

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.

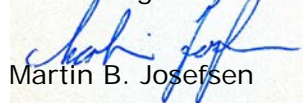
Flere steder i retningslinjen står beskrevet overgangen mellem primær og sekundær sektor, kommune og sygehus. Vi ved denne overlevering kan være vanskelig at sikre og fokus bør rettes på dette. Som DSNF gør opmærksom på i deres høringssvar bør ansvaret for patientens forløb sikres, f.eks. ved at manifestere 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 forskningsforpligtelse. 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