



Hjerneskadeforeningen

Protektor: Hendes Kongelige Højhed Kronprinsesse Mary

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

3. april 2013

Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen – sagsnr.: 2013-05751 – Doknr.: 68461

Med henvisning til ovennævnte henvendelse fremsendes hermed Hjerneskadeforeningens høringssvar.

Indledningsvis skal vi generelt henvise til DHs høringssvar, men finder dog anledning til at fremføre nogle uddybende bemærkninger vedrørende kommunalreformens konsekvenser for børn, unge og voksne, der rammes af en hjerneskade. Da hjernen er vores mest komplekse og overordnet styrende organ har hjerneskaden komplekse følgevirkninger i større eller mindre grad. Følgevirkninger det kræver neurofaglig baggrund at forstå og arbejde med.

Et centralt formål med kommunalreformen var at skabe større og mere bærerdgtige enheder. Indtil 2007 blev hjerneskaderehabiliteringen varetaget af 14 amter samt Københavns og Frederiksberg kommuner..

Med kommunalreformen fik de nye 98 kommuner overdraget ansvaret for en lang række nye opgaver, herunder ansvaret for hjerneskaderehabiliteringen. I stedet for at samle opgaven på større og bærerdgtige enheder, blev hjerneskaderehabiliteringen nu spredt ud, og uden at man sikrede kommunerne de nødvendige rammer for på kvalificeret vis at kunne imødekomme de komplekse følgevirkninger. Samtidig har de nye kommuner generelt ikke et bærerdgtigt befolkningsgrundlag til at råde over den nødvendige neurofaglige ekspertviden og drive specialiserede tilbud – såvel rehabiliterings- som botræningstilbud, der med hensyn til indhold og intensitet matcher behovet hos de ca. 1.500 voksne fordelt over hele landet, der hvert år rammes af en svær skade og de ca. 125 til 375 børn og unge i landet, der på grund af deres alder og udviklingstrin udgør en helt særlig udfordring.

Samtidig blev vi vidende til en tendens, hvor den enkelte kommune var af den opfattelse, at man selv kunne løse langt de fleste opgaver i eget regi og derfor ikke ville betale for ekspertbistand.

Det førte til at en lang række specialiserede tilbud på hjerneskadeområdet måtte lukke eller er stærkt nødlidende – og den opbyggede ekspertise forsvundet eller udtyndet.

Hjerneskadeforeningen opfordrede kraftigt den tidligere regering til at evaluere kommunalreformen med henblik på at lave de nødvendige justeringer, men uden held. Vi hilser derfor den ny regerings initiativ velkommen, men deler DHs synspunkt, at evalueringsrapporten ikke i tilstrækkelig grad analyserer de grundlæggende problemstillinger og ikke i tilstrækkeligt omfang kommer med anbefalinger til løsning af de grundlæggende problemstillinger på bl.a. hjerneskadeområdet.

Det er derfor vores håb, at vores problemer vil blive løst i forbindelse med den politiske proces, der følger efter rapporten.

Hjerneskadeforeningen finder det rigtigt, at ansvaret for borgernes rehabilitering efter endt

sygehusbehandling fastholdes som et kommunalt ansvar. Begrundelsen er, at rehabilitering også omfatter uddannelse, tilbagevenden til arbejdsmarkedet, sociale forhold mm. – Alt sammen områder, der indgår i den kommunale myndighedsportefølje.

For mange vil behovet for en sundhedsfaglig baseret rehabilitering stadig være til stede efter udskrivning fra sygehus – ikke mindst fordi hjerneskaderamte patienter i dag udskrives langt hurtigere end tidligere. Under forudsætning af at det sker på baggrund af kvalificerede sundhedsfaglige kriterier udstukket af Sundhedsstyrelsen jf. KL's anbefaling af nationale retningslinjer for visitation, anser Hjerneskadeforeningen det for mest hensigtsmæssigt, at det indgår i de rehabiliteringsforløb hjerneskadecentrene fastlægger - jf. vores vedlagte forslag - for at undgå en fortsat gråzone-problematik mellem regionalt og kommunalt ansvar.

