

**Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Att.: Jacob meller Jacobsen****Den 30. marts 2011
Side 1 af 3
Ref.: bj
E-mail: bj@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 21****Høring vedr. vejledning om kommunal rehabilitering**

Rehabilitering er igennem de senere år blevet stærkt udbredt som samlebegreb for mange sundhedsfaglige, pædagogiske, sociale og samfundsmæssige ydelser, der leveres i et samarbejde med borgerne. Det pointeres i flere og flere sammenhænge, hvordan individuelt og fleksibelt tilrettelagte rehabiliteringsforløb - baseret på helhedsorientering og samarbejde imellem borgere og professionelle - er med til at fremme borgernes mulighed for at leve et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv.

For at sikre fortsat udvikling og kvalitet i rehabiliteringsforløb mener Ergoterapeutforeningen, at det er nødvendigt at

- de lovgivningsmæssige rammer udvikles, således at vurdering af borgerens behov for rehabilitering bliver en rettighed på lige fod med retten til vurdering af behovet for genoptræning, og således at de eksisterende lovgivningsmæssige barrierer opblødes og kassetækning elimineres
- kommunerne styrker kvalitetsudviklingen på rehabiliteringsområdet

Ergoterapeutforeningen har derfor med forventning set frem til udkastet til vejledningen. Selv om vi grundlæggende finder, at en egentlig ændring i forhold til de eksisterende udfordringer vil kræve lovændringer og ikke alene ændringer på vejledningsniveau, finder vi det positivt, at de fire relevante ministerier i samarbejde har ønsket at understøtte sammenhæng og kvalitet i den enkelte borgers rehabiliteringsindsats.

Desværre synes vi ikke, at vejledningen helt lever op til egne intentioner, idet der stort set alene er tale om en sammenskrivning af eksisterende lovgivning kombineret med en til tider uklar afklaring af begreberne rehabilitering, ansvar, koordination og samarbejde. Samtidig havde Ergoterapeutforeningen gerne set en vejledning, der i højere grad bakker op om kvalitetsarbejdet i kommunerne på rehabiliteringsområdet. Vejledningen burde således konkret forholde sig til udvikling af kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer, forpligtende standarder og arbejdsprocedurer.

Ergoterapeutforeningen har flg. bemærkninger til vejledningens enkelte afsnit:

1.2 Begrebet funktionsevne

Ergoterapeutforeningen finder det positivt, at vejledningen arbejder med ICF som overordnet ramme. Men afsnittene om, hvordan funktionsevnebegrebet anvendes på sundhedsområdet finder vi misvisende. Hvis det skal give mening at tale om rehabilitering under indlæggelse, kan det på ingen måde konkluderes, at indsatsen på sygehuset alene retter sig imod ICF-

dimensionen "Kroppens funktioner og anatomi". Rehabiliteringsbegrebet er langt bredere (som det også er beskrevet i afsnit 1.1) og rehabiliteringsindsatsen på sygehuset involverer også de øvrige ICF-dimensioner – ændrede omgivelser og roller (sociale aspekter) i forhold til aktivitet og deltagelse.

1.3 Rehabilitering efter denne vejledning

Det fremgår, at vejledningen omfatter forløb, der "har til formål, at borgeren generhverver samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne". Såfremt vejledningen skal være tro imod egne intentioner, bør det her fremgå, at forløbene også bør rette sig imod, at borgeren får mulighed for at leve et så selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv som muligt. Dette bør også fremgå i den efterfølgende sammenfatning (afsnit 1.4).

2.1 Sundhedslovgivningen

Fodnote 4 relaterer sig til første afsnit. Her anvendes begreberne genoptræning og behandling. Det er paradoksalt, at begreberne her anvendes anderledes, end de anvendes i forbindelse med afregning (sks-koder). Dette er for Ergoterapeutforeningen at se endnu et tydeligt tegn på, at sondringen imellem "behandling" og "genoptræning", som anvendes i forbindelse med afregning, er meningsløs.

I tredje afsnit opremses en række sundhedsprofessioner. Ergoterapeuter er nøglepersoner i rehabilitering, og bør her fremgå på lige fod med de øvrige professioner.

Fjerde afsnit handler om genoptræning og genoptræningsplaner. Det burde nok her fremgå, at psykiatrien er undtaget disse regelsæt (selv om dette er åbenbart urimeligt, er det dog gældende lovgivning). I forbindelse med definitionen af målgruppen kunne det i øvrigt være spændende at få belyst, hvordan det forholder sig med retten til en genoptræningsplan for "udlagte" patienter – dvs. borgere som er i behandling i eget hjem via teknologiske løsninger.

2.2 Sociallovgivningen

Grundlæggende savner Ergoterapeutforeningen afsnit om hjælpemidler samt om forebyggende hjemmebesøg – begge væsentlige områder i forhold til rehabilitering. I afsnittene om børn mangler beskrivelse af § 32 om hjemmetræning til børn. I afsnittet om genoptræning efter servicelovens § 86 savnes beskrivelse af muligheden for vedligeholdende træning til børn og unge (stk. 2).

2.3 Beskæftigelseslovgivningen

I andet afsnit er depression eller kronisk sygdom valgt som eksempler. Her bør muskelskelet-gener og psykiske lidelser som minimum også nævnes. Der savnes endvidere et afsnit om arbejdets betydning generelt og i rehabiliteringsprocesser, samt en højere grad af integration af arbejdsprocesser heri.

Afsnittene om virksomhedspraktik fremstår uklare.

3. Målgrupper for rehabilitering

Af tredje afsnit fremgår, at borgerens rehabiliteringsforløb oftest påbegyndes i de kommunale forvaltninger. Der bør her tilføjes "eller på sygehus".

3.1 Generelt anvendte målgrupper for rehabilitering

Det fremgår af fjerde afsnit, at sygdomme og diagnoser i sig selv ikke er afgørende, når målgrupper for rehabilitering defineres. Derfor synes det en smule misvisende, at dette afsnit efterfølges af en stribe eksempler på netop sygdomme og diagnoser. Afsnittet bør omformuleres.

I afsnittet om socialområdet nævnes børn og unge. I dette afsnit bør børn med nedsat funktionsevne fremhæves mere.

Af afsnittet om beskæftigelsesområdet fremgår, at indsatsen fra social- og sundhedsområdet er væsentlig for at fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet. Her bør arbejdspladsen og fleksibilitet i arbejdet nævnes som et væsentligt forhold. Fjerde afsnit under "Beskæftigelsesområdet" er noget tyndt. Kunne f.eks. udbygges med, at undersøgelser peger på, at sygefravær over en uge øger risikoen for førtidspension for udsatte grupper (jvf. forskning fra NFA).

Af afsnittet om undervisningsområdet bør det fremgå, at børn også er en målgruppe her.

3.2 Vurdering af behov for rehabilitering

Andet afsnit slutter med "herunder borgerens evne til egenomsorg". Der bør her tilføjes "og mulighed for at leve et aktivt hverdagsliv".

4 Ansvar, koordination og samarbejde om rehabiliteringsforløb

Tredje bullit bør slutte med "har høj *faglig* kvalitet". Derudover bør tilføjes en fjerde bullit, som omhandler, at der ikke bør være ventetid i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen.

4.5 Sammenfatning

Sidste sætning bør ændres til "at borgeren *definerer sine egne rehabiliteringsbehov*, og at der er sammenhæng mellem indsatserne".

5. Eksempler på sammenhængende rehabiliteringsforløb

Det er ikke alene forløbets kompleksitet, der er afgørende. Ventetider, mangelfulde genoptræningsplaner mv. kan være med til at komplicere selv ukomplicerede forløb. Dette bør fremgå tydeligt af vejledningen.

5.1 Faser i et kommunalt rehabiliteringsforløb

I første afsnit under overskriften "Udredning og afklaring af borgerens funktionsevne og behov for rehabiliteringsindsats" bør nødvendigheden af at anvende valide undersøgelsesredskaber fremgå.

I sidste afsnit bør "vedligeholdende fysioterapi" ændres til "vedligeholdende træning".

Ergoterapeutforeningen står gerne til rådighed med uddybning af dette høringssvar.

Med venlig hilsen



Gunner Gamborg
Formand