
**FORSYNING OG EFTERSPØRGSEL PÅ
OMRÅDET FOR VOKSNE MED
HVERVET HJERNESKADE I
JYLLAND**

31. marts

2012

Afrapportering fra den tværkommunale og regionale
arbejdsgruppe vedrørende området for erhvervet
skade i Nordjylland

**FAGLIGT FOKUSOMRÅDE -
RAMMEAFTALEN 2012
(SOCIAL)**



Indhold

1	Resumé	1
1.1	Konklusion	1
1.2	En fælles vision	2
1.3	Anbefalinger til tiltag i Nordjylland	3
2	Baggrund.....	5
2.2	Erhvervet Hjerneskade som fokusområde i Rammeaftalen 2012.....	6
2.3	De nationale rapporter på hjerneskadeområdet - pejlemærker	6
2.4	Arbejdsgruppens opgaver	7
3	Målgruppen – voksne med erhvervet hjerneskade	8
3.2	Udvikling i målgruppen.....	10
3.3	Faser og niveauer i rehabiliteringsindsatsen.....	12
4	Status for rehabiliteringsindsatsen i Nordjylland	14
4.1	Status for rehabiliteringsindsatsen i kommunerne	14
4.2	Fortsatte udviklingspunkter i den lokale indsats.....	16
4.3	Efterspørgslen efter rehabiliteringstilbud med regional forsyning (fase 3)	17
4.4	Fremadrettet efterspørgsel til fase 3 tilbud med geografisk regional forsyning	19
5	Botilbuddene (fase 4)	21
6	Regional forsyningssikkerhed fremadrettet i Nordjylland?	22

Bilag 1: Forslag til fælles vision på området for voksne med erhvervet hjerneskade i Nordjylland

Bilag 2: Baggrundspapir for arbejdsgruppen vedr. tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade i Nordjylland

Bilag 3: Oversigt over organisering af koordinering af indsatsen på Hjerneskadeområdet i de Nordjyske kommuner

Bilag 4: Tilbudsbeskrivelser – erhvervet hjerneskade i Nordjylland 2011

1 Resumé

Det er arbejdsgruppens vurdering, at forslaget til en fælles vision, konklusion og anbefalinger kan anvendes som afsæt for det videre arbejde på området i Nordjylland. Det gælder for det første i forhold til den forestående analyse under Sundhedsaftalerne, som er målrettet mulighederne for at lave et aftalegrundlag for overgangene mellem fase 2 og den efterfølgende rehabiliteringsindsats i kommuner og region.

Arbejdsgruppen vurderer, at området for erhvervet hjerneskade og indeværende analyse kan anvendes som afsæt for drøftelserne af strategiske samarbejdsmodeller og modeller i forbindelse med afdækningen af muligheder for strategisk samarbejde i Rammaaftalen 2013 (Social). Det er afgørende at finde modeller, der kan understøtte forsyningsikkerheden på udvalgte tilbud i forbindelse på Hjerneskadeområdet.

1.1 Konklusion

Efter strukturreformen har der i kommunerne været et ønske om i større grad at tilrettelægge rehabiliteringsindsatsen lokalt og i nogen grad også at kunne tilbyde ydelser så tæt på borgerens hverdagsliv som muligt. Flere kommuner vurderer, at kommunerne i højere grad er blevet i stand til at løfte opgaverne lokalt og, at der er foretaget en oprustning af indsatsen siden 2007, herunder i forhold til hjerneskadekoordineringen.

Arbejdsgruppens analyse peger på, flere barrierer i forhold til hjerneskadekoordineringen; internt i kommunerne – særligt i koordineringen mellem socialområdet og arbejdsmarkedsområdet; i snitfladerne mellem sundhedsvæsen og primærsektor; og ved overgangene mellem regionale fase 3 tilbud og den rent kommunale indsats. Koordineringen en forudsætning for, at der sker den rette udveksling af viden mellem de aktører der er involveret i rehabiliteringsindsatsen til borgere med erhvervet hjerneskade. Udfordringerne består i at sikre en helhedsorienteret og tværfagligt koordineret indsats til den enkelte borger med erhvervet hjerneskade.

Siden 2007 er efterspørgslen efter de Regionalt drevne fase 3 tilbud reduceret. Det drejer sig særligt om efterspørgslen efter døgnrehabiliteringstilbuddene, hvor de Nordjyske kommuners helårsforbrug er reduceret fra 23 pladser i 2008 til forventet 16 pladser i 2011¹. Efterspørgslen efter rehabiliteringsydelserne fra Hjerneskadecentret på Taleinstituttet har i perioden siden 2008 været relativt stabil. Flere kommuner ønsker i løbet af 2012 at hjemtage hele, eller dele af de opgaver, der tidligere blev leveret fra Taleinstituttet på området for erhvervet hjerneskade.

Arbejdsgruppen vurderer, at det er afgørende, at alle kommuner også fremadrettet har adgang til fase 3 tilbud på et højt fagligt specialiseret niveau. Det drejer sig om specialiserede ydelser, som de enkelte kommuner er for små til at løfte i eget regi. Ligeledes vurderer arbejdsgruppen, at der er behov for at sikre den regionale forsyning af de mest specialiserede tilbud i fase 4. Konkluderende vil der også fremadrettet være behov for højt specialiserede tilbud med geografisk regional forsyningspligt.

Arbejdsgruppen vurderer, at der fra flere kommuner efterspørges øget fleksibilitet i ydelserne med geografisk regional forsyning. Der er et ønske om at kunne supplere den lokale indsats med tilkøb af ydelser fra de højt specialiserede tilbud, herunder også døgnrehabiliteringstilbud til de borgere som kommunerne, som myndighed vurderer, kan profitere af det. Fleksible ydelsesstrukturer kan være med til at sikre, at alle kom-

¹ Kommunernes forbrug af pladser i 2011 blev opgjort til og med 31. oktober 2011 og blev fremskrevet på den baggrund til forventet helårsforbrug for 2011.

muner har lige adgang til at kunne sammensætte graduerede tværfaglige og koordinerede rehabiliteringsforløb til den enkelte borger.

1.2 En fælles vision

Arbejdsgruppen fik til opgave at udarbejde et forslag til en fælles fremtidsvision for den regionale udvikling på området for erhvervet hjerneskade i Nordjylland (Bilag 1). En fælles vision kan medvirke til at skabe fælles forståelse og retning i de tiltag, der iværksættes både lokalt i kommunerne og i Region Nordjylland, men også på tværs af kommuner og region.

Det overordnede mål med indsatsen til borgere med erhvervet hjerneskade er, at rehabilitere borgere med erhvervet hjerneskade, så borgerne får mulighed for at leve et selvstændigt og meningsfyldt liv med et minimum af støtte.

Målet for samarbejdet i rammeaftaleregi er, at sikre udvikling på det specialiserede socialområde, at kommunerne har adgang til specialiserede tilbud, og at der sker en koordinering af udbud og efterspørgsel mellem myndighed og leverandører i Nordjylland. Rammeaftalerne skal således være med til at sikre: specialiserede tilbud, omkostningseffektivitet og koordinering af kapacitet.