Løsningen er derfor ikke, at flytte hjerneskaderehabilitering til regionerne, men give kommunerne de nødvendige organisatoriske og økonomiske rammer for løsning af opgaven.

Hjerneskadeforeningen er i en god og konstruktiv dialog med KL om problemstillingerne, hvilket også afspejler sig i KLs udspil i september 2012 med 10 anbefalinger. Et skridt i den rigtige retning, men Hjerneskadeforeningen er af den opfattelse, at på dette område, er det nødvendigt med lovsikrede rammer for organisation og finansiering for at sikre en kvalificeret opgavevaretagelse til gavn for den hjerneskaderamte borger, de pårørende og på sigt også for samfundsøkonomien.

Hjerneskadeforeningen har derfor fremsendt vedlagte forslag til medlemmerne af Folketinget, idet vi håber, at det kan indgå i de kommende politiske drøftelser om en fremadrettet løsning.

Hjerneskadeforeningen står naturligvis til rådighed med henblik på uddybning af vores synspunkter.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Niels-Anton Svendsen', with a long horizontal line extending to the right.

Niels-Anton Svendsen
Landsformand for Hjerneskadeforeningen

Til medlemmerne af Folketinget.

3. april 2013

Hjerneskadeforeningens forslag til organisering, udvikling og finansiering af morgendagens hjerneskaderehabilitering.

Efter strukturreformens ikrafttræden har der været meget fokus på konsekvenserne for borgere, der i deres livsforløb pludselig rammes af en hjerneskade. Problemerne har været så udtalte, at Hjerneskadeforeningen forventer, at der vil ske ændringer i forbindelse med den politiske proces i kølvandet på evalueringsrapporten.

Her er Hjerneskadeforeningens forslag til en løsning.

I Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer fra 2011 opdeles forløbet i 4 faser:

Fase 1: Den akutte sygehusbehandling

Fase 2: Rehabilitering på sygehus

Fase 3: Rehabilitering efter udskrivning fra hospital

Fase 4: Den livslange rehabiliteringsproces

Især fase 3 har vist sig at være problematisk efter at opgavevaretagelsen blev decentraliseret til 98 kommuner, der i adskillige tilfælde ikke rådede over den nødvendige faglighed og tværgående organisatorisk systematik til at vurdere den hjerneskaderamtes potentiale samt viden om, hvor der var tilbud, der kunne hjælpe borgeren godt på vej tilbage til et liv så tæt som muligt på livet før hjerneskaden.

Danmark har som bekendt ratificeret FNs konvention om rettigheder for personer med handicap og Hjerneskadeforeningen skal i den forbindelse henvise til, at vores forslag efter vores opfattelse er i fuld overensstemmelse med konventionens principper herunder konventionens artikel 26 om habilitering og rehabilitering.

Hjerneskadeforeningen har siden 2011 haft en god og konstruktiv dialog med KL og opnået en højere grad af fælles forståelse for problemstillingerne, udfordringerne og mulige løsninger.

KL udsendte i september 2012 10 anbefalinger til kommunerne om hvordan de bør gribe opgaven an. Anbefalinger som klart afspejler den gennem dialog opnåede større fælles forståelse. Hjerneskadeforeningen er meget enige mht. anbefalingerne, men vi ønsker at gå et skridt videre, som imidlertid forudsætter Folketingets opbakning. Vores model er meget inspireret af forliget om det ny sociale tilsyn.

Vores tanker og ideer tager udgangspunkt i følgende:

- Opgavevaretagelsen i fase 3 skal fortsat være placeret hos kommunerne, da rehabilitering ud over den sundhedsmæssige rehabilitering omfatter rehabilitering i forhold til fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesmæssige og sociale

forhold, hverdagsrehabilitering mm. – områder, der alle ligger indenfor den kommunale myndighedsportefølje. Områder hvor der alt andet lige på det generelle niveau er en større erfaringssum hos kommunen end på sygehuset.

- Borgeren og dennes pårørende skal sikres en hurtig, effektiv og kvalificeret indsats, uanset hvor i landet man bor. Indsatsen skal komme til udtryk i form af en samlet rehabiliteringsplan baseret på høj og bred neurofaglig viden.
- Der skal sikres et kvalificeret vidensflow fra hospital til kommune – og uden pause fra udskrivning til hjerneskadecentret tager over.
- Fastholdelse af nærhedsprincippet, men ikke på bekostning af kvalitetsprincippet.
- Der må ikke bruges ressourcer på unødigt bureaukrati.
- Den nuværende markedsstruktur, der har spillet fallit, erstattes af en incitamentstruktur.
- Hjerneskaderehabilitering er et udviklingsområde, så en organisering skal sikre fokus på forskning, dokumentation og udvikling med inddragelse af nyeste viden

Organisering

Hjerneskadeforeningen forestiller sig en organisering bygget op omkring:

- 1 evt. 2 udviklings- og kompetencecentre placeret udenfor sygehusregi, da deres fokus skal være den bredspektrede hjerneskaderehabilitering, som er det kommunale ansvar.
- 5 – 6 decentrale inter-kommunale hjerneskadecentre.

Alle drevet i et kommunalt fællesskab, der sikre ejerskab og indflydelse.

I bestyrelsen bør der også være plads til repræsentanter for faglige eksperter, herunder fra de højt specialiserede sygehusafdelinger. Endvidere bør de relevante brugerorganisationer være repræsenteret.

Udviklings- og kompetencecentrene og de inter-kommunale hjerneskadecentre skal indgå i et forpligtende og formaliseret samarbejde.

Målgruppe

- ✗ Alle der har været indlagt mere end 13 dage som følge af en hjerneskode svarende til ca. 1.500 borgere pr. år på landsplan, eller hvor der foreligger en lægelig indstilling på grund af forventede komplicerede følger i forbindelse med skaden, samt de ca. 125-375 børn og unge, der hvert år pådrager sig en erhvervet hjerneskode, skal direkte henvises til udredning hos eksperter på hjerneskadecentrene med henblik på at få afdækket potentiale, udarbejdelse af en samlet rehabiliteringsplan og iværksættelse af den optimale rehabiliteringsproces.

Brobygning mellem sygehus og kommune

Sygehusenes viden om de følger, der er hos den enkelte, de indsatser der har været iværksat, og de områder der skal optrænes, skal følge med borgeren ved udskrivning.

Ved etablering af inter-kommunale centre, skal information om patienten allerede under indlæggelsen videregives til hjerneskadecentrene i de tilfælde, hvor der forventes

komplerede følger af hjerneskaden eller antal indlæggelsesdage forventes at overstige 13 dage.

Det betyder adgang til specialiseret neurofaglig viden i overdragelsesprocessen til gavn for både borgerens videre forløb, de kommunale forvaltninger og på sigt samfundsøkonomien.

Hjerneskadecentrene vil have de nødvendige forudsætninger for at kunne anvende diagnoser og metodebeskrivelser, herunder også opfatte og inddrage mere specialiserede detaljer fra sygehusene, fordi de besidder en både tværfaglig og specialiseret viden om hjerneskaderehabilitering. En effektiv stratificering forudsætter viden på højt niveau.

Efter udskrivning fra hospital vil der i reglen være behov for en fortsat sundhedsfaglig baseret indsats og ikke mindst på grund af den accelererende udskrivning. En forudsætning for at det kan ske på kvalificeret vis er, at det sker på baggrund af retningslinjer fastsat af Sundhedsstyrelsen. Alternativet må være, at den skaderamte udskrives til specialiseret genoptræning i sygehusregi.

Udviklings- og kompetencecenteret

Hjerneskaderehabilitering er fortsat et udviklings- og forskningsområde. Derfor anbefales det, at der etableres 1 evt. 2 udviklings- og kompetencecentre med følgende særlige opgaver:

- Forskning
- Metodeudvikling
- Uddannelse
- Dokumentation
- Ansvarlige for samarbejdet med og mellem de inter-kommunale hjerneskadecentre
- Supervision af de inter-kommunale hjerneskadecentre
- Opsamling og formidling af viden
- Ansvarlige for at der etableres samarbejde med Regionerne, Universiteterne, andre forskningsmiljøer samt etableres internationale kontakter.

For at sikre erfaring med praksis skal udviklings- og kompetencecentret også udføre konkrete rehabiliteringsopgaver, som beskrevet under de inter-kommunale hjerneskadecentre.

Inter-kommunale hjerneskadecentre

Der etableres 5 - 6 hjerneskadecentre med en neurofaglig multidisciplinær medarbejderstab herunder neuropsykolog. Centrene placeres med en passende geografisk spredning. Et udgangspunkt kunne være de eksisterende centre, som i dag findes i Aalborg, Aarhus, Vejlefjord, Odense, København og Roskilde.

Deres opgave er dels at lave udredning, udarbejde en samlet rehabiliteringsplan samt varetage konkrete rehabiliteringsopgaver. De enkelte kommuner skal kunne trække på ekspertisen til rådgivning og vejledning i forhold til de opgaver, der løses i kommunen.

Opgaverne skal løses i et tæt samarbejde med de kommunale hjerneskadekoordinatorer.

Rehabiliteringsplanen

Rehabiliteringsplanen for målgruppen udarbejdes af hjerneskadecentret i et tæt samarbejde med den skadede, familien og den kommunale hjerneskadekoordinator.

Udgangspunktet for rehabiliteringsplanen er en kvalificeret genoptræningsplan fra sygehuset.

Et rehabiliteringsforløb er et individuelt skræddersyet forløb og hjerneskadecentret skal sammen med borgeren tage stilling til, hvor rehabiliteringsforløbet bedst placeres: I borgerens hjem, på hjerneskadecentret, på en evt. arbejdsplads eller et helt andet sted. Rehabiliteringsplanen er bindende for det videre forløb, men skal naturligvis kunne justeres af hjerneskadecentret, hvis/når der er et fagligt begrundet behov herfor.

Finansiering

Den rehabiliteringsindsats, som kommunerne er forpligtet til at yde, bør fremover finansieres af kommunerne gennem en forsikrings-/abonnementsordning, der sikrer den enkelte kommune et sikkert budgetteringsgrundlag, og sikrer hjerneskadecentrenes drift.

Ved at bruge forsikrings-/abonnementsordninger som finansieringskilde spares ressourcer til bureaukrati, det vil medføre et incitament for den enkelte kommune til at træffe beslutninger ud fra et kvalitetsprincip i stedet for en øjeblikkelig kortsigtet økonomisk gevinst, og det vil medføre, at en kommune, der rammes af ekstra mange sager et år, ikke får "ødelagt" deres økonomi.

I de tilfælde, hvor en rehabiliteringsopgave kan løses hjemme i bopælskommunen dækkes udgiften af det inter-kommunale hjerneskadecenter.

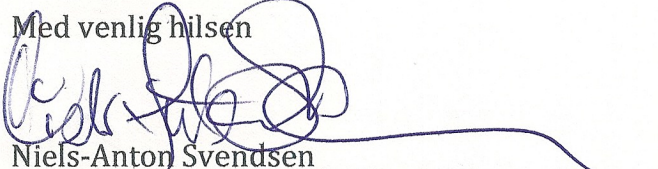
Denne løsning kunne også være et incitament for kommunen til at udvikle tilbud, der mht. kvalitet og intensitet fremadrettet vil kunne leve op til de svært hjerneskadedes behov for rehabilitering.

De særlige opgaver der er tillagt Udviklings- og kompetencecentret mht. forskning, uddannelse mv. finansieres via finansloven.

Også andre finansieringskilder kunne inddrages med reduceret bureaukrati til følge fx VISO-midler mm.

Hjerneskadeforeningen står naturligvis til rådighed med henblik på uddybning af vores forslag.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Niels-Anton Svendsen', with a long horizontal line extending to the right.

Niels-Anton Svendsen

Landsformand for Hjerneskadeforeningen