



Høringssvar fra Ergoterapeutforeningen

Den 26. oktober 2015.

GG / UG

Høringsskema – Håndbog om rehabilitering på ældreområdet

Når du kommenterer på håndbogen vil vi bede dig være særligt opmærksom på følgende spørgsmål – i relation til det fagområde eller den organisation, myndighed eller forening, som du repræsenterer:

- Er der faktuelle fejl og mangler?
- Er samarbejdet mellem faggrupper, borgere og pårørende beskrevet på en tilfredsstillende måde
- Er der andre forhold, som du mener, vi bør være opmærksomme på?
- I hvilken grad vurderer du, at håndbogen er anvendelig i kommunerne?

Generelle kommentarer til håndbogen:

Ergoterapeutforeningen har med stor interesse fulgt dette store Rehabiliteringsprojekt og ikke mindst Håndbogens tilblivelse, som har været længe undervejs. Efter gennemgang af høringssudkastet til Håndbogen er konklusionen desværre helt overordnet, at Håndbogen ikke er præget af solide anbefalinger, der hviler på et stærkt vidensgrundlag med ICF som systematisk byggesten. De fire allerede publicerede rapporter, som projektet har afkastet, har en noget større kvalitet end, hvad den foreliggende udgave af Håndbogen præsenterer. Spørgsmålet er derfor, om Håndbogen kan blive det fundament, som Servicelovens § 83a kan stå på? - Ergoterapeutforeningen vurderer, at det bliver svært, uden at "Hvidbog om rehabiliteringsgrebet" fra 2004 og anden udgave om "Udfordringer i rehabilitering" fra 2011 udgør det egentlige afsæt.

På det foreliggende udkast fremstår Håndbogen heller ikke tilstrækkelig læsevenlig og i øvrigt mangler der en grundig systematisk gennemarbejdelse. Det kan dog være vanskeligt at vurdere funktionaliteten, hvis Håndbogen skal virke som et digitalt opslagsværk, da høringsversionen er i papirudgave.

Håndbogens målgruppe som tæller ledere er ikke tydeligt sammenhængende med den form, selve Håndbogen er fremstillet i. *Strategiske ledere* har brug for kondensat af evidens og nationale anbefalinger, og det lovmæssige grundlag og *Ledere på driftsniveau* har behov for mere konkrete anbefalinger og detaljeret viden og *fagansvarlige/tovholdere* igen et øget detaljeringsniveau. Men bydeformen i 3. kolonne med forslag giver læseren en fornemmelse af, at der er behov for at optimere hensigtsmæssige arbejdsgange, dialog mellem bestiller og udfører og kompetente visitatorer i kommunerne etc. – er det hensigten?

I håndbogen blandes tekst og anvisninger, og detaljer forekommer på vidt forskellige niveauer, som bevirker, at Håndbogen desværre bliver lidt mindre interessant for alle. Man bliver ikke overbevist om, at der er evidens/belæg for en bestemt indsats/ et fokus, hvis der ikke i højere grad henvises til litteratur. Nogle steder står anbefalinger uden kilder eller med en enkelt henvisning. Det virker spinkelt, hvis/når Håndbogen skal baseres på et vidensgrundlag. Opdelingen i tekst og forslag til god praksis kan være en model, men med bydeformen virker det modsat. Endelig ser det ud som om, der skelnes mellem best practice og evidens. De to niveauer kunne med fordel fremstå eksplicit, således at de forskellige grader af anbefalinger er tydelige. Der er desuden ikke en tilstrækkelig systematik mellem brug af anbefalinger og viden i det sproglige. Fx er der pludselig ” læs mere Huss et al”. Da dette er en kilde, kan der med fordel kondenseres tekst direkte fra. Andre steder kommer der lange passager med eksempler (s.34/35).

Borgeren

Håndbogen kunne vinde meget i værdi, hvis den blev indledt med et afsnit om betydningen for mennesker af at være aktive og deltagende, selvstændige, uafhængige – eller selvstændige med et hjælpebehov/afhængighed. Meget gerne med definition på rehabilitering efter Hvidbogen 2004:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

- *S. 1 at bidrage til, at ældre borgere i målgruppen for hjemmehjælp får mulighed for at udvikle eller genvinde deres samlede funktionsevne og herved fremme deres tryghed, selvstændighed og livskvalitet så de kan opretholde et meningsfuldt liv*

Denne sætning siger indirekte, at de borgere, der ikke kan udvikle eller genvinde deres samlede funktionsevne, ikke kan have et meningsfuldt liv. Det er en fejlagtig antagelse, som ergoterapeuter i årevis har arbejdet for at ændre.

Forslag:

- *at bidrage til, at ældre borgere i målgruppen for hjemmehjælp får mulighed for at udvikle eller genvinde deres samlede funktionsevne og herved i højere grad fremme deres tryghed, selvhjulpenhed, uafhængighed og livskvalitet.*

Generelt giver teksten indtryk af, at der er en forforståelse af, at borgere der ikke ønsker at generhverve tabt funktionsevne, ikke ønsker at være uafhængige af hjælp. En sådan forforståelse kan fremme et mindre anerkendende møde med borgeren som en værdig og aktiv samarbejdspart.

Den sproglige fremstilling bør gennemgås for beskrivelser, hvor der er tendens til en ikke ligeværdig, understøttende omtale af borgeren. Der skal fokuseres på ressourcer, autonomi og empowerment og ikke forfalder til et mekanisk rationale, hvor nogen motiveres, udvikles, men hvor fagpersoner understøtter et selvstændigt menneskes valg og livsførelse.

S.14 "Ofte er der forskel på det, som den ældre siger og tror, at han kan og har problemer med, og det han rent faktisk kan og har problemer med". Det er en kedelig retorik at bruge, når hensigten er at opbygge et ligeværdigt samarbejde med borgeren. Men der kan med fordel beskrives forslag til løsninger på eventuelle udfordringer og vanskeligheder, som måtte opstå i mødet, så der kan opretholdes et ligeværdigt borgersamarbejde.

Kommentarer: Rehabiliteringsforløbet

Her er det vigtigt, at det fastholdes, at det er den ældres motivation, interesse og vilje for rehabilitering, der er i fokus og ikke plejepersonalets behov for træning i forbindelse med nedsat funktionsevne. Derfor er det vigtigt, at der bliver anvendt de nævnte redskaber som COPM og den motiverende samtale for at forebygge, at der ikke sættes mål for rehabilitering for andres behov. Dette kan være en stor faldgrube.

Der kan derfor overvejes, om der skal være mere fokus på, at et rehabiliteringsforløb også kan forebygge yderligere tab af funktionsevne og udsætte øget hjemmehjælp.

Opdelingen i de fem faser i rehabiliteringsforløbet fungerer og er gode. Men en reference/australsk artikel om inddragelse af pårørende virker meget sparsomt at basere dette på.

Der er generelt god viden om pårørende i forhold til rehabiliteringssammenhænge, så hvorfor ikke inddrage dette til § 83a? Fx bør pårørende allerede på s.4 nævnes. Desuden savnes, at betydningen af inddragelse af pårørende i målsætnings samtale beskrives (s.16).

I forhold til "målsætning" bør der henvises til de udfordringer, som også er i rehabiliteringsforløb med henblik på at give læseren flere begrundede anvisninger. Der mangler således anvisninger i forhold til at sætte kort- og langsigtede mål, som når indholdsteksten helt ned på et eksemplificeringsniveau (s.17). Tilsvarende gør sig gældende for "mestringsstrategier", hvor der med fordel kunne henvises til relevant litteratur. Og med "helhedsorientering" savnes ICF som struktur.

S.9 fremgår: "Mange kommuner har ikke tidligere tilbudt rehabiliteringsforløb til ældre i palliativ behandling eller ældre med demens, men netop disse to grupper kan i høj grad have gavn af rehabiliteringsforløb, idet rehabiliteringsforløb kan højne mestringssevner og livskvalitet og derved den samlede funktionsevne." Det er fint, at der er refereret til SST's anbefaling vedr. palliation, men det vil også være relevant allerede her at henvise til National Klinisk Retningslinjer for Udredning og behandling af demens, kapitel 5 "Ikke-farmakologiske indsatser".

Der savnes desuden en beskrivelse af at rehabiliteringsforløb foregår hele døgnet, således at rehabilitering i aftentimerne også får en plads.

Desuden er det meget mangelfuldt, at der ikke er **en eneste** reference til ADL-træning på trods af, at der rent faktisk findes en del litteratur på området. Det er en kardinal mangel i Håndbogen set i forhold til at størstedelen af borgere i § 83a forløb har behov for aktivitetsbaseret træning i hverdagens aktiviteter. S. 30 står der "fagfolk deler almindelig daglig livsførelse (ADL) op i personlige gøremål (PADL).... "Fagfolk" er ergoterapeuter, og det anbefales derfor korrigeret. ADL udgør grundlaget i basal ergoterapiteori.

Fint med en forløbsansvarlig der kan koordinere og udarbejde mål, evaluere og opfølge. Men funktionen kan med fordel konkretiseres. Fx (s.9) Hvad betyder "en tværfaglig udredning ved opstart" Er det myndigheden eller driftens medarbejdere, der skal udføre den? Og hvad menes der med "udredning".

Endelig kan en ergoterapeut også være meget relevant som forløbsansvarlig for en borger med demens. Det er ikke nødvendigvis sygeplejersker, der har disse forudsætninger, sådan som det nævnes. Tilrettelæggelse af hverdagen i form af struktur, døgnrytme, kognitiv træning, bevare sociale relationer og inddragelse af hjælpemidler i en tidlig fase, hvor den

demente har mulighed for at tilegne sig nyt er meget ergoterapeutisk.

Der bør ved alle rehabiliteringsforløb foretages en medicingennemgang. Dette vil også kunne forebygge fald og demenslignende/kognitive symptomer ved for meget og forkert medicin.

Under målrettede indsatser bør det fremgå, at ergoterapeuter skal inddrages ved kognitive vurderinger og træning. Dette er et specifikt ergoterapeutisk område.

Det er ligeledes ergoterapeuter, der vurderer dysfagi og synkeproblemer samt rådgiver om betydningen af modificeret kost og vejleder andre faggrupper i gode spiseteknikker og siddestillinger i forbindelse med indtagelse af mad og væske.

Kommentarer: Implementering af rehabiliteringsforløb

Implementeringen - og de udfordringer, man kan støde ind i kunne med fordel foldes mere ud end tilfældet. Beskrivelserne bliver meget overordnede og giver gode blot råd til, hvordan man generelt implementerer nyt. Det kan man læse andre steder. Det er ærgerligt, da denne vinkel er en af de væsentligste af alle. Kunne med fordel henvise til Sundhedsstyrelsens håndbog om implementering af nationale kliniske retningslinjer.

Kommentarer: Centrale begreber og vidensgrundlag for rehabiliteringsforløb

Når Jette Thuesen nævnes, bør det også fremgå, at hun er ergoterapeut (bl.a.s.91). Det er relevant for læseren at vide, hvilken faggruppe der refereres fra.

Kommentarer: Redskaber til brug i rehabiliteringsforløb

Der er mange udfordringer i forhold til anvendelse af redskaber hvorfor "anvend standardiserede redskaber" bliver en meget forenklet fremstilling, der ikke afspejler de udfordringer, der generelt eksisterer. Der henvises til to projekter, men hvad med al anden litteratur på området? Her bliver kommunerne ikke hjulpet meget på vej.

Det er dog fint, at der nævnes eksempler på relevante og evidensbaserede redskaber, selv om det ikke er tydeligt, hvorfor WHODAS og UCLA bliver løftet til nationalt anbefalingsniveau.

Det bør understreges, at der bør gives undervisning inden brug, hvis ikke man har relevant uddannelse med sig. Brugen af COPM og DEMMI fordrer professionalisme fra henholdsvis ergoterapeut eller fysioterapeut for at blive brugt rigtigt. Derfor er det ikke anerkendende at

skrive, at "ergoterapeuter ikke må udgøre en flaskehals...." Den sætning (s.20) henstiller Ergoterapeutforeningen til bliver fjernet.

Brugen af COPM er efter Ergoterapeutforeningens opfattelse udbredt i kommunerne understøttet af fx redskaberne ADL-taxonomi og AMPS ift. hverdagens aktivitet og deltagelse.

WHODAS er formentligt et nyt redskab som introduceres for kommunerne. Det kunne derfor have været relevant at høre i Håndbogen, hvad projektkommunerne mener om anvendelsen heraf? UCLA anbefales i modificeret udgave, med hvilken begrundelse i modificeret udgave?

S.101 om Talking Mats som et alternativ til COPM? Er der belæg for dette, eller er det en påstand? Såfremt en borger har kognitive problemer i forbindelse med demens bør og skal pårørende inddrages. I øvrigt kan Ergoterapeutforeningen anbefale redskabet NORD ift. demente borgere <http://redskab-nord.dk/velkommen>