Med udgangspunkt i ovenstående har arbejdsgruppen udarbejdet nedenstående pejlemærker i en fælles **Vision på området for erhvervet hjerneskade i Nordjylland:**

- Der findes målrettede kvalificerede tilbud til alle personer – børn, unge og voksne – med erhvervet hjerneskade
- Mellem kommuner og regionen råder Nordjylland over en højt specialiseret viden på området for erhvervet hjerneskade
- Der er oparbejdet en fælles forståelses- og referenceramme i Nordjylland, som giver et fælles sprog mellem alle aktører – kommunale som regionale – på området for erhvervet hjerneskade
- Kommunerne og regionen bidrager til et fælles vidensgrundlag ud fra fælles værktøjer til registrering af målgrupper, indsatser, effekter
- Kommuner og region i Nordjylland kan løbende optimere ressourceanvendelsen gennem systematiske analyser af sammenhænge mellem indsats og effekt ud fra det fælles vidensgrundlag

Arbejdsgruppens anbefalinger er udarbejdet med henblik på at understøtte visionens pejlemærker. Det er arbejdsgruppens anbefaling, at der arbejdes videre med spredningen af visionen i Nordjylland.

1.3 anbefalinger til tiltag i Nordjylland

Med udgangspunkt i arbejdsgruppens konklusioner og visionen for udvikling på området for erhvervet hjerneskade har arbejdsgruppen udarbejdet en række anbefalinger til tiltag der kan styrke udviklingen på området.

1.3.1 Anbefalinger - Målrettede kvalificerede tilbud

Fokus: Arbejdsgruppen finder det afgørende, at kommunerne også fremadrettet har adgang til graduerede tilbud (fase 3 og 4) på et højt fagligt specialiseret niveau.

Tiltag: Arbejdsgruppen anbefaler, at der foretages en konkret analyse af, hvordan opgavetilrettelæggelsen på de mest specialiserede ydelser kan struktureres mere fleksibelt og med hensyntagen til mulighederne for rationel drift. På den ene side er den rette volumen og kontinuitet i efterspørgsel en forudsætning for at kunne fastholde et fagligt højt specialiseret niveau. På den anden side kan den lokale indsats opkvalificeres ved at samle flere opgaver i kommunerne. Der er behov for at foretage en faglig og økonomisk analyse af, hvor balancepunktet for hjerneskadeområdet findes.

Udbytte: Øget fleksibilitet i ydelsesstrukturerne kan medvirke til at sikre efterspørgslen fra kommunerne som myndighed. Dermed understøttes muligheden for, at alle borgere med erhvervet hjerneskade i Nordjylland kan tilbydes en målrettet og kvalificeret indsats, både i fase 3 og 4.

1.3.2 Anbefalinger - Højt specialiseret, fælles vidensniveau

Fokus: Arbejdsgruppen finder det afgørende, at den viden der opbygges ved forskellige aktører på området for erhvervet hjerneskade i Nordjylland bliver en del af det fælles vidensgrundlag på området

Tiltag: Arbejdsgruppen anbefaler, at der etableres formaliserede procedurer for koordination og overlevering af den viden der opbygges i forhold til den enkelte borger, herunder gennem mere fleksible overgange mellem leverandører. En mere fleksibel ydelsesstruktur på de mest specialiserede rehabiliteringstilbud kan være medvirkende til at sikre vidensudveksling mellem leverandører og mellem myndighed og leverandør.

Flere kommuner har i forbindelse med puljen til styrket indsats på området for erhvervet hjerneskade indarbejdet muligheden for i projektperioden at inddrage specialviden fra de regionale hjerneskadetilbud i koordineringsindsatsen i kommunerne. Dermed forventes at opnå en generel opkvalificering af vidensniveauet i hjerneskadekoordineringen.

Tiltag: I kommunernes puljeansøgninger er der indgået et samarbejde mellem flere kommuner om i fællesskab at tilrettelægge og gennemføre en systematisk opkvalificering af nøglepersoner på hjerneskadeområdet i kommunerne gennem "Det Nordjyske Uddannelsesprogram på området for Erhvervet Hjerneskade" (Bilag 3). Arbejdsgruppen anbefaler, at den Administrative Styregruppe (Social) følger arbejdet og, at der nedsættes en tværkommunal/regional styregruppe, der skal sikre løbende koordinering og forankring af uddannelsesprogrammet frem til udgangen af 2014.

Udbytte: Der sker løbende og målrettet opkvalificering af vidensniveauet på alle niveauer i opgaveløsningen, kommunalt såvel som i opgaveløsningen i tilbudene med geografisk regional forsyning.

1.3.3 Anbefalinger - Fælles sprog, forståelse og referenceramme

Fokus: Reducere barrierer for koordinering ved at opbygge fælles sprog, forståelse og referenceramme.

Tiltag: Gælder som for ovenstående fokusområde, systematiske formaliserede procedurer for koordination og borger rettet vidensudveksling kan være medvirkende til at opbygge fælles sprog og referenceramme, samt højne det generelle vidensniveau. Ligesom uddannelsesprogrammet vil bidrage dertil.

Tiltag: I forbindelse med puljen til styrket rehabilitering og træning på hjerneskadeområdet har flere kommuner målrettet en del af projektet udviklingen af fælles redskaber (rehabiliteringsplaner) i samarbejde med Brønderslev Neurorehabiliteringscenter. Målet er, at udvikle redskaber, der netop kan sikre et ensartet vidensgrundlag ved overgange. Erfaringerne fra projektet vil komme alle Nordjyske kommuner til gavn efterfølgende.

Udbytte: Arbejdsgruppen finder det afgørende, at der fremadrettet oparbejdes praksis der sikrer koordinering og vidensdeling på alle niveauer. Det samlede niveau for hjerneskaderehabilitering løftes, til gavn for borgere og for ressourceudnyttelsen samlet set.

1.3.4 Systematisk dokumentation af sammenhænge mellem indsats og effekter

Fokus: Styrket viden om effekter ved forskellige indsatser til borgere med erhvervet hjerneskade

Tiltag: Arbejdsgruppen ser fokus på kvalitetsarbejde i Rameaftalen 2013, som et første skridt i retningen af at kunne arbejde tværgående mellem kommuner og region med at dokumentere sammenhænge mellem indsats og effekter. Samtidig viser arbejdsgruppens bestræbelser på at kortlægge forbrug af ydelser i kommunerne, at adgangen til specifikke data på området er begrænset.

Udbytte: På lang sigt vil et fælles fokus på kvalitet og sammenhænge mellem indsats og effekter kunne fremme grundlaget for ressourceprioritering i og på tværs af kommuner og kommuner og region. Give et bedre oplyst grundlag for strategisk udvikling på området.

2 Baggrund

En arbejdsgruppe med repræsentanter fra 10 kommuner og fra Region Nordjylland har i 2011/12 analyseret udviklingen på området for erhvervet hjerneskade i Nordjylland.

2.1.1 Arbejdsgruppens medlemmer

Kommune	Repræsentant	Funktion
Brønderslev	Helle Christensen	Hjerneskadekoordinator
Frederikshavn	Gitte Schimmel	Leder af Senhjerneskade-Center Nord
Hjørring	Lilian Olesen	Hjerneskadekoordinator
Jammerbugt	Gitte Kjeldgaard	Hjerneskadekoordinator
Mariagerfjord		
Morsø	Poul Olsen	Afdelingsleder, Sociale tilbud
Rebild	Marianne Finderup	Teamleder for træning og forebyggelse
Region Nordjylland	Anette Krusborg	Afdelingsleder, Hjerneskadecentret
Region Nordjylland	Lis Otkjær Termansen	Socialfaglig konsulent
Thisted	Anni Olesen	Hjerneskadekoordinator
Vesthimmerland	Karina Rønaa	Hjerneskadekoordinator
Aalborg	Rikke Morsing	Hjemmevejleder /Ergoterapeut
Aalborg	Sólgerð Torp (Formand)	Planlægnings- og udviklingskonsulent
Sekretariatet for rammeaftaler	Marie Elmgreen Nielsen	Konsulent

2.1.2 Arbejdsgruppens aktiviteter

Arbejdsgruppen har afholdt seks møder i løbet af 2011/12. Derudover har arbejdsgruppen tilrettelagt et visionsseminar med deltagelse af repræsentanter fra det faglige netværk vedr. erhvervet hjerneskade under Rammeaftalen. Arbejdsgruppen har indhentet oplysninger ved de Nordjyske kommuner og Regionen Nordjylland, dels gennem arbejdsgruppens medlemmer og dels gennem en rundspørge ved de 11 kommuner og ved Region Nordjylland som driftherre.

