsninger, nye livsvilkår og fremtidige erhvervsmuligheder.

Region Midtjylland efterlyser i den forbindelse en beskrivelse af indsatser og kvalitetskrav, der favner bredere og imødekommer en samlet, helhedsorienteret indsats overfor både børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade.

En anden udfordring består i de krav, der stilles i retningslinjerne til kapacitet og robusthed i de specialiserede rehabiliteringstilbud på socialområdet, der varetager sundhedsfaglige indsatser. På side 43, 8.2.1 Kapacitet og robusthed anføres det, at tilbuddene skal have:

*"tilstrækkelig kapacitet og robusthed til at varetage opgaverne alle dage året rundt. Det vil sige, at indsatserne skal kunne varetages, selvom der er sygdom og ferie i personalegruppen. Derudover skal tilbuddene kunne opbygge erfaring og skabe og vedligeholde et stærkt fagligt miljø. Dette vil normalt kræve, at der er ansat minimum tre inden for hver faggruppe." ...*  
*"Kravet om antal ansatte inden for hver faggruppe kan være vanskeligt at imødekomme i forhold til den lægelige behandling. Her kan der være tale om samarbejde med fx sygehus, således at lægen fungerer som konsulent. Det er i det tilfælde centralt, at samarbejdet er robust og ikke bundet op på enkeltpersoner, og fremstår klart i en samarbejdsaftale."*

Det kan i den forbindelse bemærkes, at de sociale tilbud, der i dag varetager intensiv døgnrehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade, typisk varetager rehabilitering både på avanceret og specialiseret niveau afhængigt af de enkelte borgers forskellige behov for faglige indsatser. En borger kan have behov for rehabilitering på både avanceret og specialiseret niveau. Rehabiliteringsarbejdet udføres professionelt og fleksibelt – ofte ved samarbejdsaftaler med lægekonsulenter, logopæder mv. uden den massive faste bemanning med fagprofessionelle, som Sundhedsstyrelsen lægger op i de to retningslinjer. Det foreslås, at de krav til robusthed, som anføres i retningslinjen med reference til Sundhedsstyrelsens notat "Specialeplanlægning – begreber, principper og krav" genovervejes i forhold til de specialiserede rehabiliteringstilbud på socialområdet, som har andre vilkår og opgaver end hospitalerne.

### **Generelle bemærkninger til visitationsretningslinjen – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade**

Region Midtjylland bifalder, at der, med visitationsretningslinjen, sættes fokus på, at børn og unge med senhjerneskefølger kan have udviklingsproblemstillinger, der kræver genoptræning og rehabilitering. Retningslinjen kan, efter Region Midtjyllands opfattelse, være med til at løfte kvaliteten af indsatsen for børn og unge med erhvervet hjerneskade og kan, med flere anvendelige definitioner og anvisninger, lette implementeringen af denne.

Region Midtjylland og regionens kommuner har en stor fælles opgave i at etablere samarbejdet omkring børnene og om at sikre genoptræning på avanceret niveau eller specialiseret rehabilitering.

Patientgruppen er forholdsvist lille og kræver samtidig specifikke, faglige kompetencer, hvis en kvalificeret indsats skal tilbydes børnene og de unge. Dette kan blive en udfordring for især de mindre kommuner, hvorfor Region Midtjylland finder det positivt, at retningslinjen anviser, at flere kommuner kan gå sammen om at etablere de nødvendige kompetencer.

Dertil kommer, at mange forældre oplever at have kontakt til flere forskellige sagsbehandlere, afhængig af hvilke af barnets problematikker, de henvender sig i relation til. Det ses i den forbindelse som en fordel, at der, i retningslinjen, anbefales en bedre koordinering forvaltningerne imellem.

### **Konkrete bemærkninger til visitationsretningslinjen – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade**

- Side 9, 1.4.3 Erhvervet hjerneskade: Definitionen på, at en erhvervet hjerneskade tidligst optræder 28 dage efter fødslen kan synes usikker og kan skabe udfordringer. Her efterlyser Region Midtjylland en nærmere definition og måske også illustration af, hvordan tvivlstilfælde skal håndteres. Der ses relativt få børn med erhvervet hjerneskade ifølge definitionen i retningslinjen, hvorfor det kunne overvejes, at CP børn og præmatur med hjerneskade inden for 28 dage efter fødslen kunne inkluderes, idet de kan have lignende problemer som målgruppen.
- Det bydes velkomment, at retningslinjen har fokus på evaluering af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen og anledning til at kunne tilbagehenvise via egen læge til vurdering i hospitalets neuropædiatriske team. Mulighederne er der i dag, men retningslinjen sikrer, at det fremover kan gøres på et endnu mere kompetent niveau.
- Endelig er præciseringen af samarbejdet på et overordnet tværgående kommunalt/regionalt niveau særdeles relevant og kan, efter Region Midtjyllands opfattelse, betyde et mærkbart kvalitetsløft for patientgruppen.
- Side 10, afsnit 1.5 Faglige indsatser, øverst: Det foreslås, at det tilføjes, at rehabiliteringen i forhold til børn skal suppleres med faglig støtte til forbedring af evnen til indlæring.
- Side 15, pkt. 3.1.2 Planlægning af udskrivelse: Aktuelt afholdes udskrivningskonference sjældent og vil med stor sandsynlighed medføre ekstra indlæggelsestid. Det vil kræve, at kommunen kan møde op med meget kort varsel.
- Side 19, pkt. 3.2.5 Koordinering af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen: Det skønnes relevant at fokusere på overgangssituationer i barnets liv.
- Side 28 og side 29, Punkt 5.1 og 5.1.2 Sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehov: Det skønnes yderst relevant, at genoptræning som udgangspunkt altid skal være på avanceret eller evt. specialiseret niveau for børn og unge.

### **Generelle bemærkninger til visitationsretningslinjen - genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade.**

Region Midtjylland finder det meget relevant, at det kliniske, tværfaglige felt er medtænkt i beskrivelsen af de forskellige kapitler i retningslinjen. Især hilses det velkomment, at formuleringerne i retningslinjen afspejler samspillet mellem forskellige fagpersoner, da dette er et centralt for afdækningen af rehabiliteringsbehov og udarbejdelsen af genoptræningsplaner, samt for tilrettelæggelsen, initieringen og gennemførelsen af interventioner.

Endvidere anerkender Region Midtjylland, at genoptræning og rehabilitering beskrives på flere specialiseringsniveauer på henh. Sundheds- og socialområdet. Region Midtjylland efterlyser imidlertid, at foretages nogle ændringer i figuren på side, så den bedre bidrager til klarhed over forskellene på de forskellige specialiseringsniveauer. Som figuren optræder nu, ser det ud som om, de forskellige niveauer er sideordnede. En højtspecialiseret funktion indenfor

neurorehabilitering (hospital) har imidlertid, efter Region Midtjyllands opfattelse, en højere specialiseringsgrad end på sundhedsområdet efter udskrivelse og socialområdet.

Retningslinjens beskrivelser af borger- og pårørendeinddragelse figurerer først sent i visitationsretningslinjen og kun i forhold til udmøntningen af konkrete mål for indsatsen (afsnit 3.2.4). Region Midtjylland finder, at visitationsretningslinjen med fordel kunne have større fokus på samarbejde med borgeren og de pårørende.

Taget feltets kompleksitet i betragtning, samt det faktum, at der ikke nationalt eller på tværs af sektorer anvendes screeningsværktøjer til ensartet vurdering af borgerens funktionsændringer, foreslås det, at der fremadrettet fokuseres på udvikling og udvælgelse af screeningsredskaber, der kan minimere subjektive vurderinger og sikre et nationalt ensartet vurderingsgrundlag.

### **Konkrete bemærkninger til visitationsretningslinjen - genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade.**

- Side 8, midt; Begrebsdefinitioner: Det foreslås, at følgende sætning: " Der vejledes ikke om denne form for visitation i denne retningslinje" ændres til: "I denne sammenhæng tales der ikke om denne form for visitation i retningslinjen".
- Side 8. 1.4 Definition af begreber: Det er Region Midtjyllands ønske, at genoptræning og rehabilitering også defineres.
- Side 12: Det foreslås, at de tre niveauer på side 12 ikke skrives med kursiv.
- Side 13: Derudover efterlyser Region Midtjylland en mere præcis beskrivelse af det specialiserede socialområde, da det nu kan fremtræde for abstrakt.
- Side 17, 3.2.1 Genoptræning og rehabilitering efter udskrivelsen: Der henvises til, at koordinering tilrettelægges af en hjerneskadekoordinator, mens der i pkt. 3.2.5 henstilles til at koordinering kan tilrettelægges af en hjerneskadekoordinationsfunktion – og senere, at hjerneskadekoordinationsfunktionen kan udpege en tovholder for den enkelte patient. Det anbefales i relation hertil, at der anvendes en mere konsistent begrebsbrug.
- Side 25: Det er velkomment og relevant, at der kan angives en tidsfrist for start af genoptræning når det er relevant.
- Side 27: Region Midtjylland finder det relevant, om der kunne udarbejdes en mere præcis beskrivelse af kognitive problemstillinger for særligt "lette" patienter, da disse under tiden rummer store udfordringer for behandlingssystemet og ofte anerkendes sent af 'systemet'.

Med venlig hilsen,

Jens Bejer Damgaard  
Kontorchef i Strategi og Planlægning  
Nære Sundhedstilbud



Taastrup, den 26. november 2014

Sag 17-2014-00728 – Dok. 178504/tk\_dh

## Hørings svar om Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade

---

DH takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi vil kommentere på begge visitationsretningslinjer under ét.

Vi henviser desuden til de mere uddybende høringssvar fra Hjernesagen og Hjerneskadeforeningen.

Visitationsretningslinjerne har baggrund i et ønske om at øge kvaliteten af den kommunale genoptræning og rehabilitering på hjerneskadeområdet og styrke de faglige miljøer. Dette ønske udsprang af evalueringen af kommunalreformen i 2013, og det er et ønske, vi deler i DH, for det er område, der trænger til et løft, både hvad angår ressourcer og kvaliteten af den faglige indsats.

### **Sygehuse burde have enekompetence ift. visitation**

Visitationsretningslinjerne bygger på den nye bekendtgørelse om genoptræningsplaner mv., hvor det er kommunerne, der har kompetencen til at visitere borgere til basal eller avanceret genoptræning.

Vi vurderer i DH, at denne kompetence rent fagligt burde have ligget hos sygehusene, der i forvejen står for at foretage udredning af funktionsevne, fastlægge behov for genoptræning/rehabilitering og fastlægge mål for indsatsen.

Vi frygter bl.a., at økonomiske hensyn kommer til at spille ind, til skade for patienterne. Vi ser allerede i dag, at der er væsentlige forskelle i serviceniveau, og vi er principielt imod, at borgere med nøjagtig samme behov for genoptræning og rehabilitering behandles forskelligt

fra kommune til kommune. Vi konstaterer også, at den faglighed, der skal til for at foretage en korrekt visitering, heller ikke er til stede i dag i alle kommuner.

### **Styrkelse af sygehusenes ansvar ift. opfølgning og kontrol efter udskrivning**

Der omtales flere steder i visitationsretningslinjerne det forhold, at patienter kan have behov for efterfølgende udredning, opfølgning eller kontrol (dvs. efter udskrivning fra sygehus).<sup>1</sup>

Det gælder fx i afsnit 3.1.4 om ambulant udredning og opfølgning.

I retningslinjen nævnes følgende formål med, at sygehuset følger patienten efter udskrivningen:

- Følge op på behandling og rehabilitering ydet under indlæggelsen
- Færdiggøre en planlagt udredning af funktionsevnen
- Behandle følgetilstande og ko-morbiditet

I retningslinjen står der følgende: ”Sygehuset har ansvar for at færdiggøre planlagt udredning og skal ved udskrivelsen af tage stilling til behovet for ambulant opfølgning og kontrol. Dette skal fremgå af genoptræningsplanen” (s. 15).

Det er udmærket. Men det er uklart, hvordan det stiller sig med de øvrige nævnte formål.

DH mener, at det bør være almindelig praksis – og med et klart fastlagt ansvar for sygehuset hertil – at følge op på, hvordan det går patienterne efter udskrivningen. Formålene skal (ud over at færdiggøre planlagt udredning) være:

- Følge op på behandling og rehabilitering ydet under indlæggelsen.
- Opdage – og behandle - eventuelle følgetilstande og ko-morbiditet.
- Afdække behov for genoptræning og rehabilitering, der ikke stod klart eller måske slet ikke var der under indlæggelsen, men som er dukket op bagefter (jf. side 21, hvor dette forhold er omtalt).

---

<sup>1</sup> Der henvises for nemheds skyld alene til retningslinjen for voksne, men vores synspunkt gælder også for retningslinjen for børn og unge.

DH foreslår: Dette ansvar for sygehuset til at følge patienten efter udskrivningen med de nævnte formål skal slås tydeligt fast i visitationsretningslinjerne. Det bør også slås fast, at opfølgningen skal fremgå af genoptræningsplanerne – fx ved at skrive i disse planer, at patienten forventes indkaldt til udredning, opfølgning eller kontrol på et tidspunkt efter udskrivningen.

### **Behov for styrket indsats gennem sundhedsaftalerne**

DH er generelt meget skeptisk over for, om de organisatoriske rammer – fx for det nødvendige tværfaglige samarbejde – og opbygningen af den nødvendige ekspertise kan være på plads 1. januar 2015, hvor retningslinjerne træder i kraft.

Sundhedsaftalerne nævnes som et redskab, der kan sikre, at rammerne for koordination og tværfagligt og tværkommunalt samarbejde er til stede.

DH vil i den forbindelse bemærke, at den næste generation af fireårige aftaler 2015-2018 er ved at være på plads, og det vil være vanskeligt at nå at få indarbejdet anbefalingerne i visitationsretningslinjerne.

DH foreslår: Sundhedsstyrelsen skal komme med klare udmeldinger til kommuner og regioner om, at kvalitet, koordination og samarbejde på hjerneskadeområdet skal indgå i sundhedsaftalerne, når sundhedsaftalerne løbende revideres i den kommende fireårige periode.

Med venlig hilsen

Thorkild Olesen, formand

For nærmere oplysninger kontakt chefkonsulent Torben Kajberg [tk@handicap.dk](mailto:tk@handicap.dk)

**Fra:** Karen Henning Lind Christoffersen [mailto:kahi@frederikshavn.dk]

**Sendt:** 26. november 2014 14:04

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Emne:** Høringsvar: "Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne"

På vegne af Frederikshavn Kommune, Center for Social- og Sundhedsmyndighed fremsendes svar på høring: "Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne".

### **Specialiseret rehabilitering:**

Frederikshavn kommune er enig i, at borger skal tilbydes en genoptrænings/rehabiliteringsindsats indsats på det rette specialiseringsniveau. Vi ser dog store udfordringer i forhold til at sygehusene fremover skal vurdere hvor vidt borger har behov for "*specialiseret rehabilitering*" ud fra de angivne visitationsretningslinjer. At borger ikke får de individuelt tilrettelagte tilbud som Frederikshavn kommune for nuværende tilbyder.

Målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau der bl.a. er beskrevet som "*Patienter med komplicerede, omfattende, sjældne og /eller alvorlige funktionsnedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest mentale funktions nedsættelser*" er stadig en meget bred målgruppe som igen har behov for individuelle tilbud.

Der skal ifølge visitationsretningslinjerne tilstræbes at der findes *et* rehabiliteringssted som kan varetage patientens samlede rehabiliteringsbehov inden for alle relevante områder. Rehabiliteringsstedet skal være omfattet af rammeaftalerne på social og området og på specialområdet. Retningslinjerne foreskriver at disse borgere har behov for tilbud hvor der *samtidig* er en multidisiplinær ekspertise tilstede.

Gennem mange års erfaring med genoptræning/rehabilitering af svært hjerneskadede ved vi, at en del af de hjerneskadede borgere i denne målgruppe opnår den største udvikling ved at komme til eget hjem i trygge og kendte omgivelser med massiv socialpædagogisk støtte, fysio- og ergoterapeutisk genoptræning/rehabilitering af personale med uddannelse indenfor neurorehabilitering. Mange borgere kan ikke klare en længere køretur mht. ambulans rehabilitering i nye omgivelser, og mange borgere ønsker at komme hjem efter sygehusindlæggelse.

I nogle tilfælde bliver borger på et senere tidspunkt klar til anden indsats, og så visiterer kommunen til den relevante indsats.

Den *samlede* rehabiliteringsindsats vil for borgere med behov for ambulans rehabilitering, alligevel sjældent kunne foregå ambulans samlet på *et* sted.

Vi mener ikke den specialiserede rehabilitering *kun* kan foregå *samtidig* og på særlige indsatssteder som er under rammeloven, med mindre der er tale om et døgntilbud.

Et ambulans rehabiliteringstilbud til denne målgruppe vil ofte bestå af mange specialiserede, koordinerede indsatser i eget hjem, eks. socialpædagogisk støtte, sygepleje, diætist, socialrådgiver fra kommunen, hjerneskadecoordinering, ud over den fysioterapeutiske og ergoterapeutiske indsats, talepædagog og evt. neuropsykolog. Kommunerne arbejder med sammenhængende koordinerede indsatser og fælles målsætning for borgere i eget hjem.

### **Udredning og henvisning til sygehuset:**

Muligheden for henvisning borger til videre udredning på sygehuset er helt relevant og god. Vi finder dog at det er "*tungt*" at henvendelsen skal ske gennem praktiserende læge.

### **Indsatser på avanceret niveau:**

Vi mener det er meget detaljeret at stille krav til *kostbare behandlingsmetoder* og træningsudstyr.

Med venlig hilsen  
Karen H. Lind

Jurist  
Center for Social- og Sundhedsmyndighed

Direkte: 98455136  
[kahi@frederikshavn.dk](mailto:kahi@frederikshavn.dk)



Frederikshavn Kommune  
Rådhus Allé 100  
9900 Frederikshavn

Telefon: 9845 5000  
[www.frederikshavn.dk](http://www.frederikshavn.dk)

Sundhedsstyrelsen

(Sendt pr. mail til [fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk))

Aalborg d. 26.11.2014

## Høringssvar fra nordjyske kommuner

### Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade

I forbindelse med høring af de faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade er der lagt vægt på følgende fra de nordjyske kommuner, som har bidraget til høringssvaret:

#### Vedr. faglig visitationsretningslinje - voksne:

Med den nye bekendtgørelse og vejledning får sygehusene mulighed for at fastsætte det kommunale serviceniveau på genoptræningsområdet. Dette gælder for såvel henvisning efter de fire specialiseringsniveauer og anbefaling i brugen af træningsmetoder samt tidspunkt for igangsætning af genoptræningen". Det samme gælder for visitationsretningslinjerne.

Det er bekymrende, at sygehusets terapeuter i genoptræningsplanen må beskrive tidsperspektivet, træningsmetoden, målet med genoptræning og hvilket træningsudstyr, der skal benyttes i træning med borger. Der kan være mere end én egnet træningsmetode for en specifik borger og ikke evidens for at træning i fx "lite gait" er bedre træning end træning i anden træningsmaskine.

Det er vigtigt nærmere at få uddybet de beskrevne målgrupper og indsatser. Hvad vil det f.eks. sige med *specielle metoder og specielt træningsudstyr i forhold til det avancerede niveau?* (side 31, afsnit 5.5.1). I forhold til *Vægtflastende træningsmaskiner* vil anskaffelsen af sådant omkostningstungt udstyr være en udfordring for flere kommuner, men der vil være mulighed for at tilbyde en tilsvarende metode.

Det kan føre til problemer for kommunerne, hvis der i genoptræningsplanen står, at fysisk træning skal igangsættes dagen efter hjemkomst. Det kan give kommunerne yderligere udgifter til terapeutressourcer, da borgerne fra sygehusets side vurderes til at skulle i gang med træning hurtigere end i dag. Måske vurderer den kommunale terapeut, at de første initiativer, der skal sættes i gang, er krisehåndtering af pårørende, metoder i forhindring af udtrætning, forflytningsvejledning og lign.

Der forudses fra kommunal side øgede omkostninger i kommunerne til specialiseret træningsudstyr, men også til kompetenceudvikling hos medarbejderne. Den løbende efteruddannelse, som er beskrevet, kan blive en udfordring.

Det vil være ønskeligt, at kommunens terapeuter fremadrettet kan henvende sig direkte til sygehuset, samt at det aftales, hvorledes sygehus ved behov kan anmode om status fra kommunen vedr. genoptræningsforløbet.

Der kan også være tilfælde, hvor kommunes terapeuter har faglige spørgsmål til genoptræningsplanen og også i disse situationer vil en kontakt til læge/ terapeut på sygehus være meget gavnlig. Disse elementer kunne beskrives i den regionale sundhedsaftale.

Det vil være positivt med mere samarbejde, koordination, fælles uddannelse og kompetenceudvikling. Fx via fora hvor man kan diskutere nærmere om de fire niveauer, forløbsprogrammerne, udviklingsarbejde vedr. ensretning af tests, fælles netværk på tværs af kommuner og sygehuse og sammenhængende forløb samt at kommunen bliver tidlig inddraget i borgers forløb allerede på sygehus.

Der skal fremover kun laves én genoptræningsplan. Når borger skal gå fra specialiseret til alment niveau skal denne genoptræningsplan sendes til kommunen. Det er i denne forbindelse vigtigt at være opmærksomme på, at der reelt sker denne opgaveglidning, og at sygehusene ikke i eget regi afslutter træningen, selvom den er vurderet almen.

Side 21 under 4.1 vedr. hvem der skal have en genoptræningsplan, her kunne det være ønskeligt, at også de patienter, hvor der IKKE aktuelt skønnes potentiale for genoptræning, fik en plan, hvor der blot under overskriften "behov" stod "opfølgning" eller "råd- og vejledning". Det vil bevirke at en kommunal terapeut altid kontakter borgeren ikke for at gå i gang med et træningsforløb, men for at høre hvordan det står til hos borgeren. Her vil kognitive problemer opspores tidligt i forløbet, og herved kan det undgås at borger f.eks. bliver længerevarende sygemeldt. Dette element kunne beskrives i regionens sundhedsaftale.

Det er positivt, at borgere, som ved udskrivelse ikke havde behov for en GOP, skal kunne indkaldes efter ca. 3 mdr. Det er især godt for vores borgere med kognitive problemer.

Det er positivt, at hvor der ikke umiddelbart ses funktionsnedsættelser og kognitive forstyrrelser i forbindelse med sygehuskontakten, men først senere i forløbet, at borgeren her igen via praktiserende læge kan blive henvist til ny udredning af borgerens genoptrænings/ rehabiliteringsbehov og potentiale (side 15 under 3.1.4 og side 18 under 3.2.6 og 3.3).

Det er positivt, at genoptræningsplanen ved behov indeholder resultat af undersøgelser, funktionsvurderinger m v (s. 23).

På side 56 er det beregnet, at 20-30 procent af planerne er på basalt niveau, 60-70 på avanceret niveau og 10 procent på specialiseret niveau. Udviklingen af denne fordeling skal følges tæt for at undgå en situation, hvor de sager, der fremover hedder *avanceret niveau* ikke forveksles med *specialiseret niveau* og dermed bliver en opgave, der så fremover skal løses på sygehusene.

Det er positivt, at det er fremhævet, at en effektiv rehabilitering også indbefatter optimalt samarbejde med praksissektoren.



## **Vedr. faglige visitationsretningslinje - børn**

Det er positivt at få en visitationsretningslinje på børneområdet. Der er ikke forskel på specialiseringsniveauer hos voksne og børn, men på indsatserne.

Erhvervede hjerneskader hos børn kræver ofte et endnu tættere samarbejde med diverse sektorer, afdelinger mv. end voksne, og er altid en kompleks opgave. Derfor gælder langt de fleste af ovenstående kommentarer vedr. faglige visitationslinjer til voksne ligeledes på børneområdet.

Kommunerne har allerede et godt opbygget tværfagligt og tværsektorielt samarbejde vedr. det enkelte barn.

Internt arbejder kommunen med forældre og andre familiemedlemmer til barnet, skole, daginstitutioner, specialinstitutioner, dagplejere, børnehaver, PPR, sundhedsplejerske, børnesagsbehandlere, praktiserende fysioterapeuter, egen læge m.v.

Med venlig hilsen

Maria Thorsager

Det fælleskommunale Sundhedssekretariat

## Hørringsvar

Til: Sundhedsstyrelsen  
Fra: Skanderborg Kommune

Hørringsvar vedrørende. "Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade".

**Skanderborg Kommune** takker for invitationen til at give høringsvar på "Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade".

Skanderborg kommune er overordnet set positive overfor de forlæggende faglige visitationsretningslinjer. Da det understøtter den udvikling, der har været i kommunen i forlængelse af Forløbsprogrammerne for borgere med erhvervet hjerneskadede på børne- og voksenområdet. Særligt glæder det, at der er en tydelig præcisering af muligheden for ambulans udredning og opfølgning regionalt regi.

Skanderborg Kommune ser positivt på opdeling af genoptræningsplanerne i fire niveauer i relation til borgere med erhvervet hjerneskadet og vurderer, at det kan bidrage til at styrke kvaliteten i genoptræningsindsatsen.

Det er afgørende for Skanderborg, at de nye specialiseringsniveauer og regionernes muligheder for at gruppere borgerne ikke fører til, at inddelingen sker efter i hvilke regi man ønsker opgaven løst, fremfor et sundhedsfagligt vurderet behov på de enkelte niveauer.

Det betyder også, at det er afgørende med meget tydelige beskrivelser af målgrupperne og indholdet i tilbuddene.

Med den nye bekendtgørelse og vejledning på genoptræningsområdet får sygehusene mulighed for at fastsætte det kommunale serviceniveau. Dette gælder såvel henvisning efter de fire specialiseringsniveauer og anbefaling i brugen af træningsmetoder, samt tidspunkt for igangsætning af genoptræningen. Anbefalingerne kan komme til at få karakter af krav, da det vil være vanskeligt for kommunalbestyrelsen at argumentere for en anden indsats, end den der er anbefalet fra sygehuset. Dermed undergraves kommunernes myndighedsansvar og man svækker kommunernes mulighed for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen med den bredere rehabiliteringsindsats.

Derfor er det væsentligt at understrege, anbefalingerne udarbejdes i dialog mellem kommune og sygehus.

I betragtning af områdets kompleksitet og det forhold, at der ikke nationalt og på tværs af sektorer anvendes validerede screeningsværktøjer til ensartet og systematisk vurdering af funktionsevnen, anbefaler vi at der fremadrettet fokuseres på udviklingen og udvælgelse af screeningsredskaber.

Med venlig hilsen  
Jørgen Erlandsen Beskæftigelses- og sundhedschef.

### Skanderborg Kommune

Adelgade 44  
8660 Skanderborg  
Tlf. 8794 7000  
[www.skanderborg.dk](http://www.skanderborg.dk)

### Beskæftigelse og Sundhed

Bakkedraget 1  
8362 Hørning

### Dato: 26-11-2014

Sagsbeh.: Lisbet Birkelund Schjødt  
Tlf.: 87947884  
[Lisbet.Birkelund.schjoedt@skanderborg.dk](mailto:Lisbet.Birkelund.schjoedt@skanderborg.dk)  
Dok: 292700/14  
Sag: 13/63560

Høringssvar fra medlem af 'Følgegruppen til opfølgning på evaluering af kommunalreformen i fht. genoptræning og rehabilitering' vedrørende:

## **Faglig visitationsretningslinje - genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade**

### **Overordnet kommentar:**

Det er et vældigt stort og fint arbejde, som vi i følgegruppen ikke har haft lejlighed til sammen at drøfte og kommentere før det er sendt i høring.

Det, som umiddelbart kan bekymre er, om man ved disse retningslinjer opnår det tilsigtede: nemlig, at modvirke afspecialiseringen og sikre de eksisterende special(ist)centres fortsatte virke og beståen.

Dette burde jo ske vha. det nyindførte specialiseringsniveau: 'rehabilitering på specialiseret niveau', men det står desværre ikke lysende klart, hvorledes myndighedsansvaret udøves på dette niveau, som således befinder sig i den problematiske 'gråzone' = sektorovergangen mellem de to søjler på sundhedsområdet: det primære (sociale/kommunale) og sekundære (hospitalsmæssige/regionale).

Dette vil givetvis medføre, at der netop indenfor dette niveau vil blive anlagt forskellige tolkninger og dermed risiko for forskellig praksis rundt om i landets kommuner, hvilket jo helst skulle undgås.

Det ville måske være en ide at udarbejde et bilag med oversigt over de eksisterende centre/tilbud på dette område, herunder også de, som findes i det forenings-/selvejende regi.

### **Forslag til tekstmæssige korrektioner:**

#### **Generel kommentar:**

Der bør sikres konsistent brug af betegnelsen 'udskrivning' - jf. fodnote 15, side 21 – frem for 'udskrivelse' – tilsyneladende anvendes betegnelserne i flæng. Det hedder jo 'indskrivning' og ikke 'indskrivelse', 'udskrivnings'samtaler/-konferencer og ikke 'udskrivelses'samtaler/-konferencer.

Side 7:

#### **1.3 Lovgrundlag**

Den faglige visitationsretningslinje tager udgangspunkt i:

- **Sundhedsloven** Sundhedslovens § 84 og § 140 fastlægger **barnet/den unges** ret til genoptræningsplan og genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Kommentar:

- skal ændres til enten 'patienters' eller 'personers'

Side 11-12:

#### **2 Specialiseringsniveauer**

Kommentar:

Det vil forekomme mest naturligt først at anføre, hvad der hører til under indlæggelse i sygehusregi, derefter ambulant i sygehusregi og sidst i kommunalt regi – svarende til kronologien i et rehabiliteringsforløb – og dermed ombytte kolonne 1 og 2 i skemaet på side 11, således:

<i>Specialiseringsniveauer</i>		
Sundhedsområdet		Socialområdet
Sygehuse (yder genoptræning under indlæggelse)	Genoptræning efter udskrivning fra sygehus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hovedfunktion</li> <li>▪ Regionsfunktion</li> <li>▪ Højt specialiseret funktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Basalt niveau (kommunalt regi)</li> <li>▪ Avanceret niveau (kommunalt regi)</li> <li>▪ Specialiseret niveau (ambulant i regionalt regi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Almene indsatser</li> <li>▪ Specialiserede indsatser</li> <li>▪ Højt specialiserede indsatser</li> </ul>

- samt også at anvende betegnelsen 'specialiseringsniveauer', når det drejer sig om sygehusvæsenet, idet denne betegnelse også anvendes af Sundhedsstyrelsen selv i specialeplanlægningen.

- og ligeledes at ændre kapitelnummereringen til flg.:

## 2.1 Sundhedsområdet

### 2.1.1 Specialiseringsniveauer på sygehuse

### 2.1.2 Specialiseringsniveauer for genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus

## 2.2 Socialområdet

### 2.2.1 Specialiseringsniveauer på det sociale område

Side 37-38:

### 7.1 Målgruppen til rehabilitering på specialiseret niveau

'Patienterne har behov for en betydelig, intensiv og helhedsorienteret indsats, som retter sig mod alle relevante områder af funktionsevnen, og hvor tilstedeværelsen af Faglig visitationsretningslinje – patienter med erhvervet hjerneskade samtidig multidisciplinær ekspertise er nødvendig. Patienterne har behov for både genoptrænings og andre rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau, og inden for både sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.'

#### *Kommentar:*

Ved angivelse af, at patienterne har behov for 'både – og' indenfor de sidst angivne områder, er der risiko for mistolkning, således at patienter, som ikke har behov indenfor alle områder ikke skulle høre til målgruppen. Der vil være mange, som 'kun' har behov indenfor nogle af områderne, så dette bør rettes til: 'og/eller', altså:

'Patienterne har behov for både genoptrænings- og andre rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau samt inden for sundheds- og/eller social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.'

Dette vil således også være i overensstemmelse med, hvad der er angivet på side 12 under:

- *Specialiseret niveau.* På specialiseret niveau sondres mellem genoptræning på specialiseret niveau (på sygehus) og rehabilitering på specialiseret niveau (ved specialiserede rehabiliteringstilbud). Målgruppen er patienter med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevne-nedsættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder....,

- samt på side 38:

### 7.1 Målgruppen til rehabilitering på specialiseret niveau

- hvor der er oplystet forskellige behov under overskriften:

'Patienterne har således typisk et eller flere af følgende behov:'

- hvor der jo netop angives: 'et eller flere ... behov', idet ikke alle nødvendigvis har behov indenfor samtlige områder.

Side 26:

5.1.1 Supplerende udredning af funktionsevne

I bilag 3 findes en tjekliste...

*Kommentar:*

Skal ændres til: I bilag 2 findes ...

**26.11.2014**

**Med venlig hilsen**



Niels Jørn Dalsgaard  
Ledende overlæge, speciallæge i neurologi  
Center for Neurorehabilitering - Filadelfia  
Kurvej 8  
4293 Dianalund  
Tlf. 58 27 12 63  
E-mail: [njda@filadelfia.dk](mailto:njda@filadelfia.dk)

- udpeget via "Dansk Selskab for Neurorehabilitering" som repræsentant for de 'Lægevidenskabelig Selskaber'

**Hørings svar fra Sønderborg Kommune vedr. faglige visitationsretningslinjer vedr. genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade**

Sundhedsstyrelsen har sendt faglige visitationsretningslinjer vedr. genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade i høring. Det følgende udgør Sønderborg Kommunes bemærkninger til materialet.

Sønderborg Kommune finder overordnet, at der er tale om et rigtig fint materiale. Sønderborg Kommune har følgende generelle bemærkninger til retningslinjerne for voksne samt børn og unge:

- Der bør i retningslinjerne være et yderligere fokus på at tydeliggøre kan og skal opgaver
- Beskrivelsen af det tværkommunale samarbejde tager ikke umiddelbart hensyn til de geografiske udfordringer, der kan være i tyndtbefolkede områder
- Retningslinjerne kan med fordel præciseres i forhold til beskrivelsen af medfinansiering og kommunernes myndighedsansvar
- Der bør være øget opmærksomhed på det forhold, at der bør indgå et nærhedsprincip i forhold til hvem, der får lov at tilbyde specialiseret rehabilitering
- Det er positivt, at der er så meget fokus på de mentale funktionsnedsættelser

Særligt vedrørende voksenområdet:

- S. 10: Definitionen af § 140 genoptræning er noget udvidet i forhold til den definition der findes i Vejledning og genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner
- Side 53. Der ligger på side 53 op til en fortolkning af kommunens kompetencer, hvilket ikke kan anbefales. Kommunen er ansvarlig for at sikre, at de rette kompetencer forefindes

Særligt vedrørende børneområdet:

- Det anses som positivt, at der også på børn- og ungeområdet kommer vejledende visitationsretningslinjer
- Retningslinjen bør også omfatte børn med hjerneskade, frem for børn med erhvervet hjerneskade (som det er defineret i forløbsprogrammet, hvoraf det fremgår at kriteriet for erhvervet hjerneskade er, at skaden er indtrådt tidligst 28 dage efter fødslen). Behovet for genoptræning og rehabilitering vurderes ikke at være afhængig af tidspunktet for hjerneskadens indtræden, når der tales om spædbørn. Børn med medfødt hjerneskade bør sikres det samme koordinerede trænings- og rehabiliteringsforløb som børn med erhvervet hjerneskade. Følgerne af hjerneskaden bør være afgørende for den efterfølgende indsats, frem for tidspunktet for skadens opståen.

Med venlig hilsen



Michael Skriver Hansen  
Sundhedschef



Sundhedsstyrelsen  
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
[fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk)

21. november 2014  
Side 1 af 3

## **Hørings svar fra Aarhus Kommune – Faglige retningslinjer – genoptræning og rehabilitering af voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerne- skade**

Der er tale om meget omfattende faglige retningslinjer for genoptræning og rehabilitering af hhv. voksne og børn/unge med erhvervet hjerneskade. Der foreligger mange vejledninger og retningslinjer på dette område. Det kan gøre det vanskeligt at have det store overblik. Aarhus Kommune vil gerne anerkende det arbejde, der ligger bag udarbejdelsen af de faglige retningslinjer. Det er grundlæggende en faglig rigtig tænkning, at ikke alle hjerneskaderamte skal have den samme indsats – og at der derfor skal ske en stratificering med baggrund i det objektive rehabiliteringsbehov og – potentiale.

Udkastet til faglige visitationsretningslinjer viser respekt om den kommunale indsats, hvilket er positivt.

Aarhus Kommune har enkelte bemærkninger:

### Retningslinjer – voksne

- Side 7 Under lovgrundlaget (Sundhedsloven) har der sneget sig en lille fejl ind. "Barnet/den unges ret til genoptræningsplan" Da denne del af retningslinjen omfatter voksne, skal "barn/unge" slettes
- Side 9 Det kan overvejes, om LEON-princippet med fordel kan nævnes under 1.4.2. – rehabiliteringspotentiale
- Side 12 Sidste afsnit, det fremgår, at indsatserne alle kan ydes i døgn-tilbud eller med udgangspunkt i borgerens eget hjem. Det bør måske tilføjes, at det er kommunerne, der afgør hvilket tilbud, der bedst tilgodeser borgerens behov.
- Side 15 Det fremgår, at vurderingen af genoptræningsbehov, tager afsæt i en interdisciplinær udredning af funktionsevnen..., vurderes af en speciallæge i neurologi. Hvad med geriatrien?
- Side 15 Nogle patienter følges ambulant på sygehus efter udskrivelser. I Region Midtjylland er der f.eks. etableret Apoteams/Apopleksiteams, som står for den ambulante opfølgning af borgerne i eget hjem. Opfølgningen sker ikke på hospitalet.

**SUNDHED OG OMSORG**  
Aarhus Kommune

**Sekretariat**  
Rådhuset  
8000 Aarhus C

Telefon: 89 40 20 00

Direkte e-mail:  
[hlin@aarhus.dk](mailto:hlin@aarhus.dk)  
[www.aarhus.dk](http://www.aarhus.dk)

Sagsbehandler:  
Hanne Linnemann





21. november 2014  
Side 2 af 3

- Side 23      Nederst. Der udarbejdes kun en genoptræningsplan for det samlede genoptræningsforløb, der knytter sig til den samme indlæggelse. Hvilken tidsperiode dækker en "afgrænset periode"? Er det 1, 2, 3 eller 12 måneder? I forhold til at sikre et målrettet og meningsfuldt rehabiliteringsforløb, synes det forunderligt, at det på udskrivningstidspunktet kan vurderes borgerens genoptræningsbehov frem i tiden.
- Side 30      Synsområdet mangler øverst og i det efterfølgende afsnit om typiske behov for genoptræningsindsatser
- Side 30      Der er en fejl i den 3. dot (om dysfagi). Det fremgår, at "patienter med dysfagi, hvor der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration, eller hvis der er anlagt permanent PEG sonde". Samme sætning står også under basalt niveau, og hører korrekt til der. På avanceret niveau er det selvfølgelig patienter med dysfagi, hvor der er risiko for fejlsynkning.
- Side 37      Kap. 7.1. Der savnes en beskrivelse af, at patienten både skal have nedsat funktionsniveau og udviklingspotentiale, før de kan få en genoptræningsplan på specialiseret rehabiliteringsniveau. Umiddelbart kan man få indtrykket af, at der alene er fokus på funktionsnedsættelserne
- Side 42      Kapitel 8 – Vi er lidt i tvivl om, hvordan vi skal læse dette kapitel. Omfatter specialiseret rehabiliteringstilbud her de borgere, der primært har behov for sundhedsfaglige indsatser (ergo- og fysioterapi og sygeplejerske)? Der findes en række specialiserede rehabiliteringstilbud, hvor borgerens behov skal tilgodeses via indsatser på tværs af sundheds- og socialområdet.  
Teksten i kapitel 8 kan godt læses som en indsnævring af rehabiliteringsbegrebet, og at den reduceres til en "hospitalslignende indsats". Aarhus Kommune understøtter ikke en sådan forståelse af begrebet "rehabilitering"
- Det fremgår, at specialiserede rehabiliteringstilbud, der varetager sundhedsfaglige indsatser, som minimum skal have 3 indenfor hver faggruppe. Det fremgår ikke, om de pågældende personer skal være ansat på fuld tid og hvilke kompetencer, de skal besidde.



Aarhus Kommune finder det vigtigt at der på landsplan findes et samlet overblik over hvilke specialiserede rehabiliteringstilbud, der findes – tilbud, som efterlever de faglige og kvalitetsmæssige kriterier, Sundhedsstyrelsen har opstillet. Oversigten vil være en stor hjælp for de personer i kommunerne, der visiterer til tilbuddene.

21. november 2014  
Side 3 af 3

#### Retningslinjer – børn og unge

- Side 16 Det anbefales, at børn og unge med erhvervet hjerneskade revurderes hvert halve år op til 6 års alderen på den pædiatriske afdeling, hvor de er udskrevet fra. Børn og unge fra 6-18 år revurderes årligt.  
Af Serviceloven er der efter iværksættelse af en indsats krav om opfølgning første gang efter 3 måneder – derefter hvert halve år. Det vil være optimalt – når sygehuse og kommuner skal understøtte hinanden i den fælles opgave – at der er overensstemmelse i den kadance, opfølgningen skal ske med.
- Side 30 Som nævnt på voksenområdet er der en fejl i formuleringen i forhold til dysfagi (se bemærkning ovenfor). Samme fejl går igen på børn/unge området.
- Side 52 Det er misvisende tal, da de omfatter både børn, unge og voksne.

På vegne af Aarhus Kommune

Med venlig hilsen  
Hanne Linnemann  
Chefkonsulent



SUNDHED OG OMSØRG  
Aarhus Kommune

Sundhedsudvikling – Sundhedsstrategisk Stab  
Rådhuset  
8000 Aarhus C.  
Telefon 8940 4009 - Mobil 5157 6468 - Email [Hlin@aarhus.dk](mailto:Hlin@aarhus.dk)

**Høringsvar fra de 6 specialiserede hjerneskadecentre i Danmark,  
Hjernesagen og Hjerneskadeforeningen  
vedr. "Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering  
til voksne med erhvervet hjerneskade"**

I juni 2013 udkom regeringens opfølgning på evalueringen af kommunalreformen. Evalueringen konkluderede blandt andet, at der var behov for at sikre øget faglighed i den kommunale genoptræning og rehabilitering af borgere med komplekse og omfattende hjerneskader, og regeringen meddelte, at den ville gennemføre en række nye initiativer på området. Formålet var blandt andet at sikre den specialiserede hjerneskaderehabilitering i Danmark, idet "Der ses en tendens til, at tilbud om intensiv tværfaglig rehabilitering lukkes eller indskrænkes (...), (og) at de tilbageværende tilbud bliver afspecialiserede." ("Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade", Socialstyrelsen. 1. november 2014.)

På denne baggrund blev der i Sundhedsstyrelsens regi nedsat en følgegruppe og 2 arbejdsgrupper, der bl.a. skulle udarbejde en faglig visitationsretningslinje. Sideløbende hermed blev "Den nationale koordinationsstruktur" konkretiseret i Socialstyrelsens regi. Det er efter vores vurdering vigtigt, at se Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens bidrag som en sammenhængende helhed, idet en barriere mellem sektorerne ikke befordrer den tværfaglige, koordinerede og helhedsorienterede indsats, som borgeren har behov for.

Nu er Sundhedsstyrelsens "Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade" sendt i høring. Vores forventninger har været høje, og det er derfor med både undren og bekymring, at vi læser høringsudkastet.

**Om konsekvenserne af visitationsretningslinjens definition af "specialiseret"**

I den nye visitationsretningslinje ses bort fra den hidtidige definition af "specialiseret rehabilitering", og i stedet anvendes en meget snæver definition af begrebet "specialiseret". Sundhedsstyrelsen har udarbejdet nye kriterier for en sundhedsfaglig indsats, der indebærer, at de tilbud, der normalt omtales som "de specialiserede hjerneskadecentre", ikke længere kan betragtes som specialiserede. Det samme gælder flertallet af landets øvrige specialiserede rehabiliteringstilbud. Dette vækker forundring, idet det næppe har været regeringens intention.

Samtidig finder vi det bekymrende, at de specialiserede hjerneskadecentre, som hidtil har været centrale aktører i forhold til undervisning, supervision og sparring, har været metodeudviklende og forskende, samt i høj grad har været leverandører til VISO's ydelser, i fremtiden ikke vil kunne opfattes som specialiserede i Sundhedsstyrelsens regi. Vi er ligeledes bekymrede for den afsmittende effekt, visitationsretningslinjen i fremtiden vil få på kommunernes vurdering og tolkning af, hvornår en indsats er specialiseret.

**Om kommunernes fremtidige ansvar for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen**

Det er vigtigt at påpege, at borgere, som efter Sundhedsstyrelsens kriterier i fremtiden vil blive visiteret til genoptræning på *avanceret niveau*, ofte vil opleve komplekse følger af hjerneskaden, da hele borgerens livssituation og selvforståelse vil ændres. Mange af disse borgere har i høj grad behov for rehabilitering på *specialiseret niveau på flere områder*. Det vil sige behov, der ikke vil blive imødekommet på avanceret niveau.

Af visitationsretningslinjen fremgår, at genoptræningsplanen skal bruges som "Indstilling af borgeren til forløb eller indsatser, hvor der er de rette kompetencer til at varetage patientens genoptrænings- og rehabiliteringsbehov." Det er vores erfaring, at der er stor forskel på kommunernes viden om erhvervet hjerne-

skade. Det er derfor yderst tvivlsomt, om kommunerne har den helt nødvendige neurofaglige viden og kompetence til at vurdere, hvilket konkrete tilbud en hjerneskaderamt borger har behov for.

Ligeledes er det vores opfattelse, at kommunerne kan have vanskeligt ved at vurdere, om de konkrete tilbud *reelt* er specialiserede. Dette understreges af, at det endnu ikke har været muligt – hverken i kommunalt, regionalt eller centralt regi - at opnå enighed om en anvendelig definition af de 3 niveauer: basalt, avanceret og specialiseret.

Erfaringen er fortsat, at det er endog meget vanskeligt at få kommunerne til at visitere til de specialiserede hjerneskadecentre, som allerede eksisterer i dag. Der sker dermed en løbende udsultning af de specialiserede hjerneskadecentre i form af kortere og kortere forløb. Denne udvikling kan alle specialiserede hjerneskadecentre bekræfte.

### **Visitationsretningslinjens konsekvenser for borgerne**

Vi er opmærksomme på, at "Formålet med at fastsætte sundhedsfaglige kvalitetskrav for specialiserede rehabiliteringstilbud er at sikre, at borgerne med et sundhedsfagligt behov for rehabilitering på specialiseret niveau får et relevant rehabiliteringstilbud af en høj kvalitet." (Visitationsretningslinjens afsnit 8, side 42) og at "Sundhedsfaglige indsatser er de indsatser, der leveres af autoriserede sundhedspersoner. Det omfatter bl.a. læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter". (Side 42)

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at målgruppen for den specialiserede rehabiliteringsindsats falder i 2 hovedgrupper:

1. borgere med omfattende bevægelsesmæssige og andre fysiske funktionsnedsættelser
2. borgere med komplekse hjerneskaderelaterede følger mht. det fysiske, kognitive, sproglige og emotionelle funktionsniveau.

Gruppe 1 er karakteriseret ved rehabiliteringsbehov, der er velbeskrevet i visitationsretningslinjen. Den relativt tidlige udskrivning fra sygehus giver netop behov for tilstedeværelsen af de sundhedsfaggrupper, som visitationsretningslinjen beskriver.

Gruppe 2, som er den egentlige målgruppe for de specialiserede centre, har ikke behov for et rehabiliteringstilbud, der har åbent 365 dage om året. Tværtimod er det kontraindiceret, at borgeren skal tilbringe 7 dage om ugen i professionelt regi, når formålet er rehabilitering til et arbejds- og privatliv så tæt på det hidtidige liv som muligt.

Gruppe 2 har behov for tværfaglige, helhedsorienterede og specialiserede rehabiliteringstilbud, men ikke behov for sygepleje. I visitationsretningslinjen er det defineret, at hvis borgerne har behov for indsatser ift. bevægelsesfunktioner og andre kropsfunktioner, så "skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker med specialiserede kompetencer i forhold til disse områder. (Side 39)

Gruppe 2 har barrierer i form af kognitive, sociale og følelsesmæssige vanskeligheder. Barrierer, som de specialiserede centre har vist, at det er muligt at overvinde. Således har hjerneskaderamte borgere – efter et specialiseret forløb -kunnet vende tilbage til arbejdsmarkedet og til et privatliv, der har været så selvstændigt som muligt. Både nationale og internationale studier viser relevansen og effekten af den specialiserede indsats, for derigennem at udnytte målgruppens kompetencer og potentiale. Den indsats, der skal til for at understøtte målgruppens behov og potentialer, kan i fremtiden ikke defineres som specialiseret.

Langt de fleste kommuner vil ikke have volumen til at imødekomme denne gruppes specialiserede behov. Det vil medføre, at gruppen med komplekse skadesfølger i kombination med et arbejdsmarkdespotentiale ikke er omfattet af visitationsretningslinjen.

Vi ønsker, at gruppe 2 – på lige fod med gruppe 1 – beskrives og omfattes af visitationsretningslinjen, således at deres behov for en specialiseret indsats anerkendes - eller med andre ord, at de relevante tilbud anerkendes som værende specialiserede.

Endelig er det vanskeligt at forestille sig hvilket rehabiliteringstilbud, der kan rehabilitere borgere med potentiale for at vende tilbage til et arbejdsliv og et selvstændigt hverdagsliv, og samtidig kan opfylde Sundhedsstyrelsens krav om, at "mindst tre i hver relevant sundhedsfaggruppe skal have de relevante specialiserede kompetencer i forhold til hjerneskaderehabilitering." (s. 44)

### **Centrale indvendinger**

Visitationsretningslinjens definition af genoptrænings- og rehabiliteringsniveauer har et snævert sundhedsfagligt udgangspunkt med problematiske følger. En stor del af de patienter, hvis behov svarer til visitationsretningslinjens kriterier for en specialiseret indsats, kan i virkeligheden imødekommes i et tilbud på avanceret niveau. Omvendt vil en del af de patienter, der udskrives med en genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering, ikke få et relevant tilbud.

Med andre ord mener vi, at den sikkerhed for kvaliteten i de hjerneskaderamte borgeres rehabilitering og den støtte til kommunernes visitation, som man ønskede at opnå med de nye genoptræningsplaner i stedet kommer til at "ophøje" de avancerede tilbud med højt sundhedsfagligt niveau til specialiserede tilbud, og "degradere" de specialiserede centre, der igennem snart 30 år har været med til at løfte rehabiliteringsindsatsen i Danmark, til "ikke-specialiserede" tilbud. Dette har næppe været formålet med den proces, der blev igangsat af regeringen på baggrund af evalueringen af kommunalreformen.

**En anden central indvending** imod den nye visitationsretningslinje er, at det i fremtiden bliver kommunernes ansvar at vurdere, hvordan sygehusenes vurdering af, at borgeren har behov for et specialiseret tilbud, skal føres ud i livet. Det betyder, at det udelukkende bliver kommunerne, der (med enkelte undtagelser) ikke råder over tilstrækkelig neurofaglig kompetence på specialiseret niveau, som skal vurdere, hvor og hvordan genoptræningen/rehabiliteringen skal finde sted.

Af visitationsretningslinjen s. 31 fremgår det, at "Mange kommuner vil have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde for at etablere genoptrænings- og rehabiliteringstilbud på avanceret niveau". Her kunne det med fordel tilføjes, at "Mange kommuner vil have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde og at samarbejde med de specialiserede hjerneskadecentre ....". Det er vigtigt, at fastholde, at der allerede i dag eksisterer den nødvendige viden, faglige kompetence og specialiseringsniveau på de eksisterende hjerneskadecentre.

### **Regeringens ønske om at sikre den fremtidige rehabilitering og de specialiserede centres fremtidige rolle**

Det er i visitationsretningslinjen en forudsætning for kvaliteten i fremtidens genoptrænings- og rehabiliteringsindsats, at der sker et tværfagligt, tværsektorielt og tværkommunalt samarbejde om organisering, visitation og tilbud til borgerne. Den struktur er i dag ikke tilstrækkeligt systematiseret hverken internt i kommunerne - i samarbejdet mellem kommuner og sygehuse - eller tværkommunalt.

Med få undtagelser vil de specialiserede centre i fremtiden ikke falde ind under Sundhedsstyrelsens nye definition. Det virker derfor paradoksalt, at visitationsretningslinjen udkommer på samme tidspunkt som Socialstyrelsen "Centrale udmelding". I denne findes der i bilag 1 en detaljeret gennemgang af kriterierne



for rehabiliteringstilbud på "højt specialiseret" niveau, en gennemgang, der vil være dækkende for flertallet af de specialiserede tilbud.

Den aktuelle situation i Danmark er, at de specialiserede centre i Danmark ikke opfattes som ligeværdige parter i samarbejdet med kommuner og regioner. Således inviteres vi ikke med, når der skal udarbejdes sundhedsaftaler i regionsregi eller når hjerneskadeområdet behandles i KKR-regi.

Med andre ord medtænkes vi hverken som kommunale eller regionale tilbud. Dermed bliver det de specialiserede centres egen opgave at sikre, at der i Danmark findes specialiserede centre, der kan tilbyde rehabilitering, forskning, metodeudvikling, undervisning, supervision og rådgivning såvel kommunalt, regionalt som i VISO-regi.

Det har hverken været ambitionen eller resultatet, at de puljemidler på 150 millioner kr., der er blevet udmøntet til kommunerne i perioden 2011-2014, skulle løfte den kommunale indsats til et specialiseret niveau.

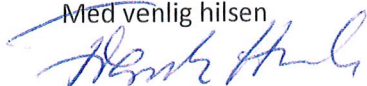
Formålet var at løfte den kommunale indsats fra basalt til avanceret niveau. Der har i perioden været mange og gode projekter i gang med de specialiserede centre som hovedaktører. De kommunale opkvalificeringsprojekter afsluttes i disse måneder, og kommunernes indsats vil fremadrettet være væsentligt stærkere i forhold til den brede gruppe af hjerneskaderamte, der har brug for et tilbud på avanceret niveau. Vi ser det som en stor risiko, at kommunerne med de nye visitationsretningslinjer fremover vil tilbyde borgere med behov for en specialiseret, intensiv og tværfaglig indsats et tilbud på avanceret niveau inden for egne rammer.

Det er således væsentligt at anerkende berettigelsen af de specialiserede centre, der har stået for opkvalificeringen af kommunernes medarbejdere og tilbud.

De specialiserede centre har den specialiserede neurofaglige ekspertise, der også vil være behov for i fremtiden.

Det er nødvendigt, at centrene i fremtiden bliver understøttet både strukturelt og økonomisk. Formålet er, at fremtidssikre eksistensen og anvendelsen af den specialiserede hjerneskaderehabilitering, der er opbygget i Danmark igennem de sidste 30 år.

Med venlig hilsen



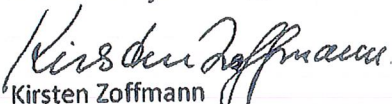
Frank Humle  
Direktør  
Center for Hjerneskade




Ole Laursen  
Centerchef  
Hjerneskadecentret i Århus



Jeanette Skjelborg  
Direktør  
Vejlefjord Rehabiliteringscenter



Kirsten Zoffmann  
Centerleder  
Hjerneskadecentret, Odense



Henning Olsen  
Centerleder  
Hjerneskadecentret-BOMI

Anette Krusborg  
Afdelingsleder  
Hjerneskadecenter Nordjylland



Lise Beha Erichsen  
Direktør  
Hjernesagen



Niels-Anton Svendsen  
Landsformand  
Hjerneskadeforeningen

Sundhedsstyrelsen  
Forebyggelse & Borgernære Sundhedstilbud  
Att. Overlæge Bente Møller

Odense den 23. november 2014

## **Høringssvar fra DASYS vedr. Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade**

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Generelt giver visitationsretningslinjen indtryk af et omfattende arbejde, der sammenfatter mange relevante, nødvendige og ønskværdige anbefalinger og vejledninger. Desuden er retningslinjens hensigter og formål prisværdige og positive i ekspliciteringerne af nødvendigheden af et vedvarende og øget samarbejde mellem kommuner og regioner gennem sundhedsaftalerne i håbet om at opnå den ønskede kvalitet og konkretisering af anbefalinger og vejledninger i udmøntningen af retningslinjen. Særligt vægningen af et dynamisk samarbejde mellem sektorerne omkring patienten/borgerens muligt omskiftelige tilstand og afledte behov for fornyede vurderinger og yderligere udredning ser vi som et positivt patient-/borgercentreret behandlingsperspektiv.

Dog synes netop retningslinjens omfattende inddragelse af tvær- og monosektorielle niveauer, ansvars- og samarbejdsområder samt visitationsmetoder til disse niveauer at efterlade indtryk af en umiddelbart svært tilgængelig og uoverskuelig retningslinje, der virker til at gabe over mere, end godt er i et enkelt dokument. Om end det synes prisværdigt at inddrage såvel det kommunale sundhedsområde som det regionale og socialområdet, gør inddragelsen af de mange elementer og niveauer i retningslinjen det vanskeligt at overskue, hvad der egentligt er hvad der skal udarbejdes på og til hvilket niveau – for et umiddelbart indtryk.

Desuden vil vi gerne påpege, at opdelingen af begreberne genoptræning og rehabilitering som to adskilte enheder ikke giver faglig mening. De to vejledninger, der henvises til som fundament for definitioner af begreberne, definerer hver for sig hhv. genoptræning og rehabilitering, men idet indholdet af begrebet genoptræning med al tydelighed indgår i begrebet rehabilitering, synes det som en kunstig og unødvendig videreførelse af de to retningslinjer fortsat at opdele begreberne. Nærværende retningslinje kunne med fordel have gjort op med de to vejledningers adskillelse og således have udgjort et mere samlende, tværsektorielt dokument. Særligt med henvisning til introduktionens ordlyd om den volumenmæssigt store gruppe apopleksipatienters komplekse og omfattende rehabiliteringsbehov og beskrivelserne af behovet, synes det at være unødvendigt at opdele rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade som overordnet begreb i to underbegreber. Argumentationen i punkt 1.5 formår ikke fyldestgørende at godtgøre denne opdeling af genoptræning som en del af det samlede rehabiliteringsbegreb, men ses snarere at videreføre opdelingen fra de to underliggende vejledninger for det kommunale område, som dels isoleret ikke giver mening på det regionale (sygehus-) område, dels efter vores overbevisning bevirker en tilsyneladende simplificering af populationens behov, der ikke lader sig afgrænse og definere på samme måde men snarere er multifacetteret og konstant overlappende.



Vi anerkender retningslinjens formuleringer om hhv. sygehusenes og kommunernes ansvar og opgaver samt retningslinjens generelle fokusering på inddragelse af og samarbejde med patienten/borgeren ved vurderinger og udfærdigelser af planer, mål og indsatser. Desuden finder vi påpegnen af det interdisciplinære samarbejde som grundlag for vurdering af patienten/borgerens funktionsniveau positivt og essentielt for tilvejebringelsen af sufficente indsigter i patientens/borgerens situation.

Særligt i forhold til indholdet i afsnit 8.2.5 Kvalitet og dokumentation har vi følgende kommentarer:

Afsnittet inddrager i overordnet form de centrale krav til kvalitet og dokumentation. Det er ønskeligt med henvisninger til eksempler på relevante kliniske kvalitetsdatabaser og kliniske retningslinjer.

Skulle vores hørings svar give anledning til spørgsmål uddyber vi naturligvis gerne vores synspunkter.

Med venlig hilsen  
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bente Hoeck  
Medlem af bestyrelsen

## Hørings svar vedr.: Faglige visitationsretningslinjer - genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade

Det er Holstebro Kommunes opfattelse, at det er et godt og gennemarbejdet høringsmateriale, som stiller krav til kommunerne ift. at kunne leve op til retningslinjerne. Holstebro Kommune finder overordnet de konkrete anbefalinger, der er i materialet, relevante.

Ift. pkt. 5.4 (voksne, avanceret niveau) savnes, at målgruppen også omfatter "patienter med bevægelsesmæssige eller sansemæssige funktionsnedsættelser (fx pareser, smerter eller alvorlige balanceproblemer), der medfører omfattende begrænsninger i aktivitetsniveauet"

Ift. børneområdet har Holstebro Kommune følgende kommentarer:

- Side 16: Det bør uddybes, at der ved børn med kognitive ændringer efter en hjerneskade bør laves en neuropsykologisk udredning i regionalt regi.
- Nederst side 16: "*Nogle børn, hvor der ikke blev observeret umiddelbare funktionsnedsættelser i forbindelse med sygehuskontakten, udvikler senere tegn på følger af en hjerneskade.*"

I Holstebro Kommune opleves det, at disse børn ikke får den fornødne lægelige opfølgning, hvorfor det ville være hensigtsmæssigt med fastlagt regelmæssig lægekontrol i en periode efter hændelsen, for derigennem at sikre hurtigst mulig indsats for disse børn ved behov.

- Side 19: "*Minimum hver tredje måned foretages en tværfaglig vurdering af forløbet.*"

Det er et ambitiøst mål, at der skal foretages en løbende tværfaglig vurdering af forløbet, herunder om barnet profiterer af indsatsen. Det kan være rigtig svært at samle mange fagpersoner så ofte. Holstebro Kommune anerkender, at det kan være hensigtsmæssigt ved opstart af nye forløb og ved overgange, men foreslår det afgrænset hertil.

- Kommunerne kan have brug for specialiseret faglig sparring ift. børn med hjerneskader, hvis der skal arbejdes på højere niveau. Dette kun-

## KULTUR OG SUNDHED

Ledelsessekretariatet

ne være relevant at der etableres en vidensbank, enten tværkommunalt eller med en regional samarbejdspartner. Desuden er det vigtigt, at der er en fyldestgørende udredning af det enkelte barn på specialistniveau, før det udskrives fra sygehus til kommune.

- Side 19 øverst: Det er uklart, om der er plan for eller er der afsat midler til opkvalificering af fagpersoner, så de sikres den nødvendige viden om børn og unge med erhvervet hjerneskade. Det bør der være.
- Side 19: Ift. at hjerneskadekoordineringsfunktion hensigtsmæssigt etableres, så den omfatter børn og unge med både medfødte og erhvervede hjerneskader, er det Holstebro Kommunes vurdering, at børn med medfødte hjerneskader er vokset op i et system, hvor der løbende tages hånd om det enkelte barn, og der er specialmiljøer og uddannet personale til at tage hånd om disse børn.

Derimod opleves det, at familier til børn med erhvervede hjerneskader og børnene selv har andre behov for en særlig og koordineret indsats, da det er en helt anden situation, hvor et ellers velfungerende barn, får helt andre behov. Holstebro Kommune ser, at børn med erhvervede hjerneskader, der har pådraget sig kognitive ændringer, har særlige behov for at få hjælp og støtte til at få indrettet en ny dagligdag og få støtte til en overordnet koordinering af en løbende indsats.

Holstebro Kommune har derfor en bekymring for, at en sammenlægning af disse to grupper vil betyde, at gruppen med erhvervede hjerneskader vil blive marginaliseret, da gruppen med medfødte skader har stor overvægt og bevågenhed også fra handicaporganisationer. Dermed kan det frygtes, at børnene med erhvervede hjerneskader vil blive nedprioriteret, og at der ikke vil blive sat fokus på denne gruppe, da de ofte har skjulte handicaps.

Med venlig hilsen

Anders Kjærulff  
Direktør  
Kultur og Sundhed



## Høringssvar til ”Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade”

Audiologopædisk Forening har modtaget Sundhedsstyrelsens udkast i høring, og har i den forbindelse følgende kommentarer:

### **Generelle bemærkninger**

Indledningsvis bemærker foreningen, at udkastet imødekommer en del af de udfordringer, som har eksisteret på genoptræningsområdet efter Kommunalreformen i forhold til ansvarsplacering i hhv. Sundhedsområdet og Socialområdet. Overordnet finder vi bekendtgørelsens præciseringer og indarbejdelse af revision af bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningsniveau efter udskrivning fra sygehus samt vejledning om træning i kommuner og regioner af specialiseringsniveauer under og efter hospitalsindlæggelse positiv.

Det er foreningens opfattelse, at visitationsretningslinjerne som beskrevet for voksenområdet udtrykker langt større klarhed end tilfældet er for børne-ungeområdet, hvor udkastet ikke i samme grad relaterer sig til den faktiske virkelighed som den fx er under udmøntning i forhold til Folkeskolereformen.

Implementeringen af specialiseringsniveauer kræver efter foreningens opfattelse certificering af de enkelte rehabiliteringstilbud i socialområdet, således både borgeren og sagsbehandleren kan vurdere, hvilke faglige kvalifikationer det enkelte sted repræsenterer. Herved undgås tvivl om, hvorvidt, der fx rent faktisk rehabiliteres med almene basale indsatser eller avancerede specialiserede indsatser. Audiologopædisk Forening ser i denne forbindelse et problem i manglende certificering af logopæder. Foreningen er indstillet på fortsat dialog og samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Undervisningsministeriet og Uddannelses- og Forskningsministeriet omkring en tilrettelæggelse af en certificeringsordning (autorisation) for faget Audiologopædi. Herved vil audiologopæder ligeledes i sygehusregi på lige fod med øvrige autoriserede sundhedspersonale formelt indgå i arbejdet med at udmønte visitationsretningslinjen med sikkerhed for at faglige krav til kompetencer også for denne faggruppe er opfyldt.

## Kommentarer relateret direkte til høringsudkastet

### 2.3 Specialiseringsniveauer på det sociale område

Der mangler eksakte præciseringer af, hvad specialiseringsniveauerne skal kunne. Der foreslås derfor certificering af de enkelte tilbud, således der kommer til at herske fuld klarhed over, hvad et tilbud kvalitetsmæssigt kan forventes at bestå i.

### 3.2.2 Sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehov

Der mangler procedure til kvalitetsmæssig sikring af borgeren bliver visiteret (sundhedsfagligt vurderet) til det rigtige niveau, ligesom man kan frygte at der ligger en vis vilkårlighed i den ”løbende revurdering af genoptræningsbehovet”.

### 3.2.5 Koordinering af genoptrænings-og rehabiliteringsindsatsen

Foreningen foreslår, at der som udgangspunkt altid udpeges en tovholder eller kontaktperson i forhold til den enkelte patient med hjerneskade.

### 3.3.3 National koordinationsstruktur

Foreningen foreslår at Socialstyrelsen /skal/ frem for /kan/ udmelde målgrupper eller særlige indsatser, hvor der er behov for øget koordination eller planlægning på tværs af kommunerne i en eller flere regioner.

### 4.2 Udredning af funktionsevne

En certificering af rehabiliteringstilbud vil sikre brug af validerede værktøjer i vurderingerne af funktionsevne.

### 5 Visitation – genoptræningsplaner til almen genoptræning

Hvorledes vil man sikre at den sundhedsfaglige vurdering, der foretages i kommunerne foretages af relevante sundhedspersoner med særlige kompetencer? Audiologopædisk Forening foreslår minimumskrav til uddannelsesniveau – dvs certificeret sundhedspersonale herunder (audio)logopæder.

### 8 Sundhedsfaglige kvalitetskrav til specialiserede rehabiliteringstilbud

I forbindelse med senhjerneskade er tilstedeværelsen af afasi og dysartri en hyppigt forekommende følgevirkning, som vil fylde væsentligt i det specialiserede rehabiliteringstilbud. I forvejen er audiologopæderne en del af sygehusrehabiliteringstilbuddet, men som tidligere anført ikke betegnet som en del af den autoriserede sundhedsfaglige indsats. Ved at indlemme denne medarbejder gruppe kan der formuleres sundhedsfaglige krav på lige fod med øvrige autoriserede sundhedspersoner. Audiologopædisk Forening skal derfor opfordre til iværksættelse af et autorisationsarbejde for audiologopæder for at kvalitetssikre de specialiserede rehabiliteringstilbud.

Audiologopædisk Forening uddyber gerne dette høringssvar.

Med venlig hilsen

Bente Reimann Jensen

Formand

fobs@sst.dk

## **Høringssvar vedr. faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade**

Regionshospitalet Hammel Neurocenter har som det eneste sted i Danmark et højtspecialiseret børn- og ungeklinik/sengeafsnit for erhvervet hjerneskadede.

Derfor dette høringssvar til ovenstående retningslinje udsendt 5. november 2014:

### 1) Afgrænsning og hjerneskaders udvikling over tid og alder

Gruppen er afgrænset til at omfatte børn og unge. Dette giver anledning til følgende overvejelser: Der findes grupper af børn, som får vitterlige hjerneskader i barndommen, men hvor konsekvenserne er begrænsede eller ikke erkendt som skadefølger i barndommen. Af disse er der nogle, hvor skadefølgerne først bliver tydelige i den voksne alder.

Til grund for dette kan der ligge flere mekanismer.

### **“Vokse ind i problemer”**

Der kan være tale om at de unge “vokser sig ind i problemer”. Det kan forstås således, at personens stærke sider er brugt med utilstrækkelige kompenserende strategier, således at deficitet på sigt afdækkes.

### **Biologisk udvikling**

Der kan være tale om, at såvel cerebral parese som mental retardering (CP og MR kan begge have erhvervet skade som ætiologi) har forskellige konsekvenser afhængig af barnets alder og hjernens udvikling.

### **Utilstrækkelig kendt naturhistorie**

Der kan være tale om at naturhistorien af forskellige tilstande ikke er tilstrækkelig belyst, f.eks. neurologiske senfølger hos børn behandlet for maligne tilstande. Såvel cytostatica som stråler har en noxisk effekt på celler. Det har de også på celler, som har lang levetid så som muskelceller og nerveceller. Hvis disse cellers levetid bliver forkortet som følge af dette, kan symptomerne komme 20 – 30 år efter den noxiske begivenhed.

### **Gentagne skadelige begivenheder**

En skade kommer sjældent alene. Gentagne skader kan forværre konsekvenserne af tidligere.

**midt**  
regionmidtjylland

Dato 26.11.14

Reference: Lærke Holm

Tlf. 7841 9006

kirmel@rm.dk

Side 1/5



## Degenerative sygdomme

Nogle skader (encephalitis, stroke, hørenedsættelse) kan i virkeligheden være de første symptomer på degenerative sygdomme.

### Konklusion:

Det er vigtigt at sikre overlevering fra børneområdet til voksenområdet; det er der, det tit går galt. Hvis der ingen naturlig aftagere er til opgaven, skal den hjerneskadede kunne fortsætte i Børneregion – også udover 18 år (velkendt fra pædiatriske afdelinger i sjældne sygdomsområder fx onkologi, cytisk fibrose).

## 2) Opfølgning

### Tilbage melding:

Da vanskeligheder tydeligvis kan udvikle sig, er det vigtigt med tilbage melding fra de kommunale instanser til et overordnet specialiseret niveau, hvor man er vant til at genkende og diagnosticere mønstret.

### Fremadrettet opfølgning:

Det er også vigtigt med et system, der kan føre den allerede indvundne erkendelse om den enkelte hen over administrative og uddannelsesmæssige grænser.

I øjeblikket er kommunerne ved at udvikle hjerneskadekoordinatorfunktionen, som skal koordinere indsatsen i kommunen og skaffe "knowhow" til kommunen, som i sagens natur ikke kan have det på alle områder. I øjeblikket er det langt fra alle kommuner, som har hjerneskadekoordinatorer og i en del kommuner har "hjerneskadekoordinatorerne ikke den tilstrækkelige erfaring og viden. Det er derfor vigtigt at sikre kommandolinjer opad og nedad i niveau og på tværs af kommunegrænser.

Helt specielt er det nødvendigt at sikre, at viden følger med ved overgang fra børn og unge området til voksenområdet. Det gælder især når "jobcentrene" eller uddannelsessystemet skal overtage forløbet. Der findes UU-vejledere, men det er kun sjældent den samme person over lang tid.

**Ved overgang til voksenområdet er der ofte behov for en massiv socialpædiatrisk / socialmedicinsk indsats.** Det er omtalt i (3.2.5), men det er et af de områder, der fortjener allermest opmærksomhed. RHN har oplevet flere års forsinkelse før de unge voksne får et relevant tilbud. *Vi anbefaler, at dette får højere opmærksomhed i visitationsretningslinjen.*

Nye erfaringer fra samarbejdet mellem børneonkologer og neuropædiatere viser netop med hensyn til de ovenfor nævnte forhold, at nogle af de neurologiske og neuropsykologiske vanskeligheder først viser sig i ung voksen alder. De samme erfaringer viser, at der meget vel kan opstå behov for behandling i denne alder med **centralstimulerende medicin.**



## Ansvar og samarbejde

Det er anbefalet at børn vurderes halvårligt på børneafdelingen (3.1.4 ),

*"Børn og unge med følger efter en erhvervet hjerneskade skal i mange tilfælde følges ambulant på sygehus efter udskrivelsen.*

*Formålet med dette er f.eks., at:*

- følge op på behandlingen og rehabiliteringen givet under indlæggelsen
- færdiggøre en planlagt udredning af funktionsevnen
- behandle følgetilstande og komorbiditet

*Sygehuset tager ved udskrivelsen stilling til behovet for ambulant opfølgning. Dette skal fremgå af genoptræningsplanen.*

*Det anbefales, at børn og unge med erhvervet hjerneskade revurderes hvert halve op til seks års alderen på den pædiatriske afdeling, hvor de er udskrevet fra. Børn og unge fra 6-18 år revurderes årligt. Børn med svære hjerneskader følges ambulant helt frem til voksenalderen"*

## Kommentar:

"Den pædiatriske afdeling, der har udskrevet dem" må formentlig forstås som det **neuropædiatriske team**. For at de skal kunne fungere er det nødvendigt med vurderinger foretaget i døgninstitutioner, daginstitutioner og specialinstitutioner af de specialpædagoger, som er på stedet, og som er vant til udviklingsvurderinger af børn. I den udstrækning at institutionen ikke har det, må de blive hjulpet af PPR. Sammen med det neuropædiatriske team vil der kunne laves en global vurdering.

Det forudsættes, at der enten mødes med eller indhentes beskrivelser fra specialpædagoger, tale/høre pædagoger synsvejledere, institutionernes ergo- og fysioterapeuter samt for de større børns vedkommende PPR.

*"Det anbefales, at børn og unge med erhvervet hjerneskade revurderes hvert halve op til seks års alderen på den pædiatriske afdeling, hvor de er udskrevet fra" (3.1.4)*

Det må formentlig forstås som "den lokale børneafdeling". Fra Hammel Neurocenter udskrives de fleste børn til hjemmet (i forståelse og samarbejde med den lokale børneafdeling).

Det vil formentlig ikke kunne gennemføres at se alle børn hvert halve år, men det kan altid være et forhandlingsgrundlag med hospitalsledelsen.

Nogle steder vil funktionen være udmøntet ved at neuropædiateren indgår i det tværfaglige team i døgn-institutioner eller i behandlingsteams.

Børneafdelingen vil tage stilling til børnenes trivsel (fysisk) og på baggrund af forældres og de nævnte fagfolks beskrivelse, også tage stilling til barnets udvikling og til syns- og hørededefekter (evt. lave henviser til relevant us. for samme). Børneafdelingen vil tage stilling til evt. epilepsi, cerebral parese, movement disorders, neuropatier, osteoporose, reflux og meget andet. Børneafdelingen vil evt. supplere med EEG, scanning eller andre undersøgelser.

Hvis der optræder mistanke om eksekutive vanskeligheder, vil børneafdelingen håndtere dette relevant med evt. yderligere udredning (PPR el neuropsykolog) og evt. sætte barnet i centralstimulerende behandling.

Forudsætningen for at kontroller på sygehuset lykkes er, at der i fase III er gjort observationer, vurderinger og testninger, og at der er givet tilbagemelding til det neuropædiatriske team.

### **Hvad er relevant specialisering af psykologisk undersøgelse?**

I 3.1.4 står ..kan indhentes udtalelse fra PPR ...

*Vi vil foreslå, at der står " skal indhentes".*

Under 5.3.3."Krav", er det anført som et krav at *"De involverede fagpersoner har adgang til rådgivning og vejledning fra specialiseret niveau, herunder særligt fra børneneuropsykologer "*

Det er glimrende med børneneuropsykologer i den udstrækning, at man har adgang til dem, men der eksisterer kun ganske få af denne slags.

Vi vil foreslå, at vendingen erstattes med "**De involverede fagpersoner har adgang til rådgivning og vejledning fra specialiseret niveau, herunder samarbejde med psykologer**". Dette er ud fra RHNs glimrende erfaring med samarbejde med PPR. Det er væsentlig at inddrage PPR, da der er flere i hver kommune og det er vigtigt, at de er instanser, der er geografisk tæt på til at kunne hjælpe familiens liv.

Det er RHNs vurdering at PPR laver en meget relevant vurdering af barnets vanskeligheder i relation til skolearbejdet, og at PPR selv foreslår videre henvisning i relevante tilfælde.

### **Komorbiditet**

I 1.1 er omtalt psykiatrisk komorbiditet.

Det anbefales at det fjernes og erstattes med: Komorbiditet, som så til gengæld skal have underpunkter:

- Mental retardering
- Epilepsi
- Spasticitet
- Synsnedsættelse
- Svær synsnedsættelse
- Høre nedsættelse
- Svær hørenedsættelse
- CI problematikker
- Sprogforstyrrelser
- Neuropsykologiske eksekutive vanskeligheder
- Ernæringsproblemer
- Hormonelle forstyrrelser
- Nyreproblemer

- Osteoporose

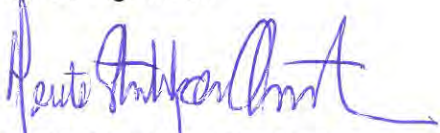
Alle disse områder varetages af de pædiatriske afdelinger.

Dette høringssvar er udarbejdet i samarbejde med:

Troels J. Brünnich Lyngbye, Specialeansvarlig overlæge, neuropædiater, Dr. Med.

På centerledelsens vegne

Med venlig hilsen



Merete Stubkjær Christensen  
Led. overlæge

**midt**  
regionmidtjylland



Til Sundhedsstyrelsen

25. november 2014

**Høringssvar fra Dansk Neuropædiatrisk Selskab vedr. udkast til ”Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade.**

Overordnet beskrives sygehusets og kommunernes ansvar i forhold til genoptræning og rehabilitering af børn/unge med erhvervet hjerneskade, som vi anser for et meget kompliceret og komplekst område som i høj grad trænger til et løft i form af øget faglighed og koordinering af indsatser, herunder en præcisering af ansvarsfordeling og krav til specialiseringsniveau. Herudover er det positivt, at det præciseres, at der kan være behov for hjælp og støtte til hele familien.

Gennemgående er der tale om et gennearbejdet og anvendeligt udkast, der kan være med til at løfte dette område ved den rette implementering på sygehuse og i kommuner.

Særligt funktionen hjerneskadekoordinator forventer vi vil løfte området og kan give mulighed for at optimere forløbene. Det skal samtidig bemærkes at gruppen af børn og unge med erhvervet hjerneskade er en forholdsvis lille gruppe og derfor anser vi det for afgørende at ved implementeringen af denne funktion i det kommunale og tværkommunale samarbejde at medtænke at gruppen af børn med medfødt hjerneskade også omfattes af hjerneskadekoordinator funktionen. Der er tale om en arbitrær grænse, der skelner mellem om skaden er sket før eller efter dag 28. efter fødslen.

I afsnit 1.1 omkring baggrund for retningslinjen står nævnt, at der er øget risiko for at udvikle psykiatrisk komorbiditet. Dette giver ikke mening i sammenhængen, da der er risiko for en række komplikationer og komorbiditet bl.a. i form af psykiatrisk sygdom, men også på en række andre områder.

I forhold til behandling og opfølgning af denne patientgruppe på børneafdelingerne, er en ikke ubetydelig del af målgruppen for denne retningslinje børn/unge med tumor i centralnervesystemet. I bl.a. afsnit 3.1 omkring sygehusets ansvar må man forholde sig til at en ikke uvæsentlig del af børn med CNS tumorer udskrives fra børneonkologisk afsnit og i mange tilfælde også vil fortsætte i børneonkologiske ambulatorier. Dette anbefales præciseret i forhold til kompetenceniveau, at der gennemgående skrives speciallæge i pædiatri med særlig kompetence indenfor neuropædiatri og/eller børneonkologi.

Vedr. 3.1.2 er det meget fint at nuværende praksis med udskrivningskonference fastholdes. Det fremgår tydeligt at det er sygehusets sundhedspersoner, som har ansvaret for udarbejdelse af genoptræningsplaner til den rette genoptræningsniveau eller evt. rehabiliteringstilbud. Derfor er det svært at forstå hvad der menes i den sidste sætning på side 15 "..., når sygehuset eller kommunen finder det relevant ved udskrivelse til almen genoptræning..." . Menes der at kommunen kan tage initiativ til en udskrivningskonference? Det kan forstås at kommunen kan bestemme om det skal være almen genoptræning eller specialiseret - og i så fald modsiger det jo 3.1.3 om at man på sygehuset fastlægger hvilket specialiseringsniveau barnet henvises til. Så skal det skrives mere tydeligt.

Første sætning på side 16 modsiger 3.1.4, hvor behovet for ambulant opfølgning beskrives til at være hvert halve år. Der burde stå " videre samarbejde aftales" og ikke "drøftes behovet", fordi behovet er der altid.

Vedr. afsnit 3.1.4 kunne afsnittet godt blive mere præcist i sine anvisninger fx: Det anbefales at børn og unge med erhvervet hjerneskade følges ambulant af speciallæge i pædiatri med neuropædiatrisk og / eller børneonkologiske kompetencer min. hvert halve år frem til skolestart og herefter mindst en gang årligt frem til voksenalderen. Det kan vel ikke angives at det præcist skal være på den afdeling barnet/den unge er udskrevet fra, da man ikke kan fratage familien deres ret til frit sygehusvalg og desuden vil en del af disse børn/unge udskrives fra fx rehabiliteringstilbu, der ikke tilbyder ambulant opfølgning. I afsnittet står at der kan indhentes oplysninger fra fx PPR mm. – foreslår at der skrives der **skal** indhentes oplysninger.

I afsnit 3.2.5 fremgår at hjerneskadekoordineringsfunktionen på børne- og ungeområdet hensigtsmæssigt kan etableres i et tværkommunalt samarbejde. Derudover kan den hensigtsmæssigt etableres så den omfatter børn og unge med både medfødte og erhvervede hjerneskader.

Det ville være mere hensigtsmæssigt at sidstille de to grupper på langt flere områder end blot omkring hjerneskadekoordineringsfunktionen, idet behov for avanceret genoptræning/habilitering/rehabilitering på de fleste områder kan sidestilles.

Under 5.3.3 krav til koordinering og samarbejde angives som pind nr. 4: De involverede fagpersoner har adgang til rådgivning og vejledning fra specialiseret niveau, herunder særligt fra børneneuropsykologer. Foreslår at børneneuropsykolog erstattes med psykolog og at PPR's rolle inddrages mere i beskrivelsen af samarbejdspartnere, da PPR vil være de primære samarbejdspartnere og ofte vil det være psykolog tilknyttet PPR, der vurderer barnets/den unges vanskeligheder fx i forhold til undervisning.

Samlet set er vi glade for at der er udarbejdet retningslinjer der præciserer ansvar og behov for specialisering på dette komplekse område og håber at indsatserne på området kan løftes. Vi ønsker dog at krav til specialisering i den kommunale genoptræning og rehabilitering tydeliggøres herunder at det gøres mere tydeligt hvilket kompetenceniveau der bør involveres i disse forløb. Vi er positive overfor hjerneskadekoordinatorfunktionen, men vil opfordre til at børn og unge med medfødt hjerneskade også inkluderes i disse retningslinjer eller at der udarbejdes tilsvarende retningslinjer for denne patientgruppe.

Charlotte Reinhardt Pedersen, overlæge, Nordsjællands Hospital Hillerød, Børne- og Ungeafdelingen.

På vegne af Dansk Neuropædiatrisk Selskab, bestyrelsen.

Kontakt: [crp@dadlnet.dk](mailto:crp@dadlnet.dk) eller [charlotte.reinhardt.pedersen@regionh.dk](mailto:charlotte.reinhardt.pedersen@regionh.dk)

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

# Notat

**Til** Sundhedsstyrelsen  
**Kopi til** Indtast Kopi til  
**Fra** Aalborg Kommune

**Adm. team ERH. og FYS.**

Ældre- og  
Handicapforvaltningen  
Mølleå 1, 1.sal  
9000 Aalborg

Init.: MAEL

26. november 2014

## Hørings svar vedr. Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade

Aalborg Kommune følger med stor interesse det arbejde, der har pågået i forlængelse af evalueringen af strukturreformen. Evalueringen pegede blandt andet på et behov for at styrke faglighed og kvalitet i indsatserne til borgere med erhvervet hjerneskade, på tværs af sundhed-, social-, beskæftigelses- og specialundervisningsområdet. Derudover var fokus på at sikre af de specialiserede indsatser på området. Det er nu udmøntet i en række initiativer, som tilsammen skulle danne et nyt grundlag for regionernes og kommunernes indsatser på hjerneskadeområdet.

Aalborg Kommune ser, som kommune i almindelighed og som driftherre af et af de højt specialiserede tilbud på hjerneskadeområdet, en række problemstillinger i de nye visitationsretningslinjer:

- Snævert fokus på sundhedsfaglige indsatser som medvirker til en fortsat manglende samlet ramme for hjerneskaderehabilitering på tværs af sektorer og områder
- En beskrivelse af målgruppen der fastholder karakter og volumen uændret og uden stillingstagen til ændringer som følge af de faglige visitationsretningslinjer
- En lineærforståelse af borgerforløb er fastholdt frem for et mere dynamisk billede af borgerforløb, hvilket bevirker, at timing for tværsektoriel dialog ikke tilgodeser behovet for samlede koordinerede rehabiliteringsforløb
- Grundlaget for visitationen – den multidisciplinære udredning fra Sygehuset – benævnes af flere omgange, men det er ikke klart, hvad udredningen omfatter, ligesom det er uklart hvad og hvordan der følges op i forhold til ikke udredte følgevirkninger og rehabiliteringsbehov, herunder den løbende revurdering af behov og potentiale
- Grundlaget for valg af rehabiliteringstilbud på højt specialiseret niveau, samt beskrivelsen af indsatser i de højt specialiserede rehabiliteringstilbud er snævert afgrænset til en beskrivelse af det sundhedsfaglige område. Videre synes det uklart, hvordan sammenhængen mellem de genoptræningsplanerne med henvisning til rehabilitering på højt specialiseret niveau kan andet en henvise til døgndækkede sundhedsfaglig rehabiliteringstilbud. Således er det ikke tydeligt, hvordan de mest specialiserede indsatser samlet set kan sikres, ligesom gennemskueligheden af, hvordan sundhedsområdet og socialområdet spiller sammen, for slet ikke at nævne beskæftigelses- og specialundervisningsområdet

Et af fokuspunkterne i forløbsprogrammerne var koordinering og samarbejde på tværs af sektorer og fagområder, derfor kan det undre, at det ikke er lykket at skabe en samlet **"ramme" for hjerneskaderehabilitering med de nye tiltag der nu foreligger. Koordinering og samarbejde** er løbende beskrevet i visitationsretningslinjerne, særligt i de indledende afsnit, men når det kommer til konkrete anvisninger af, hvordan og hvem, der har ansvaret herfor fokuseres snævert på forpligtelserne på sundhedsområdet.

Der blev specifikt peget på at de faglige visitationsretningslinjer på hjerneskadeområdet skulle udarbejdes af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i samarbejde med KL og Danske Regioner. Aalborg Kommune konstaterer, at visitationsretningslinjerne har fået et mere smalt fokus end forventet og dermed ikke bidrager afgørende til at sikre de mest specialiserede indsatser og tilbud, idet der er fastholdt et snævert sundhedsfagligt fokus på henvisning til genoptræning. (s. 9). Der henvises til lokal tilpasning og implementering af anbefalingerne fra forløbsprogrammerne (s. 19) for at sikre den rette sammenhæng og koordinering. Således er situationen i forhold til bevarelse af de specialiserede tilbud, herunder Hjerneskadecentre og Døgnrehabiliteringstilbuddene, den samme som i 2011, med den undtagelse, at kommunerne jf. den centrale udmelding fra National Koordination skal redegøre for, hvordan opgaven tilrettelægges.

### **Fokus på sundhedsfaglige indsatser og uændret målgruppebeskrivelse**

Aalborg Kommune bemærker, at intentionerne om, at give sygehusene styrkede beføjelser til at beskrive **og anvise niveau for indsats er "landet" således, at der for en relativt begrænset andel af målgruppen (350 – 450 borgere på landsplan årligt) er mulighed for at henvise til rehabilitering på højt specialiseret niveau.** Sundhedsministeriet estimerede i 2013 at ca. 2.000 borgere på landsplan årligt har brug for specialiseret rehabilitering efter en erhvervet hjerneskade. Således efterlader den nye visitationsretningslinje op mod 1.650 borgere uden bedre muligheder for et samlet rehabiliteringsforløb med bedre faglighed og kvalitet. Dette på trods af, at grundlaget – en multidisciplinær helhedsorienteret udredning under indlæggelse – bliver præciseret i de nye visitationsretningslinjer.

Videre er der tilsyneladende ikke taget stilling til, hvordan nye tiltag kommer til at have **betydning for den målgruppe, der aktuelt udskrives uden en genoptræningsplan og "dukker op i kommunerne med rehabiliteringsbehov"** (s. 15) Den situation forekommer ikke ændret med de faglige visitationsretningslinjer, ligesom der ikke umiddelbart skitseres en entydig mulighed for genhenvvisning til fornyet udredning på sygehus. Der kunne de regionale projekter målrettet en styrket indsats til unge med erhvervet hjerneskade have været brugt som mønsterbeskrivelse af muligheder for en styrket indsats til hele målgruppen.

### **Betragtninger om dialog mellem sektorer i borgerforløb**

Aalborg Kommune finder, at der med de faglige visitationsretningslinjer er valgt en lineær tilgang til patientforløb, hvilket alt andet lige har betydning for borgernes mulighed for rehabilitering til et liv i mestring. Borgere, der indlægges til behandling og genoptræning/rehabilitering efter en erhvervet hjerneskade, kommer fra et liv som borgere, og skal vende tilbage til et liv som borgere. Derfor er det helt afgørende, at viden fra konteksten omkring borgerens liv og fremadrettede muligheder, som ultimativt findes i primærsektoren, bringes i spil langt tidligere end ved udskrivningstidspunktet.



Når der i visitationsretningslinjerne lægges op til, at der senest ved udskrivning tilbydes dialog om rehabiliteringsbehov/genoptræningsbehov (s.14), så er det ud fra et borgerperspektiv og kommunalt perspektiv for sent.

Aalborg Kommune har i en projektperiode haft gode erfaringer med, at indlede dialogen om borgerforløb, mens borger er indlagt til genoptræning og rehabilitering på regionsfunktionsniveau. Det er sket gennem kommunal deltagelse på statusmøder og gennem formidling af status, mål og aftaler gennem midlertidige Genoptræningsplaner. Den praksis har vist sig at fremme mulighederne for vidensdeling under indlæggelse, ligesom mulighederne for at planlægge og iværksætte samlede rehabiliteringsforløb rettidigt i forbindelse med udskrivelse er styrket. Der bliver så at sige tid til at samkøre forskellige afdelingers andel af en indsats. Samtidig er der mulighed for at indtænke indsatsen på den lange bane i den indsats, der laves under indlæggelse. Hermed er det forventningen, at den tidlige dialog understøtter mere effektive rehabiliteringsforløb.

Det er uklart hvorvidt det på baggrund af de nye visitationsretningslinjer vil være muligt at videreføre denne praksis, da der flere steder anføres, at Genoptræningsplanerne genereres én gang i hvert forløb (s. 23). Men samtidig, at der i Sundhedsaftalerne kan indgås aftaler om konkret praksis for vidensdeling i forbindelse med sektorovergangen (s. 14).

### **Grundlaget for visitationen – den multidisciplinære udredning**

Målgruppen defineres til at omfatte alle borgere med et afdækket og ikke afdækket rehabiliteringsbehov efter udskrivelse. Men det fremgår ikke tydeligt, hvordan denne interdisciplinære udredning af funktionsevnen (s. 15) kan sikres i praksis. Herunder hvordan der kan arbejdes med beskrivelse af konsekvenser i forhold til krop-, aktivitet- og deltagelsesniveau, for eksempel perspektiver i forhold til beskæftigelse.

Videre savnes tydelighed i forhold til, hvilke aktører/hvilken sektor, der er ansvarlige for at følge op og revurdere genoptrænings- og rehabiliteringsbehov og potentiale efter udskrivelse. Her fremkommer flere forskellige mulige scenarier i materialet:

- Når der efter udskrivelsen udvikler sig tegn på uopdagede følgevirkninger, kan patienterne henvises via egen læge til udredning på sygehus. Eller de dukker op i kommunalt regi med forskellige rehabiliteringsbehov, hvor det er væsentligt at have en tidligere diagnosticeret hjerneskade for øje, så der kan henvises til rette tilbud (s. 15)
- Visitationen til en indsats tager udgangspunkt i genoptræningsplanens samlede beskrivelse af borgerens rehabiliteringsbehov, samt eventuelle supplerende udredninger i kommunalt regi (s. 16)
- Der kan i forløbene være behov for, at en patient henvises/tilbagehenvises til sygehus for ny/nærmere udredning og behandling (s. 18)

Der synes ikke at være taget stilling til, hvilke aktører/sektorer der har til ansvar at sikre yderligere udredning og afdækning af funktionsnedsættelser efter udskrivelse. Det kan hænge sammen med, at yderligere udredning og beskrivelse af potentiale og behov er en udvidelse af det nuværende serviceniveau, men man kunne ikke desto mindre antage, at en

rettidig og grundig afdækning af behov kunne være gevinst – både for den enkelte borger og for den samlede offentlige økonomi.

### **Koordineringen af tilbud på højt specialiseret niveau**

Retningslinjerne lægger op til, at der på højt specialiseret niveau vælges tilbud efter, hvilke behov der beskrives i den udvidede genoptræningsplan til rehabilitering. Men der angives alene krav til faglighed, organisering mv. for de sundhedsfaglige indsatser. Hjerneskadecentrene er i nogen grad omfattet af den centrale udmelding, men der savnes kongruens mellem de forskellige udspil og et samlet overblik og differentiering mellem målgrupperne med sundhedsfaglige behov for indsatser og andre behov for indsatser. Området ville stå sig ved at have fast definerede retningslinjer for PROCES frem for indhold.

Det er på alle måder uheldigt at introducere forskellige niveauinddelinger af en målgruppe på et område, hvor kompleksiteten i forvejen udfordrer.

Der er helt overordnet behov for en præcisering af, hvordan der kan sikres sammenhæng, faglighed og kvalitet i indsatsen til borgere med erhvervet hjerneskade.



## **Høringskommentar fra Københavns Kommune til Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinjer for erhvervet hjerneskade**

Sundhedsstyrelsen har sendt to udkast til faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til henholdsvis børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade i høring med frist den 26. november 2014.

Københavns Kommune fremsender et høringssvar koordineret mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen samt Børne- og Ungeforvaltningen.

Københavns kommune har en række bemærkninger til høringssudkastene.

På sundhedsområdet vurderes det, at visitationsretningslinjerne kan medvirke til, at borgerne kan forvente en højere faglig kvalitet i genoptrænings- og rehabiliteringssindsindsatsen. En bedre beskrivelse af borgerens situation og behov giver et bedre udgangspunkt for et effektivt genoptrænings-/rehabiliteringsforløb. Med udgangspunkt i vejledning om kommunal rehabilitering opfatter Københavns kommune rehabilitering som hovedsageligt en kommunal opgave, hvilket bør fremgå eksplicit ved en præcisering af de faglige visitationsretningslinjer.

### **ERHVERVET HJERNESKADE - VOKSEOMRÅDET**

#### *Ufinansieret opgaveflytning*

Det er Københavns kommunes opfattelse, at visitationsretningslinjerne medfører en øget visitationsopgave, en øget koordineringsopgave samt et øget behov for kapacitet i eksisterende kommunale tilbud for at muliggøre en øget fleksibilitet og timing, som er nødvendiggjort af flere specialiserede rehabiliteringsforløb. Det fremgår således af høringssvarets bilag 4, at der forventes en nedgang i antallet af specialiserede genoptræningsforløb på sygehus, som følge af de specialiserede rehabiliteringsforløb og en fortsat udvikling af den kommunale avancerede genoptræning. Det er vurderingen, at der med denne udvikling vil opstå en opgaveflytning fra regionen til kommunerne, som forventes at påføre kommunen en øget finansiering af genoptræningsområdet. Af den nye vejledning fremgår det, at forekomsten af borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau er lille. På baggrund af erfaringerne med udviklingen i volumen af genoptræningsplaner indtil nu, må det være en klar forudsætning at monitorere udviklingen af specialiseret rehabilitering m.h.p. et evt. øget udgiftspres som følge. Københavns kommune vil derfor gerne tage et forbehold for økonomien i modellen.

Der er ikke taget højde for finansieringen ift. at kommunerne kan etablere samarbejde med det specialiserede niveau om kompetenceudvikling, supervision og rådgivning. Rådgivning beskrives i samme afsnit, hvorfor det er uklart, om der også vil være tale om en kommu-

nal udgift til hospitalerne og specialiserede rehabiliteringstilbud for deres rådgivning.

#### *Uklart snit mellem sundhedsloven og serviceloven*

Generelt opleves en manglende beskrivelse af, hvad der helt specifikt vil blive indholdt af de specialiserede rehabiliteringsforløb både på baggrund af retningslinjerne og den udsendte bekendtgørelse og vejledning om genoptræning. Det er beskrevet, at det specialiserede rehabiliteringsforløb skal indeholde relevante kommunale sundheds-, sociale-, beskæftigelses- og uddannelsesrettede tilbud. Det er også beskrevet, at der ofte vil være tale om døgntilbud, som foregår ved døgnindlæggelse eller tilrettelagt i borgerens eget hjem, evt. med ambulante tilbud som en del af rehabiliteringsforløbet. Københavns kommune kan imidlertid ikke af retningslinjerne læse, hvornår retningslinjerne retter sig mod genoptræning og rehabilitering under sundhedsloven, og hvornår de retter sig mod genoptræning og rehabilitering efter serviceloven (se fx afsnit 4.4.3. og 7.2. eller side 15 øverst 2. linje, hvor det anføres ”i genoptræningsplanen fastlægges, hvilken specialiseringsniveau patienten henvises til”). Det er usikkert, om der her henvises til Sundhedsstyrelsens eller Socialstyrelsens specialiseringsniveau.

#### *Faglig bæredygtighed*

Det fremgår således af høringsmaterialet (se pkt. 8.2.3), at rehabiliteringstilbuddene skal sikre, at det sundhedsfaglige personale skal have de relevante kompetencer samtidig med, at det angives, at der mindst bør være tre i hver relevant sundhedsfaggruppe med specialiserede kompetencer. Der er i materialet nævnt en række faggrupper som kerne medarbejdere i relation til de specialiserede rehabiliteringsforløb, herunder sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, neuropsykolog, læge m.fl. Der efterlyses en beskrivelse af, hvad der ligger i anbefalingen om faglig bæredygtighed i de specialiserede rehabiliteringstilbud. Det vil herunder være værdifuldt, om retningslinjerne blev udvidet med en grundigere beskrivelse og anbefaling af, hvordan tilbuddene kan arbejde målrettet med at sikre de nødvendige kompetencer, udover at definere et minimumsantal på tre specialiserede indenfor hver faggruppe. Københavns kommune kan pege på to eksempler fx indgå i et forpligtende fagligt netværk samt konsulentbistand.

#### *Pligt for sygehuset til at fastsætte tidspunkt for ambulant opfølgning og udredning*

Det fremgår flere steder i høringsmaterialet (fx pkt. 4.2), at de mentale funktionsnedsættelser skal være udredt og beskrevet med henblik på korrekt visitation. Det er også i kommunal praksis erfaringen, at dette er meget væsentligt for at kunne tilrettelægge den nødvendige genoptræning/rehabilitering. I praksis er der ikke sikret en udredning ved udskrivning, ofte med henvisning til, at den mentale funktionsnedsættelse først kan udredes kvalificeret mange måneder efter patientens

erhvervede skade. Sygehuset bør være ansvarlige for altid at fastsætte et tidspunkt for ambulant opfølgning og eventuel udredning af mentale funktioner i forbindelse med udskrivning med en genoptræningsplan til borgere med erhvervet hjerneskade. Dette især i takt med, at patienter udskrives tidligere til kommunale tilbud, da det indebærer en risiko for, at der alt for sent konstateres mental funktionsnedsættelse, som forhindrer succesfuld tilbagevenden til arbejde eller uddannelse. Det ville derfor være hensigtsmæssigt, hvis der i visitationsretningslinjerne var en velbeskrevet praksis for, at patienten bliver indkaldt til ambulant opfølgning med henblik på udredning af mental funktionsnedsættelse,

#### *Retningslinjer for yderligere udredning*

Det er positivt, at det af høringsmaterialet fremgår (se pkt. 3.2.6 og 3.3.), at der kan være behov for yderligere udredning af borgerens genoptrænings/rehabiliteringspotentiale, samt behov for tværsektoriel faglig sparring omkring borgerens udredning, status på genoptræning m.m. Københavns kommune så imidlertid gerne, at der var indarbejdet retningslinjer for, hvornår kommunen efter en udskrivelse af en patient kan anmode om yderligere udredning af borgerens genoptrænings/rehabiliteringsbehov og potentiale hos sundhedspersonalet. Ligeledes efterlyses muligheden for, at kommunalt sundhedspersonale kan efterspørge uddybning og faglig sparring af en borgers sundhedsfaglige problemstillinger hos personalet på sygehuset, der har varetaget patientens behandling og udredning der. Disse oplysninger vil kunne kvalificere den kommunale genoptræning, og Københavns kommune så derfor gerne, at det ikke alene var lagt ud til sundhedsaftalerne at fastslå, i hvilket omfang og hvordan denne udveksling kan ske, men at et mere konkret og kvalificeret minimumsbud kunne være indarbejdet i retningslinjerne.

#### *Metodevalg ved udredningen*

I afsnit 4.2. er beskrevet udredning af funktionsevnen. Det er uklart, hvilke værktøjer der tænkes anvendt her, og hvorvidt det vil kunne anvendes i samspil med voksendredningsmetoden.

Der kan være en udfordring omkring de specialiserede indsatser (genoptræning og rehabilitering, jf. Sundhedsloven) og den lovgivning, der arbejdes efter på undervisningsområdet (Lov om specialundervisning for voksne), hvor der ikke opereres med indsatser på basalt, avanceret og specialiseret niveau. Efter Lov om specialundervisning for voksne skal alle borgere have "en individuelt tilpasset indsats". Så der er et potentielt konfliktområde for de borgere, der kommer fra hospitalet med en Genoptræningsplan med henvisning til "specialiseret indsats", og som oplever, at de mødes af et generelt kommunalt tilbud, de ofte opfatter som andenrangs i forhold til de forventninger, beskrevet i genoptræningsplanen.

## **ERHVERVET HJERNESKADE - BØRNEOMRÅDET**

På børneområdet er der et generelt lille antal børn og unge hvert år, der får en sen- eller erhvervet hjerneskade. Som praksis er i dag visiterer kommunen i den indledende fase til specialiserede tilbud Efterfølgende kan barnet eller den unge overgå til tilbud i kommunalt regi på basalt niveau. Dette kan fx ske ved træning i skolen eller ved tilbud om fys- eller ergoterapi i Børnecenter København.

### **Kompleks lovgivning – forholder man sig ikke til i udkastet til visitationsretningslinjerne**

Der er ren lovgivningsmæssigt tale om et komplekst område, idet der er flere forskellige områder i spil og snitfladerne og samspillet imellem disse ikke er tydeligt beskrevet af lovgiver. Således er der i Københavns Kommune en mangeårig praksis for, at børn og unge, der har behov for et højtspecialiseret tilbud bliver bevilget dette efter servicelovens § 11, hvor der ikke er krav om børnefaglig undersøgelse, handleplaner eller løbende, kontinuerlige opfølgninger. Der har ikke været arbejdet ud fra sundhedsloven eller dennes krav om genoptræningsplaner.

Det er usikkert, hvorvidt denne praksis kan fortsætte, når visitationsretningslinjerne træder i kraft. Med henvisning til afsnit 3.2, hvoraf det fremgår, at der skal laves genoptræningsplaner og følges op minimum hver 3. måned. Dette vil være en skærpelse i forhold til den nuværende praksis i København. I forbindelse med klagersager har nuværende praksis ikke givet anledning til kommentar fra Ankestyrelsen.

Der er på børneområdet en lang række bestemmelse i spil på tværs af forvaltningerne hvilket medvirker til kompleksiteten (se vedhæftet oversigt udarbejdet i Københavns kommune). Denne kompleksitet afspejles ikke i udkastet til visitationsretningslinjerne. Det er Københavns Kommunes vurdering, at så længe der er usikkerhed omkring bestemmelserne, vil det også være en medvirkende årsag til usikkerhed i sagsbehandlingen ude i kommunerne.

### **Andre relevante områder**

Børne- og unge-området er karakteriseret ved, at det ikke kun er det enkelte barn eller ung, der kan have behov for hjælp og støtte. Det er ofte hele familien, der er berørt af, at et barn får en erhvervet hjerneskade. Dette fremgår ikke tydeligt i udkastet til visitationsretningslinjerne. Familierne vil ofte – særligt jo mindre barnet er – have en væsentlig rolle i forhold til genoptræningen. Her kan det være relevant, at der også er fokus på reglerne omkring tabt arbejdsfortjeneste, merudgifter, hjælpemidler, råd og vejledning og evt. familiebehandling. Har familien ikke overblik over de økonomiske konsekvenser af barnets indlæggelse, vil dette betyde et stort pres på forældrene, der igen kan

have en negativ virkning på den samlede familie og dermed også overskuddet i familien. Familien er en vigtig interessant, når et barn eller ung skal genoptrænes efter en erhvervet hjerneskade.

Der savnes generelt retningslinjer for før-skolebørn. Der er nævnt ”undervisning og fritidstilbud”.

Jf. afsnit 2 Specialiseringsniveau skal det bemærkes, at den skematiske oversigt er vanskelig at forstå, og at det må forudsættes, at ansvarsområderne defineres klart i de lokale forløbsaftaler.

I forhold til afsnit 8.2.1 om kapacitet og robusthed skal det bemærkes, at de nævnte krav vil betyde, at det vil blive meget vanskeligt for kommunerne at opretholde et eget, lokalt beredskab for målgrupperne.

På vegne af Københavns Kommune,

Katja Kayser

Administrerende direktør, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune



Dato 26.11.2014



**Dansk Socialrådgiverforening**

*faglig handlekraft*

**Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse**

Holbergsgade 6  
1057 København K

Toldbodgade 19B · DK 1253 København K · T 7010 1099 · ds@socialrdg.dk · www.socialrdg.dk · CVR DK 6335 6018

**Høring om faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne og til børn og unge med erhvervet hjerneskade**

Dansk Socialrådgiverforening (DS) takker for muligheden for at afgive høringssvar til disse faglige visitationsretningslinjer.

DS er glad for at se en koordinering mellem Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen ift. hjerneskader. Vi er også glade for at kunne læse ønsket om en bred rehabiliteringsindsats flere steder til visitationsretningslinjerne, og vi er meget enige i, at det er en stor udfordring, at mange borgeres samlede rehabilitering omfattes af flere lovgivninger og en række kommunale og regionale instanser. For at opnå, at borgeren modtager koordinerede ydelser og sammenhængende forløb, bør sammentænkning af rehabiliteringsindsatser i forskellig lovgivning derfor sikres.

Vi mener ikke, at de to visitationsretningslinjer fuldt ud sikrer den tiltrængte samordning og koordinering. De to dokumenter er udarbejdet med et begrænset sundhedsfagligt udgangspunkt, og de skal læses sammen med tilsvarende dokumenter på det sociale område, så koordineringen mellem sundhedsindsatsen og den sociale indsats kræver, at såvel personalet som borgerne skal sammenholde flere dokumenter. Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens bidrag burde udarbejdes som en sammenhængende helhed, det ville befordre den tværfaglige og koordinerede indsats.

Men endnu mere kritisabelt er det, at der mangler en sammentænkning med beskæftigelses- og uddannelsesområdet, som har stor betydning for rehabilitering af mange borgere med erhvervet hjerneskade. Vi er meget overraskede over, at der fx slet ikke er refereret til eller samstemt med de omfattende ændringer, der er gennemført i de seneste års beskæftigelsesreformer, som alle har haft til formål at sikre en bedre koordinering af en tværsektoriel rehabilitering. Det er en stor mangel, som får problematiske konsekvenser, som fx at der tilsyneladende indføres to parallelle, koordinerende instanser, jvnf. nedenfor.



DS mener, at rehabiliteringen af mange senhjerneskedede bør foregå med en tæt koordinering mellem regionale og kommunale indsætter på et tværfagligt grundlag. Retningslinjer som de foreliggende bør udarbejdes med dette udgangspunkt, og det mener vi ikke, at de er i tilstrækkelig grad.

### **Socialfagligt personale i rehabiliteringen**

I definitionen af genoptræning benyttes de tre komponenter fra ICF-modellen for rehabilitering: biologiske, psykiske og sociale aspekter af patienters funktionsevne. Hermed understreger modellen også, at de fagpersoner, der skal involveres, ikke kun er autoriseret sundhedspersonale. Det gælder både i det regionale sundhedsvæsen og i kommunerne.

I retningslinjerne fremgår det af afsnit 1.5.1, at genoptræningsindsætter efter sundhedsloven § 140 varetages af autoriserede sundhedspersoner. Men andre faggrupper spiller en vigtig rolle i rehabiliteringsopgaven, så de bør også nævnes i visitationsretningslinjerne.

Sygehussocialrådgivere er således nogle steder en aktiv del af rehabiliteringsforløb også ift. hjerneskode, både på basalt, avanceret og specialiseret niveau. Sygehussocialrådgiverne har bred socialfaglig og retslig viden, støttet af et grundigt systemkendskab. Koordineringsbehovet er stort i en specialiseret indsats, og det er en central kompetence for socialrådgivere, fx som hjerneskodekoordinatorer.

Ift. borgere med erhvervet hjerneskode fungerer sygehussocialrådgiverne som bindeled mellem de sundhedsfaglige interventioner og de bevilgende myndigheder i kommunerne, styrker overgange mellem sundheds- og socialfaglige indsætter og overgange mellem forskellige instanser, og de varetager den koordinerende funktion mellem sygehus, primærsektor og andre samarbejdspartnere/behandlingssteder. Derfor mener DS, at sygehussocialrådgiverne skal skrives ind i retningslinjerne.

Retningslinjerne har også problematiske formuleringer ift. det kommunale personale i rehabiliteringsindsættelsen. Det fremgår af afsnit 7.2 om rehabilitering på specialiseret niveau, at patienter med en genoptræningsplan til rehabilitering vil have behov for både genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner, og for andre rehabiliteringsindsætter varetaget af andre faggrupper som neuropsykologer, audiologopæder og pædagogisk personale. Igen må vi påpege, at socialrådgivere i høj grad indgår i sådanne forløb, det er en forudsætning for, at indsættelsen kan organiseres, som det efterlyses på side 38 i retningslinjerne: teambaseret, tværfagligt og helhedsorienteret. Inddragelsen af socialrådgivere i denne del af rehabiliteringsindsættelsen skal derfor også fremgå af retningslinjerne.



### **Samspil med de vedtagne reformer på beskæftigelsesområdet**

Som nævnt er det kritisabelt, at retningslinjerne ikke er samstemt med de omfattende ændringer, der er skabt med de seneste års reformer på beskæftigelsesområdet. Før tidspensions- og fleksjobreformen, kontanthjælpsreformen, sygedagpengereformen og senest beskæftigelsesreformen. Disse reformer har som en central og eksplicit overskrift, at de skal skabe tværsektorielt rehabiliterende forløb for borgere, der har sammensatte og komplekse problemer. Det omfatter også borgere med senhjerneskader.

Med det udgangspunkt fokuseres der på helhed og tværsektoriel koordinering med indførelse af rehabiliterende teams og sammenhængende forløb i form af ressourceforløb og helhedsorienteret indsats, der tages skridt til at samordne planer eller at udforme én plan for borgeren, og der indføres koordinerende sagsbehandlere.

I udkastet til visitationsretningslinjerne tages en række skridt med nøjagtig samme målsætning om en sammenhængende, rehabiliterende indsats, men uden nogen reference til den meget omfattende omstilling af den kommunale og til dels også regionale indsats, som reformerne på beskæftigelsesområdet medfører. Det finder vi i DS uforståeligt og kritisabelt.

Mest iøjnefaldende er det måske i forbindelse med formuleringerne om hjerneskadekoordinatorer i afsnit 3.2.5 i visitationsretningslinjerne for voksne. Alle formuleringer peger på en særskilt koordinator, og der er slet ingen tanke for, at disse borgere efter reformerne på beskæftigelsesområdet også kan få en koordinerende sagsbehandler efter lov om aktiv beskæftigelsespolitik § 68c. Man kan let ende med, at en borger både skal have en hjerneskadekoordinator efter de foreslåede retningslinjer og en koordinerende sagsbehandler efter beskæftigelseslovgivningen. (Og dertil flere mentorer på grund af usammenhængende lovgivning.) Samordningen mellem de forskellige lovkomplekser og ministerier mangler simpelthen, der skal selvfølgelig kun være en enkelt koordinator for en sådan borger. Det må retningslinjerne udformes efter.

DS mener også, at borgere bør sikres én samlet plan for lange, sammensatte forløb. Borgere kan i dag have mange forskellige planer, fx flere planer ud fra servicelovens § 141, jobplan og rehabiliteringsplan efter hhv. § 27 og § 30a i lov om aktiv beskæftigelsesindsats, flere planer efter servicelovens kapitel 11 om særlig støtte til børn og unge mv. Alle disse planer vil ofte være ukoordinerede eller direkte modstridende, og borgerne oplever dem som uoverskuelige eller direkte belastende. Vi ønsker ideelt én plan, der samler og koordinerer indsatserne. Det vil kræve en stor koordinationsindsats, men en sikring af overensstemmelse mellem planerne er nødvendig for en helhedsorienteret og sammenhængende indsats. Problemet med de mange usammenhængende planer er heller ikke taget ordentligt op i de



foreslåede retningslinjer, der langt overvejende kun forholder sig til de sundhedsfaglige genoptræningsplaner.

Udgangspunktet er så snævert sundhedsfagligt, at det i afsnit 7.2 nævnes, at genoptræningsplanen fra sygehuset beskriver det samlede rehabiliteringsbehov for borgere, der skal have et rehabiliteringsforløb på specialiseret niveau. Det kan ikke være tilfældet, da en del af borgerens problemer først viser sig i senere faser af forløbet, ikke mindst når vedkommende møder hverdagen uden for sygehuset og især arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. Rehabiliteringsplanen må derfor løbende udvikles i takt med, at behovet viser sig. Det kan i øvrigt ske i form af en rehabiliteringsplan for et ressourceforløb, udarbejdet af det rehabiliterende team, hvis det er det, borgeren har behov for.

### **Hjerneskadecentrene**

DS vil endelig gøre opmærksom på, at vi ikke føler os sikre på, at visitationsretningslinjerne vil sikre de eksisterende, specialiserede hjerneskadecentre. Det er der al mulig grund til, fordi disse centre har været faglige fyrtårne i hjerneskaderehabiliteringen, men trods det har de siden kommunalreformen været meget pressede af, at kommunerne bruger dem i mindre omfang. DS mener, at det er vigtigt at bevare centrene, og vi er overbevist om, at det var intentionen blandt Folketingets partier, da de tog stilling til evalueringen af kommunalreformen. Ikke desto mindre er vi i tvivl, om retningslinjerne vil sikre centrene.

Centrene påpeger således selv, at visitationsretningslinjernes definition af begrebet 'specialiseret' medfører, at de specialiserede hjerneskadecentre ikke længere kan betragtes som specialiserede. Det er svært at vurdere fuldt ud, men hvis bekymringen holder, så er det paradoksalt, fordi centrene hidtil har været de vigtigste specialiserede enheder, som også VISO har trukket på som eksperter. DS mener, at retningslinjerne skal sikre, at centrene også fremover får en vigtig rolle i hjerneskaderehabiliteringen.

Med venlig hilsen

Niels Christian Barkholt  
Næstformand, Dansk Socialrådgiverforening

Sundhedstyrelsen  
Axel Heinesens Gade 1  
2300 København S

København, den 26. november 2014

**Vedr. høring om faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade.**

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at indgive høringssvar vedrørende faglige retningslinjer for genoptræning og rehabilitering til patienter med erhvervet hjerneskade.

Neuropsykologer spiller en nøglerolle i forhold genoptræning og rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskade, og Dansk Psykolog Forening tilslutter sig det indsendte høringssvar fra Selskabet Danske Neuropsykologer, som har udpeget en repræsentant til den nedsatte arbejdsgruppe og høres som selvstændig part vedrørende visitationsretningslinjerne.

Med venlig hilsen

Eva Secher Mathiasen  
Formand, Dansk Psykolog Forening





# Syddanske kommuners fælleskoordinerede høringssvar vedr. faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til patienter med erhvervet hjerneskade til voksne henholdsvis børn og unge

## *Indledning*

De syddanske kommuner i Region Syddanmark sender hermed sit høringssvar til udkast til faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering til patienter med erhvervet hjerneskade til voksne henholdsvis børn og unge offentliggjort den 5. november 2014.

Første del af høringssvaret er særligt rettet mod materialet for børn og unge med erhvervet hjerneskade, mens anden del er rettet mod materialet for voksne med erhvervet hjerneskade.

De syddanske kommuner hilser det nye materiale velkomment, herunder materialets fokus på patientinddragelse og tværfagligt og tværsektorielt samarbejde,

Retningslinjerne er sammenholdt med implementerings- og tilpasningsaftalen for hjerneskadeområdet i Region Syddanmark, som vil blive justeret på baggrund af det endelige oplæg til visitationsretningslinjen.

Bidraget tager afsæt i, at nærværende retningslinjer ikke giver anledning til ændringer i forhold til hvilke og hvor mange patienter, der får udarbejdet en genoptræningsplan, idet retningslinjens formål er at vejlede i forhold til de forskellige specialiseringsniveauer.

---

OPRETTET: 20-0112014 09:59

REF.:  
VIBEKE ANDERSEN  
VIAN@VEJENKOM.DK



Kommunerne vurderer, at visitationsretningslinjen kan bidrage til fortsat udvikling af genoptrænings- og rehabiliteringstilbud til borgere med erhvervet hjerneskade og til differentiering af det rette faglige og individuelle tilbud til borgeren, men ser en række udfordringer i de fremlagte høringsudkast, hvoraf følgende udgør de generelle betragtninger:

- Der er tale om et godt og grundigt beskrevet materiale, der sigter på at sikre den faglige kvalitet i arbejdet med børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade
- Materialet har stort fokus på de mentale funktionsnedsættelser, men talepædagogisk indsats er ikke omfattet i visitationsretningslinjen (audiologpæder)
- Retningslinjen bør tydeliggøres i forhold til, at de rette kompetencer er til stede, således sygehuset kan levere oplysninger til GOP
- Retningslinjen kan med fordel præciseres for beskrivelse af medfinansiering og kommunernes myndighedsansvar. Kommunerne tager således forbehold for de økonomiske konsekvenser af udkastet til retningslinjen
- Retningslinjen skal tydeliggøres for, hvornår en borger skal henvises til specialiseret rehabilitering i regionen eller avanceret genoptræning i kommunen og at denne visitation foregår i et tæt samarbejde
- Det bør præciseres, at sygehusene forud for valg af en specialiseret rehabiliteringsplan altid skal inddrage kommunens visitationsafdeling og hjerneskadekoordinator, så patienten tilbydes det rette tilbud og tværprofessionelt indhold
- Muligheden for visitation til neuropsykologisk vurdering i sygehusregi senere i et rehabiliteringsforløb for borgere, som er udskrevet efter et kort indlæggelsesforløb og som efterfølgende viser tegn på neuropsykologiske udfald ved tilbagevenden til arbejde, ønskes indarbejdet





- Der forventes et øget fokus på at tydeliggøre "kan" og "skal"-opgaver
- Det tværkommunale samarbejde tager ikke hensyn til de geografiske udfordringer, der kan være i tyndtbefolkede områder
- Der bør være øget opmærksomhed på det forhold, at der bør indgå et nærhedsprincip i forhold til hvem, der får lov at tilbyde specialiseret rehabilitering, særligt i de tilfælde, hvor pårørende ikke ønsker at deltage i indsatsen.
- Vedrørende udredning af funktionsevne er det afgørende for at kommunen kan iværksætte den nødvendige indsats, uden uhenigtsmæssige forsinkelser, at informationerne i genoptræningsplanen er opdaterede og tilstrækkelige til, at der i kommunen kan visiteres til en faglig relevant og tilstrækkelig indsats.

#### *DEL 1 – Materialet for børn og unge med erhvervet hjerneskade*

Kommunerne forventer øgede udgifter ved implementering af retningslinjerne, og nogle af intentionerne kan være svære at efterleve. På børn- og ungeområdet skal der sikres fagligt robuste miljøer. Der er få børn- og unge, der har erhvervet hjerneskade (højt specialiseret område), hvorfor det kan være svært at sikre fagligt robuste miljøer. Generelt stilles der nye krav til fagligheder og koordinering, fx er der forventninger om, at man anvender specialuddannede faggrupper, fx logopæder.

Som et andet eksempel er det ikke et realistisk eller relevant krav, at der i det kommunale regi skal være døgnåbent, eller at man skal have 3 personer inden for hver faggruppe. Dette afsnit (afsnit 8.2.1) bør omformuleres, se nedenfor.

Det kan foreslås udarbejdet en pixi, en manual eller lignende, således vejledningen kan bruges i hverdagen ved visitation.

Specialiseringsniveauer: Det er uheldigt, at man bruger forskellige betegnelser i forhold til indlæggelse, efter indlæggelse og på det sociale



område. Det skaber forvirring, at der bruges forskellige termer. I forløbsprogrammerne bruges der igen andre termer.

*Ad. afsnit 3.2.5:*

Der peges på, at koordineringen af indsatsen hensigtsmæssigt kan ske i en hjerneskadekoordineringsfunktion, men det er kommunernes vurdering, at det er uhensigtsmæssigt at blande andre målgrupper (konkret børn med medfødt hjerneskade) end retningslinjens målgruppe ind.

*Ad. afsnit 3.3.3:*

Begreberne bør opdateres til at svare til anvendelsen af tilsvarende begreber i den reviderede vejledning om træning og i forhold til angivelse af specialiseringsniveau.

*Ad. afsnit 5.2:*

Der skal gøres opmærksom på, hvorvidt der er tale om avanceret dysfagi.

*DEL 2 – Materialet for voksne med erhvervet hjerneskade*

Visitationsretningslinjen burde tage udgangspunkt i borgerenes behov og ikke i lovgivningen. Retningslinjen har meget fokus på genoptræning, hvor kommunerne anser, at det er rehabiliteringen, der er væsentlig for denne målgruppe, da rehabilitering i højere grad vil afspejle den tværfaglige, koordinerede og helhedsorienterede indsats, som borgeren har behov for.

Retningslinjen har en meget monofaglig tilgang, på trods af evidens for det tværfaglige samarbejde omkring borgere med erhvervet hjerneskade. Denne evidens bør også indeholdes i visitationsretningslinjen.

Det er positivt, at der er mulighed for at borgerens genoptrænings/rehabiliteringsbehov kan genvurderes senere i forløbet ("tilbageløb"), da det er vanskeligt allerede på indlæggelsestidspunktet at beskrive borgerens behov på langt sigt. Det kunne dog også overvejes, om den del af disse udredninger med fordel kunne foretages på de steder, hvor der arbejdes med rehabilitering på specialiseret niveau, når ud-



redningen netop omhandler viden og erfaringer, som disse steder besidder.

Der er udarbejdet nye kriterier i forhold til specialiseringsniveauer inden for sundhedsområdet efter udskrivelse. Kommunerne anbefaler, at der bliver en større ensartethed i kriterier og betegnelser, da dette vil mindske risikoen for misforståelser og sikre en større grad af "fælles sprog".

Visitationsmodellen dækker over en meget bred målgruppe. Det ville være ønskeligt med eksempler på de forskellige målgrupper, således at det er tydeligt, hvilke målgrupper, der hører under de forskellige kategorier, herunder den specialiserede genoptræning.

*Ad. afsnit 3.2.5:*

Det er fornuftigt, at der i hjerneskadekoordineringsfunktionen er medarbejdere fra relevante forvaltninger med viden og kompetencer i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade. Relevante forvaltninger er såvel sundheds-, social som beskæftigelsesrådets.

*Ad. afsnit 3.3:*

Såfremt det vurderes, at patienten ikke har et genoptræningsbehov og dermed heller ikke modtager en genoptræningsplan, er det beskrevet, at der skal anvendes andre kommunikationsveje til kommunen.

Her kan det med fordel anbefales, at kommunikationsvejen er til den kommunale hjerneskadekoordineringsenhed. Herfra kan den videre information til relevante aktører ske. Dette for at sikre, at der er fokus på en helhedsorienteret indsats – også selvom der ikke er en genoptræningsplan.

Det er beskrevet (afsnit 1.1) at de kommunale rehabiliteringsteam bidrager til, at der sker en tværfaglig koordinering af indsatsen. Her kan det anbefales, at den tværfaglige koordinering bør ske på et langt tidligere tidspunkt i rehabiliteringsforløbet med henblik på koordinering og samarbejde omkring indsatser indenfor sundheds-, social-, beskæftigelses- og specialundervisningsområdet. Tværfagligt samarbejde bør iværksættes senest på det tidspunkt hvor patienten/borgeren vurderes at være indsatsklar i forhold til beskæftigelsesområdet, blandt andet



med henblik på, at eventuelle skånebehov i jobafklaringsforløb bliver tilgodeset på optimal vis.

*Ad. afsnit 4.1:*

Det er fortsat en lægefaglig begrundet vurdering, der ligger til grund for vurdering af behov for genoptræning og rehabilitering. Vurderingen foretages på baggrund af en tværfaglig udredning af funktionsevnen, som beskriver borgerens behov og specialiseringsniveauet. Derfor er udredningen af borgeren – på alle områder (fysisk/neurologisk, kognitivt, ADL-mæssigt, emotionelt, plejemæssigt og socialt) samt vurdering af udviklingsmuligheder altafgørende for, at det rette specialiseringsniveau kan beskrives.

Dette stiller store krav til udfærdigelsen af genoptræningsplanen og disse kompetencer skal sikres, når man vælger at bruge genoptræningsplanen. Kommunerne anser genoptræning som en indsats i et samlet rehabiliteringsforløb.

De høje krav, der stilles til udfærdigelse af genoptræning kan vanskeligt nås indenfor de meget korte liggetider, der arbejdes med i dag. Dels kræver det mange fagspecialister at nå omkring alle områderne, dels kan man i en række tilfælde slet ikke vurdere skadernes omfang inden for indlæggelsestiden.

Det bør beskrives, hvordan der sikres opfølgning at den enkelte borgers udfordringer eller udskrivelse, som slet ikke har været synlige under indlæggelsen.

*Ad. afsnit 4.3:*

Det er positivt, at specialundervisningen er nævnt i retningslinjen, men specialundervisningsområdet rækker ud over sprogvanskeligheder, som mest fokus er i fokus i visitationsretningslinjen.

*Kommentarer i forhold til det specialiserede niveau:*

I visitationsretningslinjen er der beskrevet et specialiseret niveau, som både omhandler specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering. Specialiseret genoptræning foregår på sygehuse og den specialiserede rehabilitering vil foregå i kommunalt regi.



I forhold til den specialiserede rehabilitering beskrives der forskellige sundhedsfaglige kvalitetskrav - eksempelvis krav om, at der skal være tre ansatte i hver personalegruppe og at der skal ske varetagelse af opgaver alle dage året rundt.

Disse krav til den specialiserede rehabilitering vil stille sig hindrende og ikke være hensigtsmæssig i forhold til nogle af de tilbud, som en del af målgruppen har brug for.

I denne forbindelse er det vigtigt at skelne mellem:

- Borgere, der har komplekse følger i form af omfattende bevægelsesmæssige og andre fysiske funktionsnedsættelser – og som i meget høj grad har brug for de sundhedsfaglige ydelser og de krav, der beskrives i visitationsretningslinjen.
- Borgere med komplekse hjerneskaderelaterede følger med hensyn til det kognitive, følelsesmæssige og i mindre grad fysiske funktionsniveau – og som har markante ændrede livsomstændigheder.

Sidstnævnte gruppe har i de fleste tilfælde et rehabiliteringspotentiale, som peger hen imod en tilknytning til arbejdsmarkedet og et selvstændigt liv.

Derfor har den gruppe brug for et tilbud, som både indeholder specialiseret neurofaglig viden og kompetencer og som knytter rehabiliteringen til at kunne håndtere personlige ændrede forudsætninger og at kunne mestre privatliv og arbejdsliv. Derfor skal disse tilbud i højere grad være fleksible – både i forhold til indhold, form og sted - eksempelvis arbejdsfastholdelse, hvor borgeren både er på sin arbejdsplads og kommer på rehabiliteringsstedet. Det er en anden form for kvalitetskrav end antal af hver faggruppe og hvor længe, der er åbent, der skal kendetegne et sådant tilbud.

Det er her vigtigt at fremhæve, at der i denne del af målgruppen er en stor del af borgerne, der kommer i arbejde igen, hvis de rette faglige



indsatser kommer i spil. Denne del af indsatsen er ikke særlig synlig i høringsudkastet.

Det ville i mange tilfælde være ønskeligt at kunne bruge både det sundhedsfaglige, beskæftigelsesmæssige og sociale lovgivningsområde samtidig – da de indsatser, der er knyttet til disse lovgivninger i højere grad afspejler de behov, som denne gruppe af borgere har.

I relation til den specialiserede rehabilitering skal det fremhæves, at Socialstyrelsen netop har udgivet ”Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade”, hvor alle kommuner i løbet af 2015 skal beskrive de tilbud, de har etableret. Samtidig skal de beskrive, om det er muligt for hver enkelt kommune at have alle niveauer af tilbud eller om det er nødvendigt at etablere tilbud på tværs af kommuner, for at opretholde et borgergrundlag, der kan sikre en kapacitet, der kan opbygge og bevare den specialiserede viden og kompetence i forhold til rehabilitering.

I den videre bearbejdning af visitationsretningslinjerne er det vigtigt at have for øje, at disse visitationsretningslinjer gerne skulle ramme hele målgruppen af voksne med erhvervet hjerneskade – da der ellers stadig igen vil være mangler i forhold til den rette genoptræning og rehabilitering af borgeren. Det er også vigtigt at have for øje, at hvis dette ikke sker, vil der stadig være risiko for, at de forskellige specialiseringsniveauer udvandes og at færre borgere opnår de bedst mulige resultater – lige fra mindre behov for pleje og støtte over mere selvstændig livsførelse til bevarelse af tilknytning til arbejdsmarkedet, således at borgeren igen kan blive selvforsørgende.

*Ad. afsnit 4.4.1:*

For at kunne varetage træning og rehabilitering i kommunen er det essentielt, at alle resultater fra relevante undersøgelser og funktionsevnevurderinger stilles til rådighed - formuleringen ”bør” i afsnit 4 bør være ”skal”.

*Ad. afsnit 5.2, 5.4, 6.1:*

Patienter med dysfagi, hvor der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration, hører til målgruppen for genoptræning på basal eller avanceret niveau. Patienter med dysfagi, som afventer udredning og



eventuel sonde, hører til i målgruppen for genoptræning på specialiseret niveau. Det er uklart, hvor man placerer patienter med dysfagi, hvor der sker en udvikling i spisefunktionen.

*Ad. afsnit 5.3 Visitation til indsatser på basalt niveau*

Genoptræning på basalt niveau varetages som udgangspunkt inden for kommunens sædvanlige rammer. De involverede sundhedspersoner bør kunne søge rådgivning og vejledning hos sundhedspersoner, der varetager genoptræning og rehabilitering på avanceret niveau, for at sikre den løbende revurdering på tilstrækkeligt fagligt niveau.

*Ad. afsnit 5.3.3:*

Der stilles ikke krav om særlig koordinering af forløbet, hvilket bør anbefales.

*Ad. afsnit 7.4:*

Afsnittet lægger op til et samarbejde mellem kommunen og rehabiliteringstilbuddet, men det fremstår uklart, hvor den specialiserede rehabilitering er indtænkt. Hvis ansvaret er kommunalt, er der tale om en klar udvidelse af kravet til den kommunale indsats/det kommunale samarbejde om den specialiserede indsats.

*Bilag 4:*

Der må ikke fortolkes på kommunernes kompetencer. Den enkelte kommune er ansvarlig for at sikre de rette kompetencer.

Med venlig hilsen

Jakob Christian Kyndal

Formand for Sundhedsstrategisk Forum i Region Syddanmark



# Notat

<b>Til</b>	Sundhedsstyrelsen	<b>Adm. team ERH. og FYS.</b>
<b>Kopi til</b>	Indtast Kopi til	Ældre- og Handicapforvaltningen Mølleå 1, 1.sal 9000 Aalborg
<b>Fra</b>	Hjerneskadecenter Nordjylland, Fagcenter for Erhvervet Hjerneskode og Fysisk Handicap, Ældre- og Handicapforvaltningen, Aalborg Kommune	Init.: MAEL

26. november 2014

## Hørings svar vedr. Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskode

Hjerneskadecenter Nordjylland følger med stor interesse det arbejde, der har pågået i forlængelse af evalueringen af strukturreformen og finder det særdeles positivt, at der nu arbejdes med en faglig visitationsretningslinje på børn og ungeområdet, som set herfra er et område der har brug for opmærksomhed.

Det er HCNs oplevelse fra praksis at viden om denne målgruppe ikke er særskilt defineret og afgrænset i de fleste kommuner, ligesom kendskabet til forløbsprogrammer, retningslinjer mv. er relativt begrænset. HCN oplever fortsat et massivt behov for at samarbejde på tværs af kommuner for at sikre tilstrækkeligt fagligt robuste miljøer.

HCN finder følgende takter særligt positive:

- Angivelsen af, at børn altid skal følges på mindst avanceret niveau (s. 17) angiver, at der netop for denne gruppe er behov for en særlig indsats
- Beskrivelsen af en tilbageløbsfunktion (s. 20), at børn kan henvises/genhenvises til sygehuset, om end det forekommer uklart hvordan det kan omsættes i praksis.
- Videre at, der ikke kan etableres tilstrækkeligt fagligt robuste miljøer i enhver kommune (s. 29) understøtter den pointe som har været central for Hjerneskadecentret - at der er behov for specialiseret viden på området for at kunne sætte ind på rette tid med den rette faglighed og integrere indsatsen meningsfuldt i barnets hverdag

De udfordringer som HCN finder i retningslinjerne omfatter:

- Der står "audiologopæder" og ikke kun "logopæder". Det udelukker en del af dem, der er uddannet fra SDU og alle de dygtige og erfarne speciallærere, der sidder rundt omkring i landet.
- 3.2.3: Der står "kommunen visiterer børn og unge, som udskrives med genoptræningsplan til relevante indsatser". Der er brug for en uddybning af, hvilke faglige kompetencer der skal være til stede for at kunne foretage denne vurdering og visitering meningsfuldt
- 3.2.6: Det er vigtigt, at børnene bliver fulgt regelmæssigt og systematisk til voksenalderen. Dette er ikke tydeligt beskrevet, ligesom der igen savnes en beskrivelse af, hvilke faglige kompetencer der skal være til stede for at kunne lave denne opfølgning kvalificeret.
- 4.2: Der mangler en specifikation ift. om undersøgelsen af mentale funktionsnedsættelser skal varetages på neuropsykologniveau, eller om en terapeutfaglig udredning er tilstrækkelig.
- 5.1.1: Hvem skal foretage den supplerende udredning?
- 5.2: Hører træthedsproblematikkerne (dette gælder i øvrigt også i voksenudgaven) ind under "funktionsnedsættelser af mentale funktioner" eller er det en følgetilstand? Taget i betragtning af, hvor meget denne problematik fylder hos den enkelte med erhvervet hjerneskode, så er det interessant, at det umiddelbart hverken er nævnt i børne- eller voksenudgaven.
- 5.3.2: Hvordan findes der frem til, hvilke tilbud der kan betegnes som de højt specialiserede?
- 7.3: Hvor mange specialiserede tilbud kan vi have i Danmark på børneområdet? Og hvordan skal de avancerede tilbud organiseres, så det sikres, at børnene får den rette indsats?

# Rehabiliteringsforum Danmark



## Høring om faglig visitationsretningslinje - genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade

Rehabiliteringsforum Danmark takker for invitationen til at give høringssvar på Høring om faglig visitationsretningslinje - genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade.

Rehabiliteringsforum Danmark er overordnet positive over for visitationsretningslinjen. Flere af de problemstillinger, vi har peget på i forbindelse med rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade er håndteret fornuftigt i visitationsretningslinjen.

Særligt er der grund til at glædes over, at der er enighed om systematisk at anvende begreber fra WHO's *Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand* (ICF) ligesom det tværfaglige samarbejde og specialiseringsniveauer fremhæves.

Der er i visitationsretningslinjen en anbefaling om, at der i regi af sundhedsaftalesamarbejdet iværksættes et udviklingsarbejde omkring ensretning af brugen af forskellige validerede test med henblik på sammenhængende forløb mellem sygehus og kommune. **Denne anbefaling kan vi kun støtte, men også anbefale, at Sundhedstyrelsen gå forrest i et nationalt arbejde der sikrer ensartet og valid registrering af funktionsevnen hos patientgruppen.**

Et af de områder der ikke er behandlet nævneværdigt i visitationsretningslinjen er forskning og udvikling. Rehabiliteringsforum Danmark kan på det kraftigste anbefale, at visitationsretningslinjen tilføjes punkter om dette – eller i det mindste ensartet registrering af hvordan rehabilitering og genoptræning gennemføres og monitoreres. Uden systematisk monitorering på landsplan er der risiko for variation i kvaliteten og der er risiko for uhenigtsmæssig brug af ressourcer.

I det følgende kommenterer vi nærmere på området ”definition af begreber” samt indholdet i bilag 2, og kommer med yderligere 2 anbefalinger.

ICF modellen/referencerammen anvendes til afdækning af patientens/borgerens hele livssituation, dvs. helbredstilstand, funktionsevne og kontekstuelle faktorer.

I bilag 2 er listet, hvad der defineres som de vigtigste begreber i relation til personer med erhvervet hjerneskade, med overskriften disposition til beskrivelse af funktionsevne.

WHO, der har udarbejdet ICF, har også udarbejdet ca. 33 Core Sets (et udvalgt antal ICF kategorier til en defineret

**Rehabilitation  
International Denmark**  
P.P. Ørumsgade 11, byg.8,  
8000 Århus C  
Danmark  
Telefon +45 7841 4400  
Telefax +45 7841 4459

info@rehabiliteringsforum.dk  
www.rehabiliteringsforum.dk

CVR. Nr. 30 88 86 18



målgruppe), hvoraf fem er målrettet patienter med neurologiske tilstande hhv. stroke, neurologiske tilstande i akut hospitalsregi, tidlig post akutte rehabilitering, multiple sclerose og traumatisk hjerneskade.

Funktionsevne og rehabiliteringsbehov er forskellig afhængig af diagnose og hvor i sygdoms-/rehabiliteringsforløbet patienten befinder sig.

Hvis man vælger et af de nævnte Core Set fx 'ICF Core Set for patients with neurological conditions in post-acute rehabilitation facilities' og sammenholder core settet med bilag 2, er der ICF kategorier/begreber der *ikke* indgår i bilaget: Kroppens funktioner: b126 temperament og personlighed, b160 tænkning, b420 blodtryk, b450 andre respiratoriske funktioner, b530 vægtregulering, b550 temperaturregulering, b740 muskulær udholdenhed. Anatomi:s410 kredsløb, s730 overekstremitet. Aktivitet og deltagelse: d410 ændre kropsstilling, d420 forflytte sig, d440 bruge hånd, d450 gå, d465 færdes med brug af udstyr. Omgivelsesfaktorer: e120 produkter og teknologi til personlige indendørs og udendørs brug, e125 produkter og teknologi til kommunikation, e415 individuelle holdninger blandt slægtninge, e550 tjenester, systemer og politikker vedrørende lovgivningen.

Vi vurderer at de ovenfor nævnte ICF kategorier er vigtige at medtage til patienter med neurologiske lidelser i det post akutte forløb.

På tilsvarende måde kunne man gennemgå de andre Core sets til inspiration for ændringer i dispositionen.

**Vi anbefaler, at der tages udgangspunkt i et eller flere af de nævnte Core sets, så systematik, terminologi og klassifikation følger anbefalinger fra WHO.**

Bilag 2 følger ikke systematikken og terminologien fra ICF, idet der anvendes forskellige niveauer og dermed specificering.

Nogle begreber er overordnede fx *læring og anvendelse af viden* svarende til ICF klassifikationen, kapitel 1 under aktivitet og deltagelse. Læring og anvendelse af viden indeholder kategorierne: sanseoplevelser, grundlæggende læring og anvendelse af viden (tænkning, problemløsning, tage beslutninger, læse m.m.). For at kende til hvad begrebet indeholder kræves der er grundigt kendskab til ICF. Hvis man ikke har erfaring med ICF er der risiko for forskellig tolkning af begrebet, der kan medføre forskellig funktionsevnevurdering afhængig af den person der foretager vurderingen. Da

funktionsevnevurderingen danner grundlag for vurdering af indsats, er det vigtigt at have et gennembearbejdet, forståeligt og enkelt redskab til dette formål.

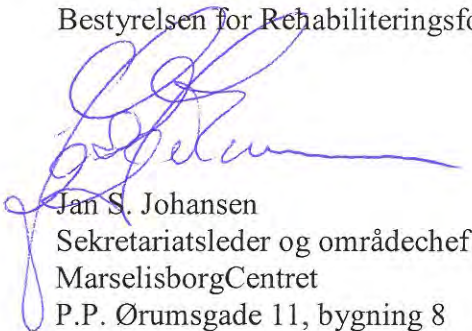
I bilag 2, er der under teamet bevægelsesfunktioner et begreb *arm og hånd*. Det kan tolkes på flere måder b710 led bevægelighed, d430 løfte og bære eller d455 bruge hånd og arm

Vi anbefaler at der anvendes samme terminologi (ordlyd i begreberne) som i ICF klassifikationen, at der systematisk anvendes klassifikation på 2. niveau fx d175 problemløsning. Det vil medføre at dispositionen bliver lettere at forstå og tolke samt et fælles og ensartet redskab til afdækning af funktionsevnen.

Såfremt vi kan være til assistance med yderligere står vi gerne til rådighed.

Pva

Bestyrelsen for Rehabiliteringsforum Danmark



Jan S. Johansen  
Sekretariatsleder og områdechef  
MarselisborgCentret  
P.P. Ørumsgade 11, bygning 8  
8000 Aarhus C

**Fra:** Birte Carøe [mailto:bica@halsnaes.dk]

**Sendt:** 28. november 2014 13:02

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Cc:** Lena Juul Pedersen

**Emne:** Høring: Visitationsretningslinjer på hjerneskadeområdet

Til sundhedsstyrelsen

Beklager at jeg først fremsender høringssvar fra Halsnæs Kommune dags dato.

### **Bemærkninger til udsendte høringsudkast til Faglige visitationsretningslinjer- genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade.**

Overordnet er der gode tanker i de Faglige visitationsretningslinjer, især i forhold til øget fokus på det tværsektorielle samarbejde, samt muligheden for at en borger kan tilbagehenvises til sygehuset under et genoptrænings- rehabiliteringsforløb for yderlig udredning/ behandling.

Der anbefales, at de nærmere rammer for det tværsektorielle samarbejde, hensigtsmæssigt fremover fastlægges i sundhedsaftalen, f.eks. hvis kommunen har spørgsmål til genoptræningsplanen og dialog om faglige spørgsmål, behov for supervision eller rådgivning i konkrete genoptræningsforløb.

Tanken om et samarbejde med det specialiserede rehabiliteringstilbud, med henblik på at opnå og vedligeholde kompetencer, er en rigtig god ide.

Der ses dog en bekymring for, at det ikke vil blive aktuelt at gennemføre pga. det specialiserede tilbud modtager betaling fra kommunen til de opgaver, de yder til borgeren.

Hvis der er behov for afholdelse af tværfaglige møder omkring hjælpen til borger, går det fra det fra borgers bevilling alternativt at kommunen betaler for møder med faglige aktører.

I genoptræningsplanen fastlægges, hvilket specialiseringsniveau borger henvises til og kommunen kan ikke tilsidesætte den lægefaglige vurdering om behovet for genoptræning og specialiseringsniveau.

Spørgsmålet er - hvilke kompetencer har kommunen til at indgå aftaler om, hvor den specialiserede rehabilitering skal foregå?

Er det, på baggrund af en lægefaglig vurdering, muligt at ordinere, i genoptræningsplanen, at borger fx skal modtage træning på et specialiseret rehabiliteringstilbud, hvor det er kommunen der skal betale?

Det anbefales, at dette foregår i et tæt samarbejde med kommunerne.

Rehabilitering skal ses i en sammenhæng og omfatter flere lovgivninger. Hvem har ansvaret for at bestemme, hvem der betaler ?

Ifølge kap. 7.4 har kommunen det overordnede ansvar for koordinering på specialiseret niveau, hvilket vil være en mulighed via en hjerneskadekoordinator.

Det anbefales, at de specialiserede tilbud er opmærksomme på, at informere hjerneskadekoordinator, når der sker ændringer, for at bevare overblikket.

Venlig hilsen

Lene Juul Pedersen

Hjerneskadekoordinator

Og

**Birte Carøe**

Leder af Sundhedsafdelingen

Direkte 4778 4854 · Mobil 2916 1668 · [bica@halsnaes.dk](mailto:bica@halsnaes.dk)

**Sundhed Idræt og Kultur · Sundhed**

Rådhuspladsen 1 · 3300 Frederiksværk · Telefon 4778 4000

Halsnæs Kommune · [mail@halsnaes.dk](mailto:mail@halsnaes.dk) · [www.halsnaes.dk](http://www.halsnaes.dk)

Brug Digital Post – og spar på papir og porto



**Halsnæs**  
Kommune

## NOTAT

Til: Sundhedsstyrelsen

**Opgang** B & D  
**Telefon** 3866 6000  
**Direkte**  
**Mail** planogudvikling@regionh.dk

Dato: 28. november 2014

### **Høringssvar vedr faglige visitationsretningslinjer - genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade**

Region Hovedstaden hilser visitationsretningslinjerne velkomne og finder at de grundliggende indeholder mange positive elementer. Der er dog en række bemærkninger. Så vidt muligt opdelt i overordnede/generelle bemærkninger. Samt i bemærkninger til retningslinjerne for hhv Børn og Unge samt for Voksne.

#### **Generelle bemærkninger:**

Visitationsretningslinjerne kan betragtes som et element i den generelle nationale indsats for at styrke rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, som bl.a. også består af MTV, Forløbsprogrammer, evalueringen af kommunalreformen og arbejdet med at udarbejde kliniske retningslinjer for rehabilitering indenfor en række delområder.

Det er positivt at retningslinjen understreger et fortsat og udvidet behov for tværsektoriel inter kommunal og tværinstitutionel koordinering. Det understøtter mulighederne for at lave sammenhængende patientforløb.

Den faglige visitationsretningslinjes angivelse af øget specialisering stiller øget krav til de sundhedsfaglige vurderinger og dermed til rehabiliteringsindsatsen på et hospital. Samtidig må der forventes øget ambulans aktivitet efter udskrivelsen som følge af rehabiliteringsindsatsen. Det vil givetvis kræve kompetenceudvikling og øget tilførsel af ressourcer.

#### *Om definitioner:*

Det er positivt, at der gøres meget ud af begrebsafklaring. I retningslinjen defineres bl.a. genoptræning som en delmængde af de samlede og mere omfattende rehabilitering. Det er på denne baggrund fortsat forvirrende at begrebet *genoptræningsplan* fastholdes, uanset at den de facto ofte vil være en *rehabiliteringsplan*.

#### *Om tidsfrister:*

Det er positivt at tidsfrist for opstart af genoptræning/rehabilitering skal angives.



*Om specialiseringsniveauer:*

Fremover skal GOP indeholde en vurdering af om pt skal rehabiliteres/genoptrænes på alment eller specialiseret niveau. Kommunerne fordeler selv de almene patienter, på hhv. basalt og avanceret niveau.

Almen genoptræning	Kommunalt regi
Basalt niveau	Kommunal sundhedsfaglig vurdering
Avanceret niveau	
Specialiseret genoptræning	Regionalt regi
Specialiseret rehabilitering	Kommunalt regi / særlige enheder

Det er overordnet positivt, at et angivet specialiseringsniveau skal følges af kommunen.

Der er i tekst og bilag arbejdet med at beskrive kriterierne for denne stratificering.

Disse beskrivelser er fortsat upræcise og indeholder tolkningsproblemer.

Problemet med denne uklarhed er bl.a., at der kan opstå u hensigtsmæssige lokale forskelle.

Der bør arbejdes videre med, enten at forbedre disse karakteristikker eller, med at udvikle en standardiseret stratificeringsproces, evt. et egentligt screeningsinstrument.

Der bør også arbejdes videre med at udvikle metoder til at kontrollere, at stratificering foregår nogenlunde ensartet i hele landet (kvalitetskontrol).

I øvrigt finder Region H det bekymrende, at hospitalerne ikke som forventet på baggrund af Regeringens udspil vedr. evaluering af strukturreformen får mulighed for at vurdere genoptræningsbehovet for basalt og avanceret niveau, som skal udføres i kommunerne. Det betyder, at genoptrænings/rehabiliteringsindsatsen på disse niveauer besluttet af kommunerne, og dermed vil det ikke altid basere sig på en lægefaglig vurdering.

Man kunne med fordel have beskrevet visitationen til de forskellige specialiseringsniveauer på hospitalerne, især når der flere steder i dokumentet henvises til niveauerne. For eksempel henvises der på side 13 i retningslinjen for voksne til specialevejledningen for neurologi for en uddybende beskrivelse af specialiseringsniveauerne, der igen henviser til forløbsprogrammets anbefalinger og krav til hhv. regions- og højt specialiseret funktion (det gør den nye, kommende vejledning også). I forløbsprogrammet er der forslag til hvor patienten skal behandles i hospitalsregi afhængig af skadens kompleksitet. Forslagene kunne med fordel "blive løftet" og skrevet ind i visitationsretningslinjen.

## **Voksne:**

### *Målgruppe:*

Målgruppen er voksne med erhvervet hjerneskade. Det fremgår af teksten, at primært personer med de diagnoser, der er omfattet af MTV og forløbsprogrammernes anbefalinger, er en del af målgruppen. Det betyder, at f.eks. personer med rehabiliteringsbehov efter DS fortsat ikke er omfattet.

### *Opfølgning på rehabilitering og genoptræning:*

Der lægges op til, at neurologiske afdelinger skal yde faglig rådgivning og vejledning til kommuner i relation til de avancerede indsatser og, at der oprettes ambulatorier, hvor patienter kan genhenvises fra fase 1 mhp revurdering af funktionsniveau og rehabiliteringsbehov. På dette punkt er Region Hovedstaden langt, idet der er etableret et sådant tilbageløbsambulatorium. Der mangler fortsat erfaringer mod disse ordninger og det er uklart, hvordan de fremtidig skal dimensioneres, ligesom der er et vist overlap mellem sådanne ambulatorier og de ydelser der i dag ydes af specialiserede fase tre institutioner og VISO.

Den faglige visitationsretningslinje synes meget omfangsrig og omfattende idet den omfatter 3 specialniveauer på hospitalsplan og 6 specialiseringsniveauer i det tværsektorielle samarbejde. Det tværsektorielle samarbejde bærer præg af høj grad af kompleksitet, idet hospitalet ved udarbejdelse af genoptræningsplan kan henvise til 3 forskellige specialniveauer ved udskrivelse og til forskellige specialniveauer i løbet af et rehabiliteringsforløb i kommunen (side 24 punkt 4.4.3). Det stiller særlige krav til den sundhedsfaglige vurdering af genoptræningsbehovet afhængig af hospitalets specialniveau.

Snitfladen imellem specialniveauerne fremgår ikke helt tydeligt, da de 2 målgrupper i henholdsvis specialiseret rehabilitering og genoptræning ligner hinanden (side 29 og side 34). Begge målgrupper kan have funktionsevnetab, fysisk og psykisk, samt mentale funktionsnedsættelser.

Generelt er der mange steder i retningslinjer beskrevet kompetencer, speciel viden mm. Det bør anbefales, at dette defineres yderligere.

Endelig bemærkes, at der ses en del gentagelser i dokumentet, som måske kan udledes og således gøre det mere læsbart.

### Øvrige bemærkninger vedrørende voksne:

Det præciseres, at genoptræningsbehov skal vurderes af speciallæge i neurologi. Dette kan næppe opfyldes på alle landets hospitalsafdelinger i dag.

I retningslinjerne skrives ofte, at hjerneskadekoordinatorer skal styre forløbet. Det ses også som en vigtig og nødvendig opgave, som desværre i nogle kommuner nedlægges.

Hvis ikke en sådan funktion eksisterer i kommunen skal det måske tydeliggøres hvem, der har ansvaret. Er det f.eks. som beskrevet en tovholder?

Side 8, pkt. 1.4.2 Rehabiliteringspotentiale og behov er fint beskrevet og det opleves meget positivt, at det beskrives så klart og tydeligt.

Side 16, punkt 3.2.2 Sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehov er det beskrevet, at det nogle gange kræver særlige ekspertise. Der vil være behov for en yderligere specificering af hvilke kompetence det vil kræve, specialister?

Side 18 beskrives, at genoptræning skal rettes mod kroppens funktioner- det kunne ønskes at de mentale funktioner tilføjes i parentes efter kroppens funktioner.

S.21 står, at genoptræningsplaner, til genoptræning på specialiseret niveau, kun kan udarbejdes på højtspecialiserede eller Regionsniveau afdelinger. Denne formulering er uhensigtsmæssig, da der også vil være behov for at henvise pt fra neurologiske hovedfunktionsafdelinger til specialiseret rehabilitering.

Der anføres flere steder, at vurdering af mental funktion er afgørende og, at der er behov for neuropsykologisk og logopædisk ekspertise (se f.eks. midt s.22/56). Den neuropsykologiske og logopædiske normering på hospitalerne er uens og i mange kommuner er der ikke adgang til denne ekspertise i dag. Der er endvidere i de kommende år behov for at uddanne flere neuropsykologer, hvis de beskrevne behov skal dækkes med specialister.

Side 23 Der mangler en beskrivelse af det avancerede niveau.

Side 24 beskrives, at genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau skal udarbejdes på relevante specialafdelinger minimum på regionsfunktion. Der vil være enkelte apopleksipatienter, som ligger på en afdeling med hovedfunktion, som vil have behov for dette tilbud. Der er således behov for en tilpasning i formuleringen eller en henvisning til kriterierne for specialeret rehabilitering.

Det ønskes at ordet spasticitet ændres til svære tonusforstyrrelser eller tonusproblematikker.

Bilag 2 blander funktioner med symptomer, feks ligger spasticitet under bevægelsesfunktioner og er et symptom. Ligeledes beskrives dysfagi som et symptom og ikke en funktion. Generelt opleves punktet bevægelsesfunktion mangelfuldt beskrevet. Et ønske om tilføjelse af bl.a posturalitet.

I retningslinjen refereres til en checkliste (bilag 2) for udarbejdelse af en beskrivelse af funktionsevnen hos patienten med erhvervet hjerneskade. I forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade 2011 anvendes ICF klassifikation til beskrivelse af funktionsevnen.

## **Børn og Unge:**

- Desværre skal man læse langt ind i dokumentet før der er beskrevet væsentlige faktorer som eksempelvis: hvordan påvirkes familien (hvilke behov og risici opstår typisk) og vigtigheden af tidlig indsats, for at sikre optimal udvikling (hhv side 19 og 27). Forældrene rammes ofte af sorg, skyld og krisereaktioner, når deres barn kommer til skade, hvor en erhvervet hjerneskade presser familien ud i ekstreme og uhensigtsmæssige familiemønstre. Dette øger stress og belastning på familien til skade for barnets samlede udbytte af rehabilitering. Familien kan omvendt støttes gennem viden om en erhvervet hjerneskade og et støttende socialt netværk, hvilket kræver viden om erhvervet hjerneskade i familiens netværk. Endvidere ved man, at søskende ligeledes oplever mærkbare følger af, at familien nu har et barn med en erhvervet hjerneskade, hvor op mod halvdelen af søskende til børn med moderate og svære hjerneskader udvikler skoleproblemer eller følelsesmæssige vanskeligheder.  
Dette kan med fordel skrives ind i indledningen.
- Det er en udfordring, at der sondres mellem genoptræning og rehabilitering og tilkoblingen af forskellige fagpersoner, alt efter om det er sundhedsfaglig ydelse eller andet. Det er vist, at effekten af rehabilitering stiger jo bedre et tværfagligt team samarbejder. Det er væsentligt, at alle er bekendt med barnet eller den unges kognitive og sproglige forudsætninger så rehabilitering tilrettelægges her ud fra. Børn og unge der har lidt tab af flere færdigheder og funktionsnedsættelser har brug for at der sker en prioritering af indsatserne, at målene ligger inden for den nærmeste udviklingszone og at der tages højde for fx hjernetræthed, som igen er en kendt følge efter erhvervet hjerneskade.
- Det vil være relevant at tilføje, at børn og unge med erhvervet hjerneskade skal have mulighed for at møde og være sammen med ligestillede som et led i rehabiliteringen. Dette gælder ligeledes for forældrene.
- Det bør gennemgående fremgå tydeligere, at forældrene bør involveres som part i hele forløbet.
- Der er flere steder henvist til kommunikationscentre. Det er uvist om dette, ud over kommunikationsvanskeligheder, dækker synsvanskeligheder, som også er en typisk følge efter en erhvervet hjerneskade. Alternativt skal der også henvises til specialiserede synscentre og optometriste.

## Specifikke bemærkninger vedrørende Børn og Unge:

- Side 5: Hvorfor nævnes den centrale udmelding for voksne, når den ikke gælder for børn?
- Side 11 og flere andre steder er det beskrevet, at der kan udarbejdes psykologisk-pædagogisk vurdering. I langt de fleste kommuner har PPR psykologerne en konsultativ funktion og kan ikke varetage en nuanceret afsøgning af de kognitive funktionsnedsættelser (udredning m.m.) ved børn og unge med erhvervet hjerneskade. Vurderingen skal foretages af en børneneuropsykolog med kompetencer indenfor området.

- Side 12: Hvad er formålet med tabellen? Det vurderes ikke at være brugbart at prøve og sammenligne områderne på den måde, hvor den første kolonne omhandler genoptræning og de to andre mere overordnede specialiseringsniveauer. Endvidere burde det måske så også med, at socialområdet også omfatter genoptræning (jf. Den Centrale udmelding af 1. november 2014).
- Side 13. For alle niveauerne gælder, at indsatsen kan tilbydes i døgntilbud, **dagtilbud** eller i borgerens eget hjem (dagtilbud bør tilføjes).
- Side 19: Koordinering af indsatsen  
Det er centralt, at der skelnes mellem medfødte og erhvervede hjerneskader hos børn og unge, da børn og unges identitetsopfattelse og krisereaktion er helt anderledes, når de først har oplevet et funktionsniveau, en selvopfattelse og identitet før den erhvervede hjerneskade, og herefter oplever en meget ændret hverdag og selvopfattelse efter den erhvervede hjerneskade, hvor deres kompetencer, færdigheder, sociale omgangskreds mv. kan have ændret sig betragteligt. Dette skal en hjerneskadekoordinator også være meget skarp på, da børn og unge med erhvervet hjerneskade på ingen måde må behandles som de ”medfødte hjerneskader”.
- Side 23: Der bør være opmærksomhed på, at det kan blive en selvopfyldende profeti, hvis der ”aktuelt ikke skønnes at være potentiale for genoptræning- og rehabilitering”. Der bør så i de mindste udarbejdes en plan for at undgå senfølger i form af fx udvikling af fx spasticitet og sidde/liggesår.
- Side 24: Udredning af funktionsevne  
Det er endvidere centralt, at barnet eller den unge får belyst sin synsevne, da op mod 30 % af børn og unge med erhvervet hjerneskade har direkte neurologiske skader på det visuelle system, hvilket kan være en hæmsko for generhvervelse af færdigheder i et rehabiliteringsforløb, fordi barnet ser dobbelt, har sløret syn, mangler skarphed, ikke kan se farver, kun kan se ting i bevægelse, ikke kan aflæse dybde mv. (Steen Aalberg, optometrist, konference den 9-11. november 2013).  
Det er centralt at nævne, da mange kun undersøger barnets syn ift. langsynet/nærsynet, hvilket ikke siger noget om barnets afkodning af synsindtryk, så det er vigtigt med specialiseret viden fra centre som fx Refnæs og IBOS, såfremt der er mistanke om synsproblematikker.
- Side 25: Genoptræningsplaner til specialiseret niveau  
Neuropsykologer bør ændres til børneneuropsykologer – det er centralt, at psykologen har særlig viden om børns udvikling, da selve funktionsniveauet altid skal ses i denne sammenhæng.

Det fremgår, at det skal anføres i genoptræningsplanen, hvis det allerede ved udskrivelsen forventes, at der efter specialiseret genoptræning vil være behov for genoptræning på avanceret niveau. Det er svært at forestille sig, hvordan dette vil kunne forudses ligesom det jo også er en mulighed, at der efter genoptræning på avanceret niveau viser sig behov for genoptræning på specialiseret niveau.

- Side 26 nederst ”Genoptræningsplanen *kan* angive en tidsfrist for opstart af genoptræning..”. I BEK står der ”*skal*”.
- Side 29: Fastlæggelse af specialiseringsniveau  
Det bør understreges, at tilbud både skal have den fornødne kapacitet, kompetencer og udstyr til at løse opgaven, samt fagpersoner, der primært arbejder med den specifikke målgruppe, så man sikrer rette kompetenceniveau og relevant opkvalificering, fordi neurorehabiliteringsområdet udvikler sig.
- Side 30 øverst: ”Børn og unge med dysfagi, hvis der ikke er risiko for fejlsynkning...” Er dette relevant, findes disse børn?
- Side 33: Børn og unge med erhvervet hjerneskade har derudover ofte følgetilstande fx psykiatrisk komorbiditet, synsmæssige vanskeligheder med behov for sparing ved optometrist og konsulentbistand fra neuropædiater mv.
- Side 39 midt: ”Det tilstræbes, at der findes et rehabiliteringstilbud, som kan varetage barnets/den unges samlede rehabiliteringsbehov på specialiseret niveau inden for alle relevante områder”. Her kunne det være relevant med lidt nærmere overvejelser omkring kapacitetsbehov, og hvor sådanne tilbud kunne ligge? Også jf. indledede kommentar om, at det bør være i nærheden af bopæl og de efterfølgende krav i afsnit 8.2.1 om bl.a., at der skal være åbent alle dage året rundt.
- Side 43: Kvalitet og dokumentation  
Her bør kravene være mere eksplicite, så effekt og udvikling følges nøje. Dette både med fokus på indsatser både på avanceret og specialiseret niveau. Ligeledes må den samlede effekt af tværfaglige indsatser indgå, så der ikke fx fokuseres ensidigt på de sundhedsfaglige indsatser.
- Side 52 bilag 4: Vurdering af kapacitetsbehov  
Det foreslås at erstatte de angivne data for både børn og voksne med data alene for børn.



## Høringsvar til ”Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade.

Baggrunden for udarbejdelsen af ”Faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til voksne med hjerneskade” er, at evalueringen af kommunalreformen viste, at der var sket en afspecialisering inden for hjerneskadeområdet siden 2007. Der er efterfølgende – både fra Sundhedsstyrelsen (MTV, forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer) og fra Socialstyrelsen (den nationale koordinationsstruktur) arbejdet videre med at sikre at kvaliteten og specialiseringen inden for feltet er til stede. Det kunne derfor være givtigt at se på de to lovgivningsområder under ét, da dette i højere grad ville afspejle den tværfaglige, koordinerede og helhedsorienterede indsats, som borgeren har behov for.

I den nye visitationsretningslinje er der udarbejdet nye kriterier i forhold til specialiseringsniveauer inden for Sundhedsområdet efter udskrivelse. Kriterierne ændret i forhold til de kriterier, der tidligere er beskrevet MTV- neurorehabilitering. Samtidig benytter sygehusene inden for Sundhedsområdet og Socialstyrelsen deres egne kriterier og andre betegnelser i forhold til specialiseringsniveauer.

Der ville være hensigtsmæssigt, hvis der kunne være en større ensartethed i kriterier og betegnelser, da dette ville mindske risikoen for misforståelser og sikre en større grad af ”fælles sprog”.

Overordnet er dokumentet meget udførlig og belyse kompleksiteten af hjerneskadede mennesker godt. Det er positivt at det er fokus på de mentale problemstillinger som påvirker funktionsniveau massiv. Det er fortsat en lægefaglig begrundet vurdering, der ligger til grund for stillingtagen til behovet for genoptræning eller rehabilitering. Vurderingen foretages på baggrund af en tværfaglig udredning af funktionsevnen, som beskriver borgerens behov og specialiseringsniveauet. Tilkendegivelse af specialiseringsniveau må betegnes som en sikring af neurofaglig kompetence i ydelsen. Derfor bliver udredningen af borgeren – på alle områder (fysisk/neurologisk, kognitivt, ADL-mæssigt, emotionelt, plejemæssigt og socialt) samt vurdering af udviklingsmuligheder altafgørende for at det rette specialiseringsniveau kan beskrives. Dette stiller store krav til udfærdigelsen af genoptræningsplanen.

Generelt er der mange gode tanker i specialiseringsniveauerne for genoptræning og rehabilitering efter udskrivelse fra sygehus. Det tydeliggøres her, at der er mange former for og grader af vanskeligheder og at den grundlæggende tanke er, at borgeren skal have den optimale træning eller rehabilitering.

Positivt er desuden at man har mulighed for opfølgning af rehabiliteringsindsatsen med mulighed for en yderligere udredning af genoptræningsbehov senere hen i forløbet, da den vurdering som står i genoptræningsplanen ved udskrivelsestidspunktet kan og ofte vil ændre sig på langt sigt. Eksempelvis er konsekvenserne af en del af de kognitive og følelsesmæssige følger efter hjerneskade kan først vurderes efter indlæggelse eller viser sig først et stykke tid efter indlæggelse (når det virkelige liv leves) – derfor er det godt at der også her er mulighed for genvurdering af genoptrænings/rehabiliteringsbehov (”tilbageløb”)





Det er generelt positivt, at der er beskrevet muligheder for fornyede udredninger i sygehusregi – det kunne med fordel fremhæves at det gælder inden for alle faglige områder (neurologi, neuropsykologi, ergoterapi, fysioterapi, pleje og ernæring). Det kunne dog også overvejes om den del af disse udredninger med fordel kunne foretages på de steder, hvor der arbejdes med rehabilitering på specialiseret niveau – når udredningen netop omhandler viden og erfaringer, som disse steder besidder.

Det er positivt, at den koordinerende funktion i forhold til borgerens rehabiliteringsforløb fremhæves – enten i form af en hjerneskadekoordinator/rådgiver eller tovholder og at disse personer skal have de fornødne faglige kompetencer i forhold til feltet.

Det er også positivt, at der er fokus på udvikling af faglige kompetencer, herunder supervision og vidensdeling.

Det ville være ønskeligt med flere eksempler på, hvilke vanskeligheder, der hører ind under de forskellige former for genoptræning og rehabilitering – dette for at sikre, at bredden i målgruppen bliver tydelig.

I beskrivelserne af de forskellige niveauer beskrives hvilke faggrupper, der bør indgå. Samtidig burde vigtigheden af og evidensen for det tværfaglige samarbejde i praksis fremhæves.

#### **Kommentarer i forhold til det specialiserede niveau:**

I visitationsretningslinjen er der beskrevet et specialiseret niveau, som både omhandler specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering. Specialiseret genoptræning foregår på sygehuse og den specialiserede rehabilitering vil foregå i kommunalt regi.

I forhold den specialiserede rehabilitering beskrives der forskellige sundhedsfaglige kvalitetskrav - eksempelvis krav om at der skal være tre ansatte i hver personalegruppe og at der skal ske varetagelse af opgaver alle dage året rundt.

Disse krav til den specialiserede rehabilitering vil stille sig hindrende og ikke være hensigtsmæssige i forhold til nogle af de tilbud, som en del af målgruppen har brug for.

I denne forbindelse er det vigtigt at skelne mellem:

- Borgere der har komplekse følger i form af omfattende bevægelsesmæssige og andre fysiske funktionsnedsættelser – og som i meget høj grad har brug for de sundhedsfaglige ydelser og de krav, der beskrives i visitationsretningslinjen.
- Borgere med komplekse hjerneskaderelaterede følger med hensyn til det kognitive, følelsesmæssige og i mindre grad fysiske funktionsniveau – og som har markante ændrede livsomstændigheder.
- Sidstnævnte gruppe har i de fleste tilfælde et rehabiliteringspotentiale, som peger hen imod en tilknytning til arbejdsmarkedet og et selvstændigt liv.



Derfor har den gruppe brug for et tilbud, som både indeholder specialiseret neurofaglig viden og kompetencer og som knytter rehabiliteringen til at kunne håndtere personlige ændrede forudsætninger og at kunne mestre privatliv og arbejdsliv. Derfor skal disse tilbud i højere grad være fleksible – både i forhold til indhold, form og sted - eksempelvis arbejdsfstholdelse, hvor borgeren både er på sin arbejdsplads og kommer på rehabiliteringsstedet. Det er altså en anden form for kvalitetskrav end antal af hver faggruppe og hvor længe, der er åbent, der skal kendetegne et sådant tilbud.

Det er her vigtigt at fremhæve, at der i denne del af målgruppen rent faktisk er den stor del af borgerne, der komme i arbejde igen, hvis de rette faglige indsatser kommer i spil. Denne del af indsatsen er ikke særlig synlig i dette udkast.

Det ville i mange tilfælde være ønskeligt at kunne bruge både det sundhedsfaglige, beskæftigelsesmæssige og sociale lovgivningsområde samtidig – da de indsatser, der er knyttet til disse lovgivninger i højere grad afspejler de behov, som denne gruppe af borgere har.

I relation til den specialiserede rehabilitering skal det fremhæves, at Socialstyrelsen netop har udgivet ”Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade”, hvor alle kommuner i løbet af 2015 skal beskrive de tilbud, de har etableret. Samtidig skal de beskrive om det er muligt for hver enkelt kommune at have alle niveauer af tilbud eller om det er nødvendigt, at etablere tilbud på tværs af kommuner for at opretholde et borgergrundlag, der kan sikre en kapacitet, der kan opbygge og bevare den specialiserede viden og kompetence i forhold til rehabilitering.

Vi har desuden mere konkrete kommentar:

- Side 16 under punkt 3.2.2 Sundhedsfaglig vurdering af genoptræningsbehov er der beskrevet at det kræver nogle gange fagpersoner med særlig ekspertise – Hvad mener man med det, det er ikke defineret hvad en fagperson med særlig ekspertise er. Er det godkendte specialiser på område?
- Punkt 3.3 Samarbejde efter udskrivelsen: God ide, men er der tænkt på øget ressourceforbrug til dette?
- Under punkt 4.4. mangler punkt med genoptræningsplaner til avanceret genoptræning, som er navnet under andre punkter.
- Under punkt 5.5: Helt enig at hovedparten af hjerneskadede patienter skal ligge under avanceret niveau.
- Kan vi ændre ord spasticitet til svære tonusproblematikker eller tonusforstyrrelser. Ofte er der ikke spasticitet vi ser og behandler og dermed er ord miss visende.
- Bilag 2 blander funktioner med symptomer fx spasticitet ligger under bevægelsesfunktioner og er et symptom, desuden mangler der postural kontrol/balance som en væsentlig bevægelsesfunktion. Det er også gældende under andre kropsfunktioner som beskriver dysfagi som er et symptom og ikke en funktion.

Konklusions er:

- Positiv er at det er under hele rehabiliteringsforløb muligt at får fortaget en revurdering



- Komplexiteten af følgevirkninger af hjerneskade er godt og grundig beskrevet
- Visitationsretningslinje giver mulighed at finde den individuelt bedste løsning

Det kræver dog:

- Bevaring af de høj specialiserede kompetencer som endnu findes både i primærsektor i form af nogle specialiserede centre samt regionale tilbud
- Stop af alt hjemtagning med tro på at man kan klare komplekse opgaver billigere. Det er sikkert rigtig fra en økonomisk synspunkt, men man mister viden og den tager tid og økonomi at opbygge igen
- Samarbejde på tværs af sektorer og på tværs af kommuner kræver de nødvendige personaleressourcer

EFS bestyrelse

Område: Sundhedsområdet  
Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet  
Journal nr.:  
Dato: 2. december 2014  
Udarbejdet af: Annette Lunde Stougaard  
E-mail: Annette.Stougaard@rsyd.dk  
Telefon: 76631194



## Notat

# Hørings svar Region Syddanmark

## Faglige visitationsretningslinjer – genoptræning og rehabilitering til voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade

### Svar fra Sygehus Sønderjylland

Vedr. afsnit 2.3 nederst:

Med hvilken begrundelse anvendes multidisciplinært og interdisciplinært?

Vedr. afsnit 3.1.4:

Generelt tager retningslinjen ikke højde for store geografiske afstande i nogle regioner. Vi frygter at pt. vil fravælge kontrol og ikke har den fornødne fysiske og mentale udholdenhed til lang transport

Desuden:

Det bør præciseres hvilke muligheder kommunerne har for at følge op og Hvilke sygehusniveauer, der må lave udredningen

Vedr. afsnit 3.2.3

Der er lagt op til et stort tidsforbrug/ dobbeltarbejde, når både på sygehus og i kommune skal vurdere funktionsevne og genoptrænings/rehabiliteringsbehov

Vedr. afsnit 3.3 – nederst

Der bør tilføjes smerter, Udredning med FEES

Vedr. afsnit 4.1

Genoptræningsplaner skal udarbejdes ved udskrivelse, ikke ved indlæggelse!

Betyder det at hovedfunktion ikke må lave specialiseret genoptræning?

Hvordan visiteres til regional funktion.?

I dag kan patient og pårørende selv henvende sig og få en plads.

Vedr. afsnit 4.3

Om rehabiliteringspotentialer:

Uklart beskrevet.

Det er funktionsevnen og rehabiliterings potentialer, der angiver specialiseringsniveauet

Vedr. afsnit 4.4

Generelt – der er gentagelser flere steder

Der lægges op til en meget omfattende beskrivelse og risiko for dobbeltarbejde. Oplysningerne findes andet sted.

Genoptræningsplanen beskrives som en rehabiliteringsplan og kræver ny It-understøttelse.

Vedr. afsnit 4.4.4 patientsikkerhedsmæssige aspekter  
Der bør tilføjes ".. og evne til at kommunikere omkring basale behov".

Vedr. 5.2 (side 28)  
Under punktet "Hjemmesygepleje":  
Pt. med behov for indsatser ift. blære-tarmfunktionen som følge af apopleksi har oftest ikke kun lette funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger

Vedr. 5.5.1  
Eksemplerne i afsnit 2:  
Her kunne man vælge ingen eksempler eller flere eksempler

Vedr. 5.5.2  
Synsproblematikken er ikke nævnt. I hvilket regi skal denne varetages?

Vedr. 7.3  
Hvem skal vurdere hvorvidt region og kommune lever op til kravene?

Vedr. 7.4  
Kommunens ansvar bør konkretiseres.

Retningslinjen lægger op til en udtynding af de faglige kompetencer og miljø på hovedfunktionsniveau. Er det godt for patienten? Hvordan vil man undgå ulighed i tilbuddet, når geografiske afstande og pt.'s udholdenhed tænkes ind.

Vedr. s. 49 Bevægelsesfunktioner  
Der bør tilføjes: "Artikulation" (eller: "Taletydelighed") (som er en bevægelsesfunktion modsat "Sproglige funktioner", som ganske korrekt er anført under "Mentale funktioner".)

## **Svar fra Rehabiliteringsafdelingen, OUH:**

"Der foreligger et stort arbejde bag denne visitationsretningslinje, og den fremstår gennemarbejdet og med hensyn til alle de komplekse problemstillinger ved voksne med erhvervet hjerneskade.

I visitationsretningslinjen beskrives, at der visiteres til genoptræning på basalt niveau eller genoptræning på avanceret niveau ved en sundhedsfaglig vurdering. Det er vigtigt at denne visitering, er en synlig og gennemskuelig proces, hvor den sundhedsfaglige vurdering beror på et solidt grundlag og som er fælles på tværs af kommunerne, således man anvender samme værktøj i den kommunale visitation.

Det er væsentligt at fordelingen af genoptræningsplaner for voksne med erhvervet hjerneskade er anderledes end for andre diagnosegrupper. Det er vigtigt at det fremhæves i visitationsretningslinjen at størstedelen af voksne med erhvervet hjerneskade vil have behov for genoptræning på avanceret niveau. Set i lyset af at størstedelen af voksne med erhvervet hjerneskade har komplekse

problemstillinger med omfattende funktionsevnedesættelser, som ikke kan varetages på basalt niveau”.

Fra Tina Phillipsen:

Side 12 - sidste afsnit

*For alle niveauer gælder, at indsatsen kan ydes i døgntilbud eller med udgangspunkt i borgernes eget hjem ....*

Det tænker jeg ikke vi kan imødekomme, hvis det er specialiceret genoptræning patienten er henvist til? Måske læser jeg det forkert?

Side 14 - sidste afsnit

*Udskrivelseskonferencer*

Rigtig godt at dette tænkes ind, men svært at nå i de accelererede patientforløb. Kan det åbnes op, så de også kan afholdes efter udskrivelse og evt. som videokonferencer.

*Samarbejde mellem sygehus og kommune*

Det kunne være rart om man kunne være mere konkret - hvordan kunne det fx være tilrettelagt?

Side 15

*Dot 2 - færdiggøre planlagt udredning af funktionsevnen ....*

Vi det sige de kan udskrives før de er færdigundersøgt ved ergo og fys?

Eller kan der være igangsat en indsats via en genoptræningsplan, selvom patienten fortsat udredes?

Kan nye fund så tilføjes eksisterende genoptræningsplan?

Side 22 og generelt i retningslinjen

Hvorfor anvendes mentale funktioner frem for kognitive funktioner ?

Side 34

*Hvor der gives eksempler på hvad der kan være specialiseret genoptræning.*

Det bør for mig at se også omfatte patienter med svære kognitive deficits, hvor der er behov for tæt samarbejde med neuropsykolog, samt erhvervsaktive, hvor der ud over neuropsykolog også er behov for løbende vurdering af neurolog.

(her tænker jeg ND terapeuterne kan byde ind med flere eksempler)

Fra Terapeut i N-gruppen:

Som jeg lige læser det på side 34 og lidt frem, har jeg svært ved at se vores indsatser som ”specialiseret genoptræning” – mange af de patienter vi har i forløb passer bedre i gruppen for ”specialiseret rehabilitering”?!

Lige et par hurtige kommentarer:

- Jeg er helt enig i, at der bør være et punkt gående på patienter med kognitive deficits. Disse har behov for (ikke kun neuropsykologisk) en tværfaglig koordineret indsats, både speciallæge, fys./ergo., neuropsykolog.
- Erhvervsaktive har også behov for en speciel tværfaglig koordineret indsats.

- Jeg har haft/har 2 patienter med svære symptomer efter cerebellare infarkter. De er meget dårlige både kognitivt, fysisk og alment (svimmelhed, kvalme). Jeg synes bestemt de har behov for et specialiseret tilbud – går de ind under de beskrevne visitationskriterier?
- Derudover synes jeg det bør defineres bedre, hvad "sundhedspersoner med specialiserede kompetencer" går ud på – det ved jeg ikke om jeg fx har?

Og fra børnegruppen:

Fra børnegruppen har vi følgende kommentarer til "faglig visitationsretningslinje – genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade"

1.2. s.6 Hvordan er medtænkt børn og unge, hvor der ikke observeres umiddelbare funktionsevnededsættelse....?

2.1 s. 13 " *For alle niveauerne gælder, at indsatsen kan ydes i døgntilbud eller med udgangspunkt i borgernes eget hjem*"

Dette vurderes vanskeligt ud fra nuværende bemanding/arbejdstider. Det vil nok ikke være ret mange børn, som efter udskrivelse har behov for at genoptræningen foregår på OUH- så det er svært at planlægge arbejdstid efter.

2.1.s.13 Rehabilitering på avanceret niveau: Hvad kan det være? Er det eks.vis specialbørnehave/ skole eller Hammel neurocenter eller Vejle Fjord? eller er det s.14: højt specialiserede funktioner der kunne være eks.vis Hammel?

3.1.2 s. 15 "*Hvor sygehuset vurderer at barnet har omfattende behov for specialiserede rehabiliteringsindsatser efter udskrivelsen tager sygehuset kontakt med kommunen hurtigt efter indlæggelsen med henblik på at sikre en fælles planlægning*"

Er det ikke den målgruppe, som vi sender til Hammel neurocenter og hvor det derfor først senere i forløbet er relevant med koordinering af træningsindsatsen efter udskrivelse ?

3.1.2 s. 15 "*der afholdes udskrivelseskonferencer .....*"

Hvis de skal holdes inden udskrivelse vil det måske kunne forlænge indlæggelsen og ikke være hensigtsmæssigt for barnet/familien, der kunne evt. stå tilstræbes inden udskrivelse eller afholdes kort tid efter udskrivelse.

3.1.4. s. 16 Er det børneneurologerne, der skal følge børnene 1/2 / 1.gang årligt? Er det også terapeuter?

3.2.6 s. 19 "*I starten af forløbet vil indsatsen ofte være rettet mod træning af kroppens funktioner og basale daglige aktiviteter som spisning, personlig hygiejne, toiletbesøg og mobilitet*"

Her bør også stå LEG, idet det er et af barnets primære aktiviteter.



4.1. s. 23 "GOP er formelt en henvisning til genoptræning..... kommunen kan hverken tilsidesætte.....eller på hvilket specialiseringsniveau". Hvordan kan kommunen så visitere, hvis specialiseringsniveauet allerede er fastsat?

4.4 1 + 4.4.2 + 4.4.3 " *genoptræningplan skal indeholde udvidede beskrivelse af udredning og behandling på sygehuset, samt en detaljeret beskrivelse af barnets samlede funktionsevne..... derudover skal genoptræningsplanen indeholde resultater af relevante undersøgelser og funktionsevne vurderinger ..... skal desuden indeholde beskrivelse af potentiale samt mål med genoptræning*

I virkeligheden verden kan det ikke lade sig gøre at beskrive detaljeret, idet at der ikke er plads til ret mange anslag i en elektronisk genoptræningsplan

Mange hilsner  
Hanne Kaae

## Svar fra Sydvestjysk Sygehus

Generelt kunne retningslinjen strammes op i forhold til længde, der er mange ord, og det ville gøre den mere læsevenlig.

I forhold til de nye begreber er det fornuftigt at det beskrives, at hovedparten af patienter med erhvervet hjerneskade hører til avanceret niveau.

Det kræver særlige kompetencer og kan varetages i tværkommunalt samarbejde. Mange kommuner vil have behov at etablere genoptrænings- og rehabiliteringstilbud. Hvordan vil man sikre dette. I dag foregår der, mig bekendt, ikke tværkommunalt samarbejde i RSD, og patienterne er der allerede??

Det der stiller flest spørgsmål er det 4. niveau specialiseret rehabilitering.

Genoptræningsplaner skal udarbejdes på mindst regionsfunktions niveau , dvs Ringe eller Grindsted neurorehabilitering for RSD vedkommende. Patienterne kan/vil have behov for rehabilitering på både det sundhedsfaglig som det sociale, beskæftigelses - og specialundervisnings område.

Det er stadig uklart, hvor rehabiliteringen skal foregå. Der står at kommunen har ansvaret, men den konkrete koordinering af de faglige indsatser varetages af rehabiliteringstilbuddet.

Jeg tror, vi hver især har en opfattelse af hvilke tilbud det drejer sig om, og i virkeligheden kan det ikke dreje sig om mange institutioner, da ptt er på en regionsfunktion for neurorehabilitering, når GOP udarbejdes., og det estimeres at det er 10% af patienterne med erhvervet hjerneskade der vil tilbydes specialiseret rehabilitering.

Kunne man ikke skrive, hvor det er i hvilke regioner?

Kunne man risikerer, at det ender med, at ptt modtager avanceret genoptræning og at kommunen etablerer/ koordinerer de øvrige tiltag. Det må alt andet lige give kommunen en udgift at ptt skal modtage specialiseret genoptræning.

Rent praktisk er der en stor udfordring for vores personale IT mæssigt indtil MedCom har en ny standard klar. GOP standarden er på ingen måde beregnet til at beskrive hverken genoptræning på

avanceret niveau eller en rehabiliteringsindsats, hvor mange sundhedsfaglige flere/personale grupper skal medvirke.