

Hvordan sikres kvalificeret rehabilitering til personer, der får amputeret ben i Danmark? Ønske om foretræde for sundhedsudvalget.

I den seneste tid har unødvendige benamputationer fyldt i medierne. Med denne henvendelse vil vi sætte fokus på en alvorlig problematik, man møder, når man har fået amputeret et ben:

Hvordan sikres kvalificeret rehabilitering til personer, der får amputeret ben i Danmark?

Når vi stiller spørgsmålet, er det dels, fordi vi i Amputationsforeningen gentagne gange hører historier om benamputerede borgere, der møder personale i kommunen, der nok har viljen til at hjælpe, men ikke har den specialiserede viden og erfaring, der skal til. Dels fordi en national kortlægning af tilbud om rehabilitering efter benamputation viser, at der er store forskelle på, hvilken rehabilitering der tilbydes.

Hvert år får omkring 1.800 personer amputeret ben i Danmark. Det vides ikke, hvor mange af disse der får protese og dermed har muligheden for at genvinde sin gangfunktion. Det anslås at være cirka hver tredje – altså 600 patienter årligt¹. Resten – >1000 borgere – vil i stor udstrækning være afhængig af kørestol og hjælp i hverdagen.

Historisk set blev genoptræningen i forbindelse med proteseforsyning tilbudt på hospitalerne², men en kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering efter benamputationen viser, at genoptræning i forbindelse med proteseforsyning i dag fortrinsvis varetages i kommunerne (78 % af de 96 deltagende kommuner)³.

Kortlægningen er udført af REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. Den viser også, at ekspertisen ikke er fulgt med ud til kommunerne. Dels er patientgrundlaget lille (bare 10 kommuner proteseforsyner > 10 borgere om året, halvdelen færre end 5), dels har de fysioterapeuter, der står for genoptræningen andre patientgrupper som deres primære ansvarsområde i 66 % af kommunerne. Og endelig har kun hver tredje fysioterapeut med ansvar for protesetræning i kommunerne, efter eget udsagn, kompetencer på ekspert niveau. En anden tredjedel havde udelukkende kompetencer på basalt niveau.

Ikke to proteseben, kan sammenlignes - proteseforsyning kræver specialiseret viden og erfaring

Der er flere end 300 forskellige muligheder for at vælge ben og fødder til proteser. Alle hylstre skal tilpasses meget specifikt, og benet kan være amputeret på forskellige niveauer (underben, gennem knæet, lårben og hofta eller borgeren kan være dobbelt benamputeret). To tilsyneladende ens elektroniske knæ kan for eksempel være helt forskellige at styre henover et dørtrin. Ligesom man med lethed kan gå baglæns med det ene, mens et andet kræver, at man øver en bestemt teknik. Nogle proteser er udstyret med ekstra sikkerhed, så hvis en borger er ved at falde, låser det og hjælper borgeren tilbage til det gangmønster, som bandagisten har indstillet benet til i samarbejde med borgeren. Alt sammen detaljer der kræver specialiseret viden og erfaring hos personalet, der står for genoptræningen.

”Min fysioterapeut siger, at jeg bare skal gå frem ved at sætte hælen i gulvet, men der er jo mere elegante måder at gå frem på en hæl og henover foden, men det vidste hun ikke, så jeg måtte lære mig selv at gå.”

Mindre behov for medicin, færre senfølger, mindre isolation og borgere, der kan bidrage til samfundet

Det er vores erfaring, at personalet i kommunerne ofte ikke kender til disse detaljer, og derfor ikke kan rådgive og hjælpe. Vi oplever i rigtig mange tilfælde, at den benamputerede først lærer den rette teknik flere måneder efter, hvor den kommunale fysioterapeut ikke længere er involveret.

”Forleden kom en anden patients bandagist forbi og så mig cykle på en motionscykel. Hylsteret sad hele tiden fast op under sadlen. Hvor længe har du haft det hylster? Det kan du da hverken cykle eller gå med, det er jo alt for stort.”

Det er ikke ualmindeligt, at det først er ved mødet med andre amputerede (fx gennem Amputationsforeningen), at den benamputerede opdager, at protesen kan så meget mere med den rette teknik. Bedre teknik skaber bedre funktioner i resten af kroppen, det skaber mindre risiko for senfølger og ikke mindst mindre behov for stærk smertestillende medicin. Sammen med den psykosociale støtte man får (eller ikke får), har det igen indflydelse på, om man isolerer sig eller kan vende retur til arbejdsmarkedet, hvis det er relevant, eller være et aktiv for familien og det nære samfund.

Hylstrenes tilpasning er det vigtigste og hører til hos meget specialiseret personale

Uanset på hvilket niveau benet er amputeret, kræver vellykket proteselevering helt igennem personligt tilrettede proteser, hvor hylstrene, der omslutter stumpen, skal passe til perfektion. Ofte vil der de første par år være brug for mange justeringer af disse hylstre, ned til de mindste detaljer, så hylstret og stumpen i forening med hofter, balder, mavemuskler og det raske ben kan fremføre protesen korrekt.

”Min fysioterapeut ved ikke, at man er nødt til at få justeret, hvor knæleddet sidder i forhold til hylsteret, efterhånden som jeg bliver bedre til at gå med benet.”

Vi hører om, at den lokale fysioterapeut afviser, at der er brug for disse justeringer, og vi/borgerne oplever, at det er, fordi de ikke selv kan udføre den, og de nødig vil tilkalde eksperterne (her bandagisten) på et forkert grundlag.

”Jeg må ikke sende bud efter bandagisten, så han kan kigge på mit hylster, men jeg kan mærke, det ikke passer længere.”

Vi hører også om, at der kan være bevilget mindre hensigtsmæssige proteselementer, og fysioterapeuten ikke ved, at der findes bedre alternativer, eller tøver med at søge om nye komponenter:

”For nu har du jo fået en dyr protese, og så kan du ikke få bevilget noget andet.”

Det er ofte blot nogle få justeringer, fx et nyt hylster der skal til - ikke nødvendigvis alle komponenter fra hylster til fod.

Ovenstående konklusioner er draget på grundlag af hundredvis af interviews og snakke med amputerede gennem de sidste 10 år.

I ”Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner”⁴ står der om krav til udstyr under specialiseret genoptræning at: *”Der kan anvendes hjælpemidler og udstyr, som er særligt kostbart og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede hjælpemidler og behandlingsredskaber.”* Der står endvidere, at specialiseret genoptræning skal tilbydes, *når forekomsten af patienter med de samme problemstillinger er lille, og patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der varetages af sundhedspersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde.*

Det er således vores opfattelse, at genoptræning i forbindelse med proteseforsyning skal tilbydes på specialiseret niveau. Men hvordan sikres det, når denne forholdsvis sjældne opgave er spredt ud på mange små enheder i kommunerne? Det vil vi meget gerne have mulighed for at diskutere ved et foretræde for sundhedsudvalget.

Med venlig hilsen

Marianne Palm
Formand Amputationsforeningen

Ulla Riis Madsen
Postdoc, VIRSA, Vidensenhed for
Rehabilitering og palliation ved Sår og
Amputationer

Referencer

¹Riis Madsen U. *Quality of life, functional level and needs of care after vascular major lower limb amputation*. Lund: Lund University, 2017; 2017. [link](#).

²Lindberg, K., Rud Nielsen, C., & Rud, K. (2012). Rehabilitering efter benamputation kan blive mere effektiv. *Sygeplejersken*, 11, 60-61.

³Madsen U, Vedste Aagard T, Mikkelsen T, Olsen Zwisler A, Marså K. *Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer der får amputeret ben i Danmark*. 2021. [link](#).

⁴Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet. *Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner*. 02/07. 2018 [link](#).