Sideløbende har repræsentanter fra flere Nordjyske kommune holdt møder om mulighederne for samarbejde om fælles fokus i kommunernes ansøgninger om støtte fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses pulje til styrket indsats på området for erhvervet hjerneskade.

2.2 Erhvervet Hjerneskade som fokusområde i Rammeaftalen 2012

Området for voksne med erhvervet hjerneskade er i Rammeaftalen 2012 udpeget som fokusområde. Fem år efter strukturreformen er der behov for at se på status for området og snitfladerne mellem den kommunale og den regionale rehabiliteringsindsats.

I 2007 fik kommunerne ved strukturreformen overdraget ansvaret for rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade efter udskrivning fra sundhedsvæsenet. Intentionerne var at styrke sammenhængen i opgaveløsningen, udvikle de nære tilbud og sætte fokus på opgaven i kommunerne. I Nordjylland overtog Region Nordjylland i 2007 de tidligere amtslige rehabiliterings- og botilbud, samt tilbudene på Hjerneskadeområdet på Taleinstituttet. Dermed blev Region Nordjylland leverandør af flere specialiserede rehabiliteringstilbud til målgruppen.

Målet med indeværende analyse er at komme med anbefalinger til den fremtidige udvikling af området i den geografiske region Nordjylland, herunder en vurdering af kommunernes behov for forsyningssikkerhed på de mest specialiserede ydelser og tilbud.

2.3 De nationale rapporter på hjerneskadeområdet - pejlemærker

Et landspolitisk fokus på hjerneskaderehabiliteringen har i 2011 resulteret i flere nationale kortlægninger, rapporter og anbefalinger, herunder den Medicinske Teknologivurdering² (MTV) og Forløbsprogrammerne for hjerneskaderehabilitering³ (www.sst.dk). Kommunernes Landsforening fremhævede med udgangspunkt i ovennævnte en række opmærksomhedspunkter til videreudvikling af hjerneskaderehabilitering i kommunerne (www.kl.dk).

Følgende opmærksomhedspunkter kan uddrages:

- fokus på vidensdeling ved udskrivning fra sygehus eller andet regionalt tilbud
- koordinering ved tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatsen til den enkelte borger, herunder koordinering mellem forvaltninger i kommunerne
- borgerinddragelse ved tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatsen
- sikring af et tilstrækkeligt neurofagligt vidensniveau i kommunerne
- der sikres adgang til graduerede kvalificerede rehabiliteringstilbud både i de enkelte og på tværs af kommunerne, herunder i regionalt regi, og sidst
- der sættes styrket fokus på dokumentation og kvalitetsudvikling i rehabiliteringsindsatsen generelt set

Opmærksomhedspunkterne er i nogen grad overlappende med arbejdsgruppens fokus i indeværende rapport. Derudover er der i puljen til en styrket indsats på hjerneskadeområdet med midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sat fokus på implementeringen af anbefalinger fra MTV og Forløbsprogrammer i kommunerne og, i samarbejde mellem kommuner, og kommuner og region.

² MTV-rapporten er en systematisk gennemgang af eksisterende viden om effekterne af hjerneskaderehabilitering på tværs af sektorer og faggrupper

³ Forløbsprogrammer er en organisatorisk ramme, der beskriver den samlede tværfaglige tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen udarbejder forløbsprogrammer på følgende områder: 1) voksne med traumatisk hjerneskade samt tilgrænsende lidelser og apopleksi samt 2) børn med traumatisk hjerneskade samt tilgrænsende lidelser og børn med apopleksi.

2.4 Arbejdsgruppens opgaver

Med Rammeaftalen 2012 (Social) gøres der status for opgaveløsningen på tværs af kommuner og region i Nordjylland. Området for erhvervet hjerneskade var udpeget som fokusområde i den første Rammeaftale (Social) i 2007 i Nordjylland. Konklusionerne fra dengang har i nogen grad fungeret som referencepunkter for den aktuelle analyse.

Nedenstående punkter er fremhævet i arbejdsgruppens opgavebeskrivelse (bilag 2):

- Forslag til en fælles fremtidsvision for tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade i den geografiske region Nordjylland, som kan medvirke til at fremme en fælles forståelse af opgaven
- Forventninger til den fremadrettede efterspørgsel efter tværkommunale rehabiliteringstilbud i Nordjylland og mulige tiltag til understøttelse af forsyningssikkerheden på hjerneskadeområdet
- Muligheder for at styrke sammenhæng og koordinering ved overgangene fra regionale tilbud til kommunalt tilbud
- Forslag til fælles tiltag på tværs af kommuner/kommuner og Regionen i forhold til nye metoder i den kommunale opgavevaretagelse, eksempelvis fælles tilbud om kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere

I indeværende rapport redegøres for arbejdsgruppens endelige analyse, konklusioner og anbefalinger.

I kapitel 4 redegøres kort for målgruppen på området for erhvervet hjerneskade og den kompleksitet der karakteriserer funktionsnedsættelserne og de behov der findes for støtte og rehabilitering i målgruppen. Dernæst i kapitel 5 skitseres status for opgaveløsningen i kommunerne på området for erhvervet hjerneskade. I kapitel 6 følger en analyse af udviklingen i efterspørgsel efter de regionale rehabiliteringstilbud i fase 3, mens status for botilbudsområdet i fase 4 gennemgås i kapitel 7. Sidst følger arbejdsgruppens vurdering af behovet for regional forsyning af specialiserede rehabiliterings- og botilbud i Nordjylland.

3 Målgruppen – voksne med erhvervet hjerneskade

En overordnet analyse af udvikling og behov i målgruppen – borgere med erhvervet hjerneskade – er en forudsætning for at kunne foretage en velbegrunder vurdering af behovet for tilbud med geografisk regional forsyning i Nordjylland.

Gruppen af personer med erhvervet hjerneskade er heterogent sammensat og det samme gælder for den enkelte borgers behov for rehabilitering, der kan variere fra intet behov til et omfattende og langvarigt behov. Følgerne af en erhvervet hjerneskade er ofte komplekse og sammensatte og kan omfatte både fysiske, psykiske, kognitive, sociale og personlighedsmæssige aspekter.

Den enkeltes rehabiliteringsbehov afhænger blandt andet af skadens omfang og placering, indlæggelsestiden efter en skade, alder da skaden opstod, omfang, grad og kombinationer af funktionsnedsættelser, personens netværk og øvrige sociale situation samt personens indsigt og motivation. Således er der på området for erhvervet hjerneskade behov for at kunne iværksætte en rehabiliteringsindsats, der imødekommer det enkelte individs behov for en tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats. I nedenstående skema skitseres kompleksiteten i målgruppens rehabiliteringsbehov.

3.1.1.1 Oversigt over rehabiliterings og støttebehov i målgruppen

	Let skadet	Moderat skadet	Svært skadet
Lav kompleksitet	<p>Lettere fysisk og/eller kognitivt skadet.</p> <p>Vil sandsynligvis ikke have brug for indsats i hverken regionalt eller kommunalt regi efterfølgende.</p> <p>Vil normalt kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet i samme omfang som tidligere.</p>	<p>Moderat fysisk og/eller kognitivt Skadet.</p> <p>Behov for indsats i kommunalt regi.</p> <p>Tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang mulig, dog oftest med forudgående revalideringsindsats.</p>	<p>Svært fysisk og/eller kognitivt skadet.</p> <p>Behov for omfattende indsats i både regionalt og kommunalt regi</p> <p>Selv med en forudgående revalideringsindsats, kan muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet i selv delvist omfang være betydeligt reduceret</p>
Moderat kompleksitet	<p>Lettere fysisk og/eller kognitivt skadet, eventuelt med moderate psykiske eller sociale problemer.</p> <p>Vil normalt kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet i samme omfang som tidligere, måske med forudgående kommunal indsats.</p>	<p>Moderat fysisk og/eller kognitivt skadet, eventuelt med moderate psykiske, eller sociale problemer.</p> <p>Behov for indsats i kommunalt regi eventuelt suppleret med indsats fra anden leverandør.</p> <p>Eventuelt behov for koordination af sagen.</p> <p>Tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang mulig, dog oftest med forudgående omfattende revalideringsindsats.</p>	<p>Svært fysisk og/eller kognitivt skadet, med moderate psykiske eller sociale problemer.</p> <p>Behov for omfattende indsats i både regionalt og kommunalt regi.</p> <p>Eventuelt behov for koordination af sagen.</p> <p>Selv med en forudgående revalideringsindsats, kan muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet i selv delvist omfang være betydeligt reduceret eller umulig.</p>
Stor kompleksitet	<p>Lettere fysisk og/eller kognitivt skadet, eventuelt med alvorlige misbrugs-, psykiatriske og/eller sociale problemer.</p> <p>Manglende sygdomsindsigt</p> <p>Behov for kommunal og/eller regional indsats.</p> <p>Eventuelt behov for koordination af sagen.</p> <p>Tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang mulig, dog oftest med forudgående kommunal indsats.</p>	<p>Moderat fysisk og/eller kognitivt skadet, eventuelt med alvorlige misbrugs-, psykiatriske og/eller sociale problemer.</p> <p>Sandsynligvis behov for omfattende indsats i kommunalt regi.</p> <p>Eventuelt behov for koordination af sagen.</p> <p>Selv med en forudgående revalideringsindsats, kan muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang være betydeligt reduceret.</p>	<p>Svært fysisk og/eller kognitivt skadet, med alvorlige misbrugs-, psykiatriske og/eller sociale problemer, eksempelvis udadretterende adfærd.</p> <p>Behov for omfattende indsats i både regionalt og kommunalt regi.</p> <p>Eventuelt behov for koordination af sagen.</p> <p>Tilbagevenden til arbejdsmarkedet anses ikke for mulig.</p>

Med inspiration fra Danske Regioner 2011, tilpasset af arbejdsgruppen.

3.2 Udvikling i målgruppen

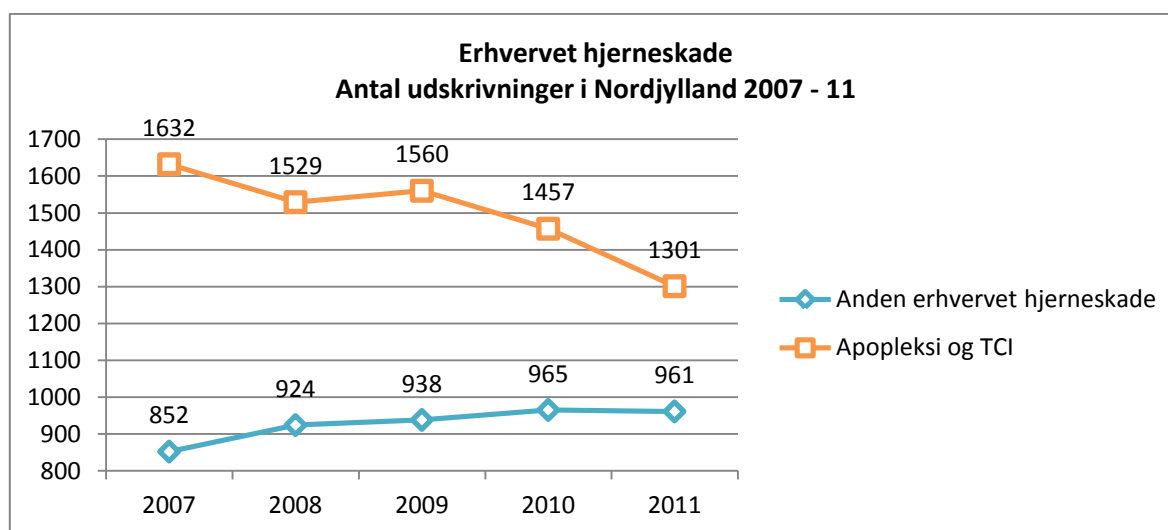
I Forløbsprogrammerne estimeres det, at 18.000 borgere i 2010 på nationalt plan havde behov for en rehabiliteringsindsats⁴ efter udskrivning fra sygehus. Omsat til Nordjyske forhold svarer det til, at knap 1.900 personer i 2010 havde behov for en eller anden form for rehabiliteringsindsats efter udskrivelse⁵.

3.2.1 Udskrivninger i Nordjylland – voksne med erhvervet hjerneskade⁶

	2007	2008	2009	2010	2011
Brønderslev	168	146	155	149	157
Frederikshavn	274	260	330	329	269
Hjørring	384	344	351	350	338
Jammerbugt	133	144	167	136	149
Læsø	5	5	11	15	7
Mariagerfjord	249	177	153	114	158
Morsø	119	146	129	137	115
Rebild	108	86	88	84	79
Thisted	242	266	278	301	262
Vesthimmerlands	158	171	170	119	120
Aalborg	644	708	666	688	608
Hovedtotal	2484	2453	2498	2422	2262

Note: Tal fra e-Sundhed, der bygger på oplysninger fra Landspatientregistret.

Udviklingen i antallet af udskrivninger har været relativt stabil siden 2007, det ser dog ud til at der i 2011 var et fald på cirka 200 udskrivninger i 2011 i forhold til de foregående år.

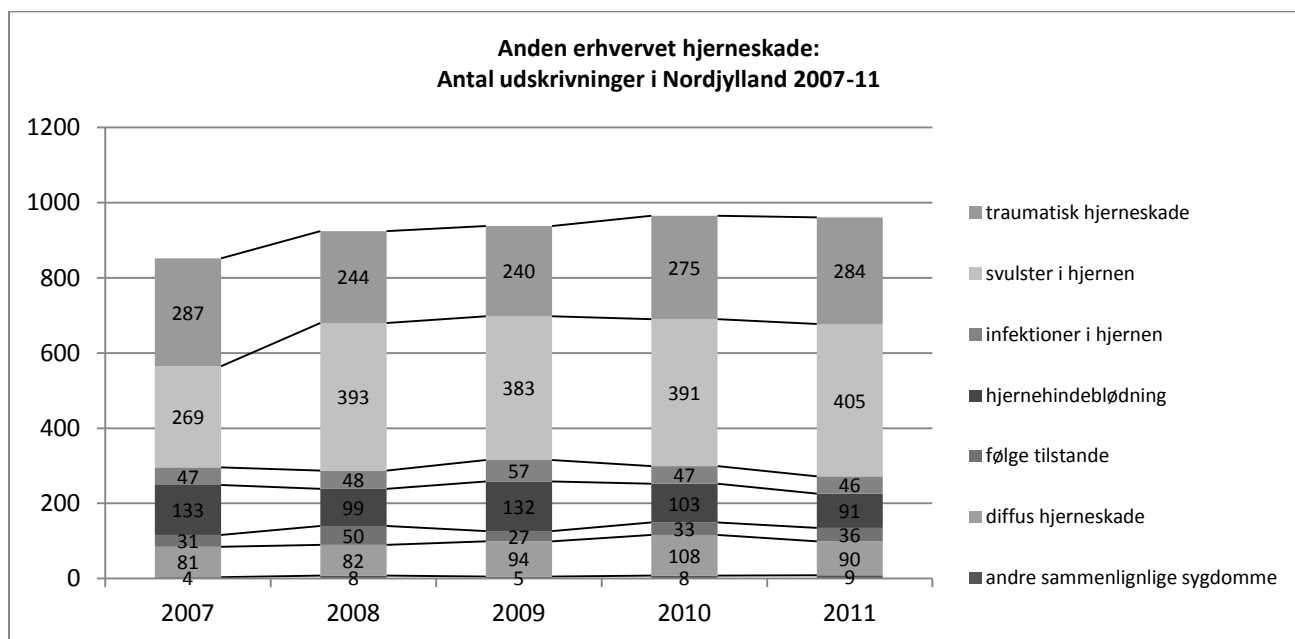


⁴ Antagelserne i Forløbsprogrammet vedr. hjerneskaderehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade er, at der for personer med apopleksi ved en indlæggelse på 3 dage eller derover vil være behov for rehabilitering efter udskrivelse, for personer med anden erhvervet hjerneskade er antagelsen, at en indlæggelsestid på 4 dage eller derover medfører et behov for rehabilitering efter udskrivelse.

⁵ Beregnet ud fra befolkningstal – Nordjylland udgjorde i 2010 10,4 % af den samlede danske befolkning

⁶ Estimatet er opgjort ud fra antallet af udskrivninger fra sygehuse fordelt efter de diagnosegrupper, der primært resulterer i en erhvervet hjerneskade. Samme diagnosegrupper er lagt til grund for analysen af målgruppen i Forløbsprogrammerne, hvor en samlet liste over de medtagne diagnoser ligeledes findes. Dog er det arbejdsgruppens vurdering, at der formentligt vil være diagnoser ud over dem, der er medtaget i opgørelsen, som også medfører en erhvervet hjerneskade.

I forhold til de diagnoser der hører under anden erhvervet hjerneskade er der en stigning i udskrivelser efter svulster i hjernen, der er den primære årsag til tilvæksten på 2007 til 2011 på godt 100 udskrivelser om året.



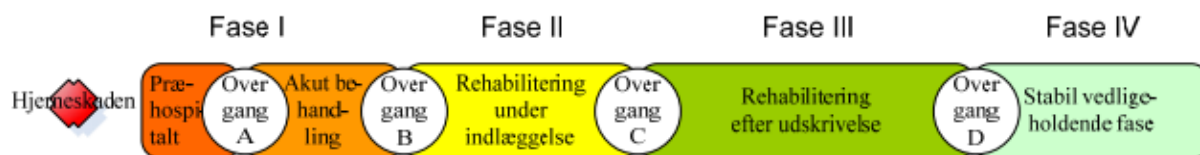
Samlet set er det arbejdsgruppens vurdering, at skaderne i målgruppen og rehabiliteringsbehovene fremadrettet bliver mere komplekse. Opsummerende vurderes følgende tre tendenser at have betydning:

1. Bedre metoder til udredning og bedre viden om, hvad der medfører hjerneskader bevirker blandt andet, at rehabiliteringsbehovene i højere grad identificeres i kommunerne.
2. Der er øget fokus på skader i kombination med misbrug, alkohol, psykiatri, omsorgssvigt. Tilstedeværelsen af flere diagnoser samtidigt (komorbiditet) i målgruppen giver alt andet lige mere komplekse rehabiliteringsbehov, som fordrer styrket fokus på en koordineret, tværfaglig og tværsektoriel indsats
3. Kulturelle faktorer har betydning for borgernes rehabiliteringsbehov. Eksempelvis krav om aktiv deltagelse på arbejdsmarkedet medvirker til at skabe rehabiliteringsbehov som følge af belastningsreaktioner, stress, depressioner

3.3 Faser og niveauer i rehabiliteringsindsatsen

Der skelnes mellem fire faser i rehabiliteringsindsatsen til borgere med erhvervet hjerneskade. Arbejdsgruppens analyse fokuserer på rehabiliteringsindsatsen efter udskrivelse og de overgange der ligger i forbindelse med udskrivelse og overgange mellem kommunale og regionale fase 3 tilbud.

3.3.1 Figur: Faseinddeling af hjerneskaderehabilitering



Kilde: Sundhedsstyrelsen 2011

Fase 3 ligger efter udskrivelse fra sygehus og varetages enten i kommunalt regi, eller i et af de regionale rehabiliteringstilbud. Fase 4 bruges almindeligvis om de tilbud, der ligger efter rehabiliteringsindsatsen, og som er målrettet vedligehold af funktioner. De kommunale/regionale botilbud til borgere med erhvervet hjerneskade vil i hovedreglen være betegnet som fase 4 tilbud. Det er kommunerne der har myndighedsansvaret for indsatsen i fase 3 og 4 og udgifterne hertil er rent kommunale.

Afhængigt af den enkelte borgers rehabiliteringsbehov vil der være behov for en indsats på basalt, avanceret eller specialist niveau. Det er i grænsefladen mellem det basale niveau og det specialiserede balancen mellem det der kan løftes lokalt og det, der forudsætter et større geografisk område, for at sikre den volumen og kontinuiteten i efterspørgsel, der er en forudsætning for et højt specialiseret niveau i ydelserne. Kommunerne muligheder for at løfte opgaver af mere avanceret karakter vil alt andet lige afhænge af omfanget af borgere med behov og de specifikke faglige kompetencer i kommunerne.

3.3.2 Tre niveauer i fase 3 og fase 4

Kompetence niveau	Målgruppe	Indhold (fase 3)	Indhold (fase 4)
<p>Basalt niveau: Varetages i kommunen. De involverede faggrupper har neurofaglig viden fra deres grunduddannelse samt relevante kurser. Faggrupperne kan eventuelt have andre arbejdsopgaver end rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade.</p>	<p>Personen kan have funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger inden for disse områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevægelsesfunktioner • Mentale funktioner, der påvirker almindelige daglige funktioner (ADL), herunder egenomsorg • Sprogfunktioner • Medicinske/plejemæssige problemstillinger • Læring • Omsorg for sig selv • Kommunikation 	<p>Forløbet kan indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysioterapi og ergoterapi • Hjemmesygepleje og/eller personlig og praktisk hjælp • Kommunikationsundervisning • Socialpædagogisk bistand • Arbejdsprøvning og/eller arbejdsfastholdelse med lav kompleksitet • Hjælpe midler og boligændringer • Patientrettet forebyggelse • ADL-træning 	<p>Indsatsen kan indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praktisk hjælp og bistand. • Vedligeholdende træning • Vederlagsfri fysioterapi • Socialpædagogisk bistand • Dagtilbud • Specialundervisning • Plejehjem /anden boform
<p>Avanceret niveau: Rehabiliteringsforløbet varetages i kommunen evt. i samarbejde med eksterne fagpersoner med særlige kompetencer inden for et givent specifikt område og/eller de specialiserede hjerneskadetilbud.</p> <p>Alternativt har kommunen – eventuelt i tværkommunalt samarbejde – selv medarbejdere med tilsvarende neurofaglige kompetencer.</p> <p>Samarbejdet kan enten være i forhold til den konkrete opgaveløsning eller ved supervision. Faggrupperne har primært arbejdsopgaver i forhold til rehabilitering af personer med hjerneskade. Forløbet koordineres i en hjerneskadekoordineringsfunktion.</p>	<p>Foruden funktionsnedsættelser på basalt niveau kan personen have funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger inden for disse områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mentale funktioner, der påvirker livssituationen i <u>alvorlig grad</u> • Kommunikative funktioner (betydelig funktionsnedsættelse) • Dysfagi • Sansefunktioner, herunder syn og hørelse • Reaktive følger: angst og depression • Problematikker i tilknytning til den erhvervede hjerneskade i form af misbrug, psykiatri og/eller sociale vanskeligheder. 	<p>Foruden indholdet på basalt niveau kan forløbet indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhvervsevne afklaring (forsørgelsesmæssig afklaring) • Neuropsykologi • Neuropædagogik • Psykologisk støtte og opfølgning • Særlige indsatser i forhold til sansedefekter samt dysfagi • Uddannelsesvejledning • Kognitiv træning • Social træning • Pårørende 	<p>Foruden indhold på basalt niveau kan indsatsen indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Botilbud målrettet borgere med erhvervet hjerneskade.
<p>Specialiseret niveau: Rehabiliteringsforløbet varetages i et specialiseret hjerneskadetilbud som samlede, helhedsorienterede og intensive forløb.</p> <p>Der er involveret faggrupper med specialiseret neurofaglig ekspertise (inden for alle relevante områder), som fungerer i tæt, interdisciplinært samarbejde.</p> <p>Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision og deltager desuden ofte i udviklingsarbejde og forskning.</p>	<p>Foruden funktionsnedsættelser på basalt og avanceret niveau kan personen have funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger inden for disse områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Svære adfærdsproblemer • Væsentligt nedsat sygdomserkendelse • Problematikker i tilknytning til den erhvervede hjerneskade i form af misbrug, psykiatri og/eller sociale vanskeligheder. • Komorbiditet 	<p>Foruden indholdet på basalt og avanceret niveau kan forløbet indeholde følgende (tværfagligt og multidisiplinært samarbejde):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykologisk støtte og opfølgning, herunder gruppe- og individuel terapi • Særlige tilbud til pårørende, herunder individualiseret rådgivning til pårørende. • Specialiseret niveau kan indgå i vidensformidling og rådgivning af neurofagligt personale i primærsektoren. 	<p>Foruden indholdet på basalt og avanceret niveau kan forløbet indeholde følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Botilbud for borgere med erhvervet hjerneskade med særlig målgruppespecifikation, f.eks. dobbeltdiagnoser

Kilde: Udarbejdet og tilrettet af arbejdsgruppen efter Sundhedsstyrelsen 2011, forløbsprogram.

4 Status for rehabiliteringsindsatsen i Nordjylland

For at gøre status for udviklingen på området for erhvervet hjerneskade siden 2007 har arbejdsgruppen foretaget en rundspørge ved kommunerne som myndighed og driftherre, og ved regionen som driftherre. Det generelle billede er, at der ikke i de kommunale IT systemer registreres efter målgrupper. Derfor må vurderingen af status og fremadrettede behov baseres på:

- a) en vurdering af forventede udvikling i målgruppen (jf. afsnit 3),
- b) status for udviklingen i kommunerne i forhold til den lokale rehabiliteringsindsats og
- c) vurdering af efterspørgslen efter eksisterende specialiserede rehabiliterings og støttetilbud

4.1 Status for rehabiliteringsindsatsen i kommunerne

Arbejdsgruppen vurderer, at kommunernes fokus på rehabilitering til borgere med erhvervet hjerneskade siden 2007 er styrket. Tre tendenser har betydning i den forbindelse:

- Hjerneskadekoordinering internt i kommunerne er styrket, hvilket blandt andet har givet bedre forudsætninger for en mere målrettet tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatsen til den enkelte borger lokalt.
- Der fokus på og et ønske om i højere grad at kunne tilbyde rehabiliteringsindsatsen så tæt på borgerens hverdagsliv som muligt. Den lokale indsats er oprustet i flere kommuner, blandt andet gennem øget faglighed og udvikling af målrettede tilbud.
- Der har siden 2007 været fokus på at begrænse udgiftsniveauet på det specialiserede socialområde. Ud fra betragtninger om, hvordan knappe ressourcer anvendes bedst muligt, er der, også på området for erhvervet hjerneskade, foretaget præciseringer af serviceniveauet i de enkelte kommuner.

4.1.1 Hjerneskadekoordinering i de Nordjyske kommuner

I forløbsprogrammerne fra 2011 understreges behovet for koordinering af den kommunale indsats. *"... rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi kan hensigtsmæssigt tilrettelægges og koordineres af en hjerneskadekoordineringsfunktion..."* og fortsat: *"Hjerneskadekoordineringsfunktionen varetager opgaver både i forhold til den enkelte og i forhold til intern/ekstern koordinering"*. Sundhedsstyrelsen 2011.

Da området for erhvervet hjerneskade i Rammeaftalen 2007 (social) var udpeget som særligt fokusområde, var en af anbefalingerne, at kommunerne med fordel kunne styrke koordineringsindsatsen og mere bredt styrke vidensgrundlaget på området for erhvervet hjerneskade.⁷

Billedet i 2012 er, at der i syv ud af de elleve nordjyske kommuner er etableret en hjerneskadekoordinatorfunktion. I yderligere tre kommuner etableres en hjerneskadekoordinatorfunktion i forbindelse med udmøntningen af puljen fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en styrket indsats på området for erhvervet hjerneskade⁸.

Organiseringen af koordinatorfunktionen i kommunerne varierer mellem kommunerne, ligesom organiseringen omkring koordinatorfunktionerne varierer fra kommune til kommune. For en uddybende beskrivelse af koordinatorfunktionen, opgaver og samarbejdsparter i kommunerne henvises til bilag 4.

⁷ Rapport findes på www.Rammeaftalernord.dk (bilagene klippes fra, da der er personhenførbare oplysninger i)

⁸ Med et gennemsnitligt antal udskrivninger for Læsø Kommune på mellem 5 og 10 borgere er koordinationsbehovet formentlig relativt overskueligt.

Hjerneskadekoordinatorerne har gennemgående ansvar for at:

- Koordinere udskrivelsesforløb
- Koordinere, inddrage og rådgive andre afdelinger i kommunen og sagsbehandlere, borgere og pårørende
- Rådgive og udøve konsulentbistand i forhold til andre afdelinger i kommunerne
- Skabe overblik over kommunens borgere og tilbud med henblik på udvikling af området

I nogle kommuner har hjerneskadekoordinatorerne både en koordinerende funktion og bevillingskompetence, her er der fokus på den **ene indgang** for borger og pårørende, samt for andre aktører i og udenfor kommunen. Udfordringen synes at være, at friholde rollen som borgerens og de pårørendes rådgiver og vejleder, fra rollen som myndighed. En måde at imødegå udfordringerne på er, ved at dele opgaverne mellem flere koordinatore, eller inddrage ledelsen ved den endelige bevilling af ydelser.

Videre er der i flere kommuner etableret formaliserede procedurer for samarbejde internt i kommunerne mellem afdelinger, dels gennem samarbejdsaftaler og dels ved at etablere faste teams på tværs af afdelinger med koordinerende funktioner og i nogle tilfælde med visitationskompetencer. Med faste procedurer og eventuelle faste mødefrekvenser styrkes forudsætningerne for koordinerede sagsforløb og aktørerne bliver synlige i organisationen.

Netop synligheden og det at have kendskab til, hvilke aktører der skal inddrages og hvornår, har betydning for hjerneskadekoordineringen generelt set. I den forbindelse har funktionsbeskrivelsen for koordinatorfunktionen og den organisatoriske og ledelsesmæssige anerkendelse og opbakning til koordineringsopgaven betydning for hjerneskadekoordineringen i praksis.

Koordinering mellem rehabiliteringsindsatsen på socialområdet og på arbejdsmarkedsområdet synes at være i fokus i flere kommuner. Eksempler fra kommunerne viser, at der er etableret fælles mødevisitation i sager hvor der er behov for en indsats fra flere afdelinger. Koordineringen understøttes i nogle tilfælde af fælles redskaber til udredning og dokumentation, herunder Voksenudredningsmetoden. I to kommuner er der, med støtte fra SATS-puljen, etableret "klubber" målrettet en arbejdsmarkedsrettet rehabiliteringsindsats. Derudover er der søgt støtte til lokale projekter målrettet en styrket og koordineret indsats i forhold til arbejdsmarkedsområdet fra puljen til styrket indsats på området for erhvervet hjerneskode.

Samlet set er der flere måder at reducere barriererne ved koordination. I de mindre kommuner, hvor afstanden mellem afdelingerne er relativ kort, kan det medvirke til at gøre koordineringsopgaven overskuelig for så vidt den interne koordinering angår. I større og mere komplekse organiseringer er kompetenceafklaring og faste procedurer med til at sikre overblik, en klar rollefordeling og dermed lette koordineringen.

I flere af kommunernes funktionsbeskrivelse for hjerneskadekoordineringen indgår, at hjerneskadekoordineringen skal skabe overblik over målgruppen og de behov der er for tilbud til målgruppen. I den forbindelse er der i nogle kommuner udviklet tilbud målrettet borgere med erhvervet hjerneskode, mens andre kommuner trækker på relevante fagkompetencer i organisationen efter behov og derigennem sammensætter individuelt tilrettelagte rehabiliteringsforløb. Der opbygges erfaringer med opgavevaretagelsen og de erfaringer vil til sammen med anbefalinger fra MTV rapporten og Forløbsprogrammerne kunne lægges til grund for den videre udvikling af indsatsen i forhold til borgere med erhvervet hjerneskode både lokalt og i samspillet med de højt specialiserede tilbud med geografisk regional forsyning.

Det er afgørende, både for de lokalt og centralt forankrede rehabiliteringsforløb, at de færdigheder og funktioner, den enkelte genvinder, kan anvendes i det hverdagsliv, der venter efter rehabiliteringsindsatsen. Arbejdsgruppens vurderer, at der arbejdes tværfagligt og på tværs af sektorer/områder internt i kommunerne omkring koordinering og tilrettelæggelse af målrettede rehabiliteringsindsatser. Samtidig vurderes det, at flere kommuner med øget fokus på hjerneskadecoordinering og fastlæggelse af lokale serviceniveauer er blevet mere klare på en definition af målgruppen til regionale rehabiliteringstilbud på specialiseret niveau.

Arbejdsgruppen vurderer, at det er afgørende at der oparbejdes og udveksles erfaringer på tværs af kommunerne i forhold til, hvad der er med til at sikre effektiv hjerneskadecoordinering. Ligesom det vil være interessant over tid at lave systematiske undersøgelser af, hvilke effekter der er for den enkelte borgers rehabilitering og for ressourceanvendelsen i kommunen, når den koordinerede indsats gennem en hjerneskadecoordinatorfunktion prioriteres.

4.2 Fortsatte udviklingspunkter i den lokale indsats

Koordinering og sammenhæng har en afgørende betydning for den enkelte borgers muligheder for at komme sig efter en erhvervet hjerneskade. Derfor har koordinering ved overgange mellem de regionale og kommunale tilbud været et centralt element i arbejdsgruppens drøftelser.

Arbejdsgruppen er opmærksom på de barrierer der er i forhold til koordinering ved overgange fra de regionale sundhedstilbud til den kommunale opgaveløsning, samt internt i kommunerne mellem sektorområder, herunder arbejdsmarkedsområdet og socialområdet.

4.2.1 Gruppen af borgere med lette skader

I forhold til borgerne med lette skader og ikke synlige følger virkninger ligger udfordringen i at identificere borgernes behov for rehabilitering. De kognitive følger virkninger er i mange tilfælde mere eller mindre skjulte, men kan over tid få konsekvenser for den enkelte borgers hverdagsliv og evnen til eksempelvis at mestre arbejdsliv, familieliv mv. Ligeledes kan der for denne gruppe være store omkostninger for de pårørende, der kan resultere i stressrelaterede sygdomme mv. Dermed kan der være afledte omkostninger forbundet med ikke at identificere og sætte ind med en rehabiliteringsindsats til denne målgruppe.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en lokal opkvalificering af nøglemedarbejdere med viden om skjulte følger virkninger vil styrke kompetencerne i kommunerne til at spotte denne mindre synlige gruppe af borgere. Et centralt element i flere af kommunernes puljeansøgninger er netop opkvalificering af nøgle medarbejdere, herunder nøglemedarbejdere i Jobcentre og andre afdelinger, som ikke har borgere med erhvervet hjerneskade som primær målgruppe. Det er en del af udspillet til et Nordjysk uddannelsesprogram, som anbefales at blive forankret under Rammeaftalen (Social) og Den Administrative Styregruppe.

4.2.2 Generel koordinering og overgange i rehabiliteringsindsatsen

Videre vurderer arbejdsgruppen, at der er behov for at arbejde struktureret med deling af viden mellem faser og sektorer i rehabiliteringsforløbene. Blandt andet efterlyses faste procedurer og fælles redskaber ved overlevering fra den somatiske behandling på Sygehusene og rehabiliteringsindsatsen i fase 2.

Der er under Sundhedsaftalerne nedsat en arbejdsgruppe med repræsentation fra Sundhedsområdet og Socialområdet. Arbejdsgruppen skal analysere mulighederne for at lave en Specifik aftale på sundhedsområdet vedrørende målgruppen borgere med erhvervet hjerneskade.

Videre vil der i forbindelse med udmøntningen af puljen til en styrket indsats til borgere med erhvervet hjerneskade i nogle kommuner blive arbejdet med at udvikle og afprøve fælles redskaber og procedurer for overlevering og vidensdeling mellem Brønderslev NeurorehabiliteringsCenter og primærsektoren. Arbejdet med fælles fokus i rehabiliteringsplaner vil efterfølgende kunne anvendes som erfaringsgrundlag for samarbejdet mellem primærsektoren og de øvrige sygehuse i Nordjylland.

4.3 Efterspørgslen efter rehabiliteringstilbud med regional forsyning (fase 3)

Arbejdsgruppen vurderer, at der også fremadrettet vil være behov for tilbud med geografisk regional forsyning i Nordjylland. Det drejer sig om de tilbud på avanceret og specialistaniveau, der forudsætter en volumen og forudsigelighed i efterspørgslen for at kunne opretholde en faglig specialisering. Målet er, også fremadrettet, at kunne sikre alle kommuner lige adgang til at kunne tilbyde borgere med erhvervet hjerneskade graduerede, tværfaglige og tværsektorielle rehabiliteringsforløb i fase 3.

Samtidig er der en dagsorden i kommunerne, der handler om at holde udgiftsniveauet på det specialiserede socialområde generelt set og sikre styrbarheden i udviklingen. Dermed er der et behov for at sikre den mest ressourceeffektive opgaveløsning.

Det er afgørende, at der kan foretages en kobling mellem det lokale og de højt specialiserede kompetencer med geografisk regional forsyning. Dette er for at sikre det faglige niveau af rehabiliteringsforløbene og for at sikre løsninger indenfor de lokale serviceniveauer.

Fase 3 tilbuddene i Nordjylland på avanceret og specialist niveau omfatter historisk set Hjerneskadecentret på Taleinstituttet (og Afasiforløbene på Taleinstituttet.) Døgnrehabiliteringstilbuddene på Strandgården og Østerskoven betragtes ligeledes som fase 3 rehabiliteringstilbud på avanceret og specialist niveau. Tilbuddene er målrettet borgere med erhvervet hjerneskade med en moderat til svær kompleksitet.

4.3.1 Hjerneskadecentret på Taleinstituttet

Hjerneskadecentret og Taleinstituttet supplerer i nogen udstrækning den lokale rehabiliteringsindsats med målrettede og individuelt tilrettelagte forløb der varierer i omfang og intensitet. Ydelserne på Taleinstituttet har indtil 2012 været omfattet en finansieringsmodel, der delvist understøttede en relativt stabil efterspørgsel efter ydelser fra Hjerneskadecentret, hvilket har medvirket til at sikre mulighederne for specialisering og givet forsyningsikkerhed for kommunerne⁹.

Fra 2012 er ydelserne fuldt takstfinansierede og flere kommuner ønsker at hjemtage hele, eller dele af de ydelser, der tidligere blev leveret af Taleinstituttet og Hjerneskadecentret. På den baggrund er der i regi af Speciaalsektoren i Region Nordjylland igangsat en analyse, hvor en arbejdsgruppe under Rammeaftalen på specialundervisningsområdet har analyseret grundlaget for Taleinstituttets og Hjerneskadecentrets forsatte

⁹ Finansieringsmodellen der blev anvendt fra 2008 og frem var en kombination af flere betalingsmodeller:

- Trækningsret anvendes i forbindelse med anonym henvendelse, åben rådgivning/ vejledning, hjælpemiddeludstillinger og lignende
 - Takstfinansiering anvendes ved en række veldefinerede ydelsespakker.
 - En kombinationsmodel med 50% takst og 50% abonnementsordning anvendes ved særligt sårbare højt specialiserede ydelser
- Den frie henvendelsesret omfatter ydelser efter alle 3 betalingsmodeller. I forbindelse med ydelser med takstfinansiering, eller kombinationsmodellen omfatter den frie henvendelsesret indledende udredning, rådgivning og evt. kortvarig aktivitet på i alt op til 6 timer.

Den frie henvendelsesret var gældende for de kommuner, der havde tilmeldt sig den pågældende ydelsespakke. Tilsvarende kunne kommunerne ikke bestille ydelser med trækningsret og abonnement, hvis kommunen ikke havde tilmeldt sig ydelsen.

Ved trækningsret og abonnementsordning opkræves de tilmeldte kommuner kvartalsvist en andel af de samlede udgifter til de pågældende ydelser, svarende til deres befolkningsandel. Ydelserne med takst afregnes blev afregnet månedsvist.

drift. Indeværende rapport forholder sig derfor ikke konkret til den del af forsyningsproblematikken, der er omfattet den arbejdsgruppe.

Siden 2007 har antallet af borgere i forløb på Hjerneskadecentret, ud fra datamaterialet, været relativt konstant. De gruppebaserede intensive forløb har til og med 2009/10 været tilrettelagt som to årlige gruppeforløb. Fra 2011 er der planlagt fire årlige gruppeforløb for at imødekomme ønsker fra kommunerne. Det betyder, at ventetiden til at indgå i et gruppeforløb er reduceret, men samtidig er der færre borgere i hvert forløb.

Rehabiliteringsydelser på Hjerneskadecentret, Taleinstituttet (antal forløb)

Tilbud	2007	2008	2009	2010	2011 (-1.11)
Intensive gruppebaserede forløb	16	17	16	14	16
Individuelle ydelser		74 (2. halv-år)	139	167	132
Medarbejdernormering (fuldtidsnormeringer på årsbasis)			10,85	11,20	11.32

4.3.2 De døgnbaserede rehabiliteringstilbud

Udbuddet af pladser på de døgnbaserede rehabiliteringstilbud er siden 2008 blevet reduceret. Nordjysk Center for Erhvervet Hjerneskeade blev i 2011 taget ud af drift, på baggrund af vigende efterspørgsel. Kommunernes forbrug af pladser er i perioden reduceret fra et forbrug på 23 helårspladser i 2008 til et forbrug på forventet 16 pladser i 2011¹⁰.

De midlertidige trænings- og rehabiliteringstilbud (fase 3)

Tilbud	Lovgrundlag	Driftherre	2008		2009		2010		2011	2012
			Pladser	Belægning	Pladser	Belægning	Pladser	Belægning	Pladser	Pladser
<i>Felter med skygge indikerer at tilbuddet er omfattet af Styringsaftalen i Rammeaftalen 2012</i>										
Strandgaarden	§ 107	Region Nordjylland	10	94	10	82	10	96	10	10
Nordjysk Center for Erhvervet hjerneskeade (Sindal)*	§ 107	Region Nordjylland	8	94	8	91	8	88	8 (2,79)	0
Behandlingscenter Østerskoven	§ 107	Region Nordjylland	6	109	6	93	6	93	6	6
Senhjerneskeadecenter Nord	ABL+SEL § 85	Frederikshavn	-	-	-	-	-	-	-	2
Totaler			24		24		24		24	18

* Tilbuddet faset ud i løbet af 2011, stop for indtag sommer 2011

Fra 2012 har Frederikshavn Kommune oprettet to fase 3 pladser, indholdet i fase 3 tilbuddet er primo 2012 ikke endeligt fastlagt. I Aalborg Kommune oprettes fra 2012 et behandlingstilbud til borgere med erhvervet hjerneskeade efter SEL § 102 målrettet rehabilitering til borgere med moderat til svær hjerneskeade i borgegens eget hjem, ligeledes et fase 3 tilbud. Med oprettelsen af tilbuddet forventer Aalborg Kommune, at behovet for pladser på Regionens fase 3 tilbud nedjusteres fra 3-6 pladser om året til 2-5 pladser.

¹⁰ I tallet indgår salg til kommuner udenfor regionen Nordjylland, hvor forbruget af pladser er faldet fra 4 pladser i 2008 til 2,4 pladser i 2011.

4.4 Fremadrettet efterspørgsel til fase 3 tilbud med geografisk regional forsyning

Som nævnt er der i arbejdsgruppen enighed om, at der også fremadrettet vil være behov for tilbud med regional forsyningsforpligtelse på avanceret og specialistniveau i fase 3 tilbuddene. Det er særligt den neuropsykologiske faglighed og neurