



28-08-2014

Sag nr. 14/2602

Dokumentnr.

Andrea Grandelag

Tel. 35 29 83 99

E-mail: agr@regioner.dk

**Danske Regioners høringsvar vedr. bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus og vejledning om træning i kommuner og regioner**

***Indledende kommentarer***

Bekendtgørelsen imødekommer nogle af de problemstillinger, hvor genoptræningsområdet har været udfordret efter kommunalreformen. Udkastet til revideret bekendtgørelse og vejledning vurderes overordnet set at bidrage til et bedre tværsektorielt samarbejde mellem hospitaler og kommuner om de borgere, som har behov for genoptræning og/eller rehabilitering. Reduktion i ventetider på den kommunale genoptræning, fokus på kompetencer og erfaring blandt personalet i alle sektorer og styrkede (tvær)faglige miljøer, kan være med til at øge kvaliteten og patientsikkerheden.

Der er tilfredshed med, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i revisionsudkastet søger at imødekomme evalueringen af kommunalreformen i forhold til patienter med erhvervet hjerneskade. Det påpeges, at tilsvarende mangler for andre patientgrupper.

En styrkelse af sygehusenes beføjelser vedr. patienter med meget komplekse rehabiliteringsbehov i form af en angivelse af tidsfrist for opstart af genoptræning og patientens samlede behov for rehabiliteringsindsatser vurderes positivt.

Der er opbakning til kategoriseringen i fire grupper, men der er knyttet bekymringer dertil. For eksempel i forhold til, hvordan arbejdet med de fire grupper konkretiseres og at kategoriseringen kan give anledning til drøftelser med kommunerne, som kan være en forstyrrende for et godt samarbejde.

Ikrafttrædelsesdatoen den 1. oktober vurderes at være urealistisk både i forhold til den nødvendige it-løsning, men også i forhold til generel implementering.

Side 2

### ***Generelle kommentarer***

Regionernes skærpede myndighedsansvar i forhold til personer med særlige komplekse behov fremgår ikke tydeligt af hverken bekendtgørelse eller vejledning.

Det fremstår endvidere uklart, om de nye grupper inden for genoptræningsplaner vil få afledte konsekvenser i forhold til afregning for genoptræningsplanerne.

Generelt er bekendtgørelsen inklusiv bilag og vejledning et omfattende skrift, som til tider er præget af gentagelser. Nogle steder er der variation i formuleringerne, hvilket kan afstedkomme uklarhed i fortolkningen for de aktører, der skal forvalte og efterleve bekendtgørelse og vejledning. En gennemskrivning af materialet og bedre sammenhæng mellem teksten fra den nuværende vejledning og denne nye, vil være gavnligt.

#### ***Eksempler på variation i formuleringer***

I bilag 1, under Gruppe 3.

”Genoptræning på specialiseret niveau varetages på sygehus...”

Denne pragmatiske passus kan være uforenelig (i nogens fortolkning) med en sygehusorganisationsstruktur, der omfatter ambulante udgående funktioner. Andet sted i materialet står der leveres af sygehuset, hvilket må være den essentielle pointe.

I bilag 1, under rehabilitering på specialiseret niveau.

Der er forskellige fortolkninger af, hvordan man arbejder teambaseret, men betegnelsen

”multidisciplinær” anvendes normalt om et flerfagligt samarbejde, hvor flere faggrupper

arbejder i parallel, søjleopdelt struktur – som altså ikke er nødvendigvis er teambaseret.

Interdisciplinære forløb vil være en bedre betegnelse, idet kernen i begrebet rehabilitering er et koordineret teamsamarbejde med omdrejningspunkt i samme mål og plan for patienten.

### ***Rehabiliteringsbegrebet***

Der mangler en klar definition af rehabiliteringsbegrebet. I indledningen beskrives kommunens ansvar for borgere med et rehabiliteringsbehov, og at rehabiliteringen omfatter indsatser efter flere lovgivninger. Sidst i afsnittet beskrives eksempler på forskellige lovgivninger, som rehabiliteringsindsatser kan iværksættes på baggrund af, f.eks. virksomhedspraktik på baggrund af beskæftigelseslovgivningen.

Når der så tales om specialiseret rehabilitering, beskrives rehabiliteringsindsatsen som en indsats, der varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre faggrupper i et tæt tværfagligt samarbejde. Af beskrivelsen i dette afsnit, er det vanskeligt at forestille sig, at der er tale om en vurdering af den samme samlede rehabiliteringsindsats, som man taler om i det indledende afsnit i vejledningen.

Der er behov for en klarere definition af, hvad der skal indeholdes i vurderingen af rehabiliteringsindsatsen. Især fordi det samtidig fremgår af vejledningens afsnit 4.5.4 om udvidede genoptræningsplaner, at der, for patienter, der har behov for rehabilitering på specialiseret niveau, i genoptræningsplanen skal indeholdes en beskrivelse af patientens samlede behov for rehabiliteringsindsatser. Hvis det er den brede forståelse af rehabiliteringsindsatsen, som beskrevet i vejledningens indledning, kan det i praksis, hvis det skal være meget specifikt, være svært for lægen at vurdere, hvilke andre rehabiliteringsindsatser, f.eks. inden for beskæftigelsesindsatsen, patienten har behov for.

### ***Forenkling af genoptræningsplanen***

I det indledende arbejde med udviklingen af den nye bekendtgørelse og vejledning, indgik også et formål om at sikre forenkling af genoptræningsplanen for ukomplicerede forløb. Den nye bekendtgørelse og vejledning lever kun i meget begrænset omfang op til dette. Det var en forudsætning for ud fra et ressourcemæssigt perspektiv at det øgede arbejde med komplicerede genoptræningsplaner skulle ledsages af mindre arbejde med de simple genoptræningsplaner. Dermed medfører den nye vejledning og bekendtgørelse formentligt øgede ressourcetræk, frem for at være ressourceneutralt som forudsat.

### ***Genoptræning og rehabilitering for psykiatriske patienter***

Det skal tydeliggøres at psykiatriske patienter også har ret til en genoptræningsplan. I den nye vejledning har man blot slettet sætningen der beskriver, at det alene gælder psykiatriske patienter med et somatisk genoptræ-

ningsbehov. Der skal ske en uddybning af funktionsevnebegrebet, så det er tydeligt, at psykiatriske patienter også er omfattet.

Side 4

Det foreslås, at det fremstår tydeligere, hvordan psykiatrien som fagområde er omfattet af vejledningen, herunder hvordan psykiatriske patienter er stillet i forhold til genoptræning og rehabilitering efter indlæggelse på psykiatrisk sygehus. I forlængelse af sundhedsaftalernes fokus på at sidestille psykiatri og somatik, savnes en tydeligere angivelse af, at vilkår, definitioner og krav også gælder for psykiatriske patienter efter udskrivning fra psykiatrisk sygehus.

Det fremgår af vejledningen, at træning (og rehabilitering) har til formål at fastholde eller forbedre funktionsevnen, bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt. Det er uklart om dette også gælder for indsatser, der målrettet følger af en psykiatrisk lidelse og efter udskrivning fra et psykiatrisk sygehus eller gælder vejledningen kun, hvis psykiatriske patienter har et genoptræningsbehov som følge af en somatisk lidelse/udskrivning fra somatisk sygehus.

Psykiatrien vil i stort omfang have brug for at skulle vurdere, om der skal udarbejdes en genoptræningsplan efter sundhedsloven eller, om der skal henvises til socialpsykiatriske tilbud i kommunalt regi. Udarbejdelse af genoptræningsplaner fra psykiatrien har indtil videre været meget sjældent forekommende, og der vurderes derfor et noget større ressourceforbrug i psykiatrien til at foretage disse vurderinger og i flere tilfælde at skulle udarbejde genoptræningsplaner. Psykiatrien vil derfor være særligt ressourcemæssigt presset i forhold til denne opgave.

#### ***Opdelingen i 4 genoptrænings-/rehabiliteringsniveauer***

Opdelingen i 4 genoptrænings-/rehabiliteringsniveauer er en relevant opdeling, men den mangler konkretisering. Der er således en bekymring for, om de fire niveauer vil give anledning til uforholdsvist mange uenigheder mellem sektorerne, da der nu er endnu flere kriterier, der skal fortolkes og sikres enighed om. Niveauerne åbner op for flere spørgsmål til, hvordan tværgående samarbejde og koordination skal ske mellem kommune og region.

Arbejdet med at udvikle kriterier for de forskellige typer af patienter og diagnoser fordelt på de fire niveauer, må forventes at være et omfattende arbejde, som vil involvere mange både fagpersoner og administrativt personale fra de involverede sektorer.

Kategoriseringen er ikke mindst vanskeligt i krydsfeltet mellem den kommunale terminologi ”basal, avanceret og specialiseret genoptræning”, Sundhedsstyrelsens terminologi i specialeplanlægningen ”hovedfunktion, regional funktion og højt specialiseret funktion” og på hjerneskadeområdet ift. den måde, niveaudelingen beskrives i Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram om rehabilitering af erhvervet hjerneskade, 2011.

Dernæst er vurderes den procentvis fordeling af de 4 grupperinger ikke at være realistisk.

Der vil være store afvigelser i fordeling på diagnoseområder, idet nogle diagnosegrupper jf. nationale referenceprogrammer, sundhedsaftaler mv. klassificeres som specialiseret. Dertil kommer, at det vurderes fra psykiatrien, at genoptræningsplaner fra psykiatrien oftest vil være til avanceret niveau, hvilket også vil have indflydelse på tallene. Udviklingen på sygehusområdet går mod, at borgere der indlægges bliver dårligere. Derfor er der ligeledes usikkerhed om estimerne fremadrettet. Der mangler desuden baggrund eller referencer for estimerne.

#### *Gruppe 2: Genoptræning på avanceret niveau*

Det er uklart, hvad der forventes ved genoptræning på avanceret niveau, når der står, at der bliver behov for samarbejde med specialiseret niveau.

#### *Gruppe 3: Genoptræning på specialiseret niveau*

Forudsætninger for specialiseret genoptræning er i vejledningen uforandret ift. tidligere, og det fremgår fortsat, at det ikke er diagnosen alene, men patientens tilstand, herunder sygdommens sværhedsgrad og eventuelle komplikationer, der afgør, om patienten skal tilbydes specialiseret ambulant genoptræning. Det er uklart om det forventes, at den lægefaglige vurdering vil ændre sig fremadrettet ift. bl.a. genoptræning på avanceret niveau.

Der savnes en mere klar skelnen mellem den specialiserede rehabilitering, der foregår i regionalt regi og den, der foregår i kommunalt regi. I praksis er der bekymring for, at den uklare sondring kan give anledning til fornyede diskussioner om, hvor meget af en specialiserede rehabilitering, der er en del af den regionale behandling, og hvornår indsatsen overgår til at blive specialiseret rehabilitering for kommunal finansiering.

#### *Generelt omkring leverandører af specialiseret rehabilitering*

Det har hele tiden været således, at kommunen har haft mulighed for at indgå aftaler med regionsråd, andre kommuner eller private institutioner om at tilbyde genoptræningsindsatser. Der savnes en afklaring af, hvem der

vurderer, om de specialiserede rehabiliteringstilbud, som kommunen tilbyder en borger med en genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering, lever op til de kriterier, der er formuleret i vejledningen. Der stilles også spørgsmål til, hvorvidt lægen, som udarbejder den specialiserede rehabiliteringsplan kan anvise, hvilken leverandør/institution, som skal løse opgaven (f.eks. Center for døvblinde, der er angives som eksempel i noten s. 12)

I forhold til rehabilitering på specialiseret niveau savnes en tydelig skærpet regional myndighedskompetence med øget kompetence til at beskrive både genoptræningsbehov og den nødvendige indsats. Det er vagt beskrevet i vejledningen.

#### *Gruppe 4: Rehabilitering på specialiseret niveau*

Det er og uklart hvilke enheder/centre, der er tale om og om disse udelukkende er regionalt forankrede.

#### *Egen træning*

Egen træning udløser ikke længere en genoptræningsplan, hvilket vurderes at være

uproblematisk, både fordi der hidtil er udarbejdet ganske få af disse planer.

#### **Kompetencekrav**

Der er positivt, at der stilles faglige krav til kompetencer hos personalet, og at det ses i relation til patienternes symptomer og behov. Ligeledes er det positivt, at der opsættes krav til organisering for gruppe 2-4. Således med en forventning om opnåelse af faglig ekspertise ved kun at beskæftige sig med det enkelte speciale.

At bekendtgørelsen indeholder en beskrivelse af, hvilke sundhedsfaglige kompetencer, der skal være til stede for at kunne varetage genoptræning og rehabilitering på de forskellige niveauer, kan ud over at angive et kvalitetsniveau, være vejledende for kommuner og regioner i forbindelse med rekruttering og kompetenceudvikling af sundhedsfagligt personale og i forbindelse med tilpasning af kapacitet til den aktuelle befolkningsprofil. Det er dog uklart, hvad det er for grunduddannelser og efter-/videreuddannelser der tales om. Det foreslås derfor uddybet.

Det bemærkes, at kompetencer erhverves både ved formaliseret uddannelse og specifik læring samt erfaringsopsamling baseret på klinisk praksisudøvelse. I forhold til fysioterapeuter og ergoterapeuter indeholder grunduddannelsen meget sparsom praksiserfaring, og det er derfor nødvendigt, at

der bygges viden ovenpå fra dag et, når man skal varetage genoptræning efter sundhedsloven. Vi vurderer derfor, at der bør stå ”samt relevant efteruddannelse og erfaring” under gruppe 1 i bilag.

Side 7

Endvidere er det ønskeligt, at man i vejledningen præciserede visitationsretningslinjer for patient med meget komplekst genoptræningsbehov, herunder en tydeliggørelse af kommunernes forpligtelse til at gøre brug af særlige kompetencer og fagfolk i varetagelsen af indsatsen i genoptræningsforløbet.

I praksis kan det være vanskeligt at sikre, at alle fagpersoner udelukkende beskæftiger sig med ét specifikt fagområde. Dertil er patientgrupperne for langt de flestes vedkommende for små. Det vil fagligt og organisatorisk ikke kunne lade sig gøre, måske med undtagelse af for ganske få grupper på enkelte sygehuse.

#### *Eksempel*

Eksempelvis vil der kun være få patienter med ALS (Amyotrof lateralsclerose) tilknyttet det enkelte sygehus og det vil ikke være muligt at fysio- eller ergoterapeuter udelukkende beskæftiger sig med dette. Det samme vil gælde på mange andre områder. Det hindrer dog ikke, at der på det enkelte sygehus kan sikres, at der er fagpersoner med specialiseret viden og kompetencer på højt niveau, der har opgaven. Det vil blot være nødvendigt, at de arbejder med mere end en enkelt patientgruppe.

Det er uklart præcist, hvad der menes med det skal være specifikke fagpersoner, der sammen med lægen skal være med til at vurdere og udarbejde genoptræningsplan.

Det beskrives, at regionen er forpligtet til at sørge for at de private sygehuse har de nødvendige kompetencer til at udarbejde en genoptræningsplan. Der mangler en præcisering af dette.

#### **Metode**

Generelt vil en tydeligere præcisering af krav til anvendte metoder, indsatser, herunder også træningsdosering (hyppighed, varighed og intensitet) i genoptræningsplaner være ønskelig.

Det giver god mening, at der tages udgangspunkt i en individuel vurdering, men samtidig er der et ønske om at højne indsatsen over for specifikke grupper, hvilket giver sig udtrykt i eks. Sundhedsstyrelsens anbefaling om

rehabiliteringstilbud til hjerteklapopererede. Derfor er der behov for, at kunne definere en bestemt træningsindsats til en specifik patientgruppe. Det foreslås, at der udarbejdes et følgemateriale, som beskriver en række cases til hjælp i forbindelse med valg af niveau.

### ***Forskning***

Det ønskes, at der på alle niveauer er krav om forskning og ikke kun på det specialiserede niveau. Eftersom estimatet er, at 90 % af patienterne vil modtage genoptræning på basalt eller avanceret niveau (i kommunerne eller fælles enheder) er det naturligt at indtænke forskning her også.

### ***Implementering***

Der må påregnes god tid til implementering. Der er mange uklarheder og ikke mindst et IT-system, som skal være klar. Derfor vurderes den 1. oktober vurderes at være urealistisk.

Der udover er det meget vigtigt, at denne revision er klar og enkel at implementere i praksis, det store område taget i betragtning. Ændringer medfører, at tværfaglige og tværsektorielle lokale og regionale samarbejdsaftaler mellem de kliniske samarbejdspartnere skal justeres. Når den reviderede bekendtgørelse skal tages i brug, kræver det en informations- og implementeringsproces for de personalegrupper og institutioner der skal forstå og anvende de nye grupperinger, og en sådan proces kræver den nødvendige tid og et klart og understøttende skriftligt materiale (evt. en ”pixieudgave”).

Sundhedsområdet er i disse år præget af store krav om effektiviseringer og det er afgørende, at den fremtidige praksis på træningsområdet understøtter disse effektiviseringskrav. Den elektroniske patientjournal er et uundværligt arbejdsredskab og det er helt nødvendigt, at MedCom standarden og IT-systemerne i både region og kommune er klar til at understøtte den nye bekendtgørelse, og det er vanskeligt at se, at det er realistisk med en ikrafttræden allerede 1. oktober 2014. Såfremt disse områder ikke er på plads inden bekendtgørelsens ikrafttræden vil der komme uhensigtsmæssige arbejdsgange, hvilket vil være en økonomisk belastning.

Det vil desuden kræve en ændring i det tekniske opsæt, når Sundhedsstyrelsen efterspørger en genoptræningsplan per patientforløb. Det kan i dag ikke lade sig gøre f.eks. at starte et specialiseret genoptræningsforløb og derefter lade det gå over i et alment forløb uden der udarbejdes to genoptræningsplaner.



## **Bemærkninger til bekendtgørelsen**

Side 9

§ 1 stk. 2. Det kunne være ønskeligt om et minimumsniveau for samarbejde med patienten blev beskrevet. Det er uklart om det er tilstrækkeligt, at patienten har givet samtykke til behandlingen og hermed til, at sygehuset udarbejder en genoptræningsplan eller skal patienten være med i udarbejdelsen af genoptræningsplanen.

§ 2. Ændringen hvor genoptræningsplanen ikke længere skal indeholde oplysninger om patientens funktionsniveau før indlæggelse er positiv.

§ 2. stk. 2. Det er positivt, med mulighed for angivelse af tidsfrist for opstart.

§ 2. stk. 4. Vurderingen af genoptrænings- og rehabiliteringsbehovet sker for disse patientgrupper på speciallægeniveau og med fagpersoner og teams med de beskrevne kompetencer (Bilag 1 til bekendtgørelsen). Med henblik på at tydeliggøre denne styrkelse af beføjelser foreslås, at der i § 2 stk. 4 tilføjes: ”samt angiver patientens samlede behov for rehabiliteringsindsatser”, således at sygehusene definerer indholdet af rehabiliteringsindsatsen på samme vis, som der kan angives tidsfrist for opstart af indsatsen.

§ 3. Det bør fremhæves, at hjerneskadekoordinatorfunktionen, som mange kommuner har etableret med projektmidler fra Sundhedsministeriet har været til stor gavn for samarbejdet og den tværsektorielle koordinering af patientforløbene. Der er bekymring for om kommuner nedlægger ordningen ved udløbet af projektbevillingen med udgangen af 2014.

§ 5 stk. 2. Det bør fremgå, at der kun kan vælges hospitaler, der har det aktuelle speciale. Det opleves, at der henvises til hospitaler, der ikke har det relevante speciale.

### *Bilag 1*

Side 3. En relevant opdeling i de forskellige grupper. Der er behov for lidt flere ord til beskrivelserne i gruppe 1 og 2 for at kunne skelne mellem dem.

Side 3 gruppe 2 og 3. Her beskrives behovet for samarbejde med specialiseret niveau i forhold til konkrete patientforløb og i forhold til at vedligeholde høj faglig kvalitet i indsatserne. Det giver god faglig mening og regionen er imødekommende overfor dette, men der er bekymret for ressourcetrækket ift. dette.

### ***Bemærkninger til vejledningen***

Side 10

Afsnit 3.2 side 5. Det kan være vanskeligt for den enkelte læge at tage lægefagligt stilling til, om en patient har behov for genoptræning eller rehabilitering. Det kan ud fra krops-, deltagelses- og aktivitetsniveau vurderes, hvor stor funktionsevnenedsættelsen er, og hermed vurderer, om der er behov for genoptræning.

Formentlig kan der også tages stilling til, om der er behov for rehabilitering, men det vil være vanskeligt for lægen at vurdere hvilke rehabiliteringsindsatser, der skal iværksættes, hvis der tænkes på den brede definition af rehabilitering, som er beskrevet i indledningen til vejledningen.

Afsnit 4.2 side 7. Vejledning om træning i kommuner og regioner en god vejledning til den praktiske forståelse og forvaltning af bekendtgørelsen. I sætningen; *"Det bemærkes, at kommunen ikke efter lovgivningen har kompetence til at tilsidesætte den lægefaglige vurdering [...] Såfremt kommunen er uenig i sygehusets vurdering af patientens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov på baggrund af genoptræningsplanen vurderes, kontaktes sygehuset med henblik på dialog."* bør der tilføjes et krav om, at kommunen er forpligtet til at igangsætte genoptræningen /rehabiliteringen så borgeren ikke lider funktionstab i den tid dialogen varer. Hermed sikres, at fristen for genoptræningens start ikke overskrides, og at patienten ikke kommer i klemme mellem kommune og sygehus.

Afsnit 4.4.1, andet afsnit, side 8 og 4.5.4: Der er flere uklarheder vedr. den nævnte neurofaglige vurdering. Sætningen; *"herunder forudsættes det, at der er taget stilling til behovet for at foretage en neurofaglig vurdering af patienten"* bør uddybes med hvilke patienter der skal have en neurofaglig vurdering, hvem der foretager vurderingen (læge/psykolog/tværfagligt team)

Afsnit 4.4.2, side 9. Vedr. henvisningen til indsatsen for borgere med erhvervet hjerneskade bør det understreges, at uagtet om patienten får et sygehus- eller kommunalt tilbud, bør de kliniske retningslinjer følges. Det bør desuden understreges, at det er en generel forudsætning for alle indsatser i det omfang der findes relevante nationale kliniske retningslinjer.

Afsnit 4.4.2, side 10. Det bør overvejes, om der skal stilles særlige krav til de kommuner, der ikke har et befolkningsunderlag, der er tilstrækkeligt til at kunne opnå og vedligeholde høj faglig kvalitet i indsatserne. Hvis der ikke stilles krav, formålet med at revidere den ikke være opfyldt.

Afsnit 4.5.1. side 14, andet afsnit, sidste sætning. *”Her er det en forudsætning[....], at der i vurderingen og i udarbejdelsen af genoptræningsplanen er inddraget andre sundhedspersoner, herunder for eksempel neuropsykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre, der skal forestå genoptræningen efter udskrivelse”*

Det skal fremgå tydeligere om den udskrivende læge fra sygehuset altid, helt konkret skal inddrage kommunens personale eller det personale i den specialiserede rehabiliteringsenhed i udarbejdelsen, hvis der er tale om avanceret niveau eller specialiseret rehabilitering. Det er ligeledes uklart, hvordan det konkret forventes udført i praksis.

Afsnit 4.5.2. side 15. Vedr. bestemmelsen om, at der kun må udarbejdes én genoptræningsplan for genoptræningsforløb knyttet til samme lidelse. I praksis medfører bestemmelsen manglende mulighed for fleksibilitet i tilrettelæggelse og håndtering af patientens genoptræningsforløb. Patienter med langvarige eller kroniske sygdomsforløb kan ofte have ganske varierende behov for genoptræning eller rehabilitering i løbet af genoptræningsforløbet, dvs. have behov for at der varieres indenfor såvel gruppe som regi, hvori genoptræning eller rehabilitering tilbydes. Der er ikke nødvendigvis en lineær udvikling fra større til mindre behov for genoptræning, idet patientens tilstand kan forværres eller større problemstillinger erkendes efter en længere vurderingsperiode. Der kan således være behov for at opgradere til et mere specialiseret genoptræningstilbud, eller for at genoptage specialiseret genoptræning for samme lidelse igen efter en periode.

Afsnit 4.5.2 og 4.5.4. Sammenholder man de to afsnit er det uklart, hvad der skal fremgå af genoptræningsplanen og hvem der skal samarbejde om at udarbejde den. I 4.5.4. står der, at det er en tværfaglig gruppe i sygehusregi, som videregiver fyldestgørende informationer til kommunerne, så de har mulighed for at iværksætte en faglig relevant og tilstrækkelig genoptrænings- og rehabiliteringsindsats. Det fremgår dermed ikke tydeligt, om det så betyder, at kommunens (eller den specialiserede enheds personale) skal deltage i udarbejdelsen af genoptræningsplanen.

Endelig fremgår det sidst i afsnittet, at der skal formuleres mål for genoptræningsindsatsen, herunder forventet omfang og det præciseres, at det skal foregå i samarbejde med patienten og de sundhedspersoner, der tilrettelægger og udfører genoptræningsindsatsen. Forestiller man sig, at det samarbejde omkring mål skal ske for alle patienter, der får genoptræningsplaner? Eller er der tale om en manglende præcisering? I tilfælde af det første, er

der tale om en ualmindelig ressourcekrævende opgave, som vanskeligt vil kunne håndteres i praksis.

Side 12

Der er behov for en præcisering af disse to afsnit, så det fremgår meget tydeligere, hvad der skal beskrives i genoptræningsplanerne, hvem der indgår i udarbejdelse af genoptræningsplanen og om der er forskel afhængig af niveauerne.

Det er heller ikke helt klart om genoptræningsplanen for avanceret niveau og specialiseret rehabilitering skal indeholde både en beskrivelse af hvilke begrænsninger i patientens funktionsevne, som genoptræningen skal rette sig mod og en beskrivelse af de konkrete indsatser, som skal iværksættes på den baggrund, hvilket kunne forklare, hvorfor det personale, der skal forestå genoptræningen, skal inddrages i udarbejdelsen af genoptræningsplanen.

Afsnit 5.1.1. side 17. Rådgivning, undersøgelse og behandling efter Servicelovens §11, stk4. (Børn)

Her beskrives, at formålet med rådgivning, undersøgelse og behandling efter §11, stk. 3 er dels at afhjælpe problemer og behov, der allerede eksisterer, og som i nogle tilfælde kan have forbigående karakter, fx, hvis de er opstået i forbindelse med en ulykke, dels at *forebygge*, at de vokser sig større.

At ordet *forebygge* er kommet ind, håndterer den usikkerhed, der har været ift. forbyggende skinner til børn, der godt nok er i kontrol på sygehuset, men ikke i egentlig behandling/genoptræning, men som har brug for en skinne for at forebygge fejlstilling i et led. Disse skinner har ikke været at rubricere som et varigt hjælpemiddel, et behandlingsredskab, eller et genoptræningshjælpemiddel, men må nu kunne gives forebyggende efter Servicelovens §11, stk.3.

#### *Case*

Følgende case beskriver en udfordring, vejledningen ikke tager hensyn til. En patient er neurologisk afklaret og skadens omfang er erkendt. Der er gået måneder til år. Så kan der opstå behov hos borgeren og et ønske fra kommunen om at give patienten et træningsforløb – fysisk – kognitivt. Skal kommunen selv løse denne opgave eller skal patienten henvises til vurdering ved en neurolog mhp. en genoptræningsplan?

Samme spørgsmål var oppe i forbindelse med høringssvar på Nationale Kliniske Retningslinjer om fysioterapi og ergoterapi til voksne med erhver-

vet hjerneskade. Heri bliver der talt om brush up forløb. Det er imidlertid ikke beskrevet, i hvilket regi det skal foregå eller hvem, der kan henvise.

Side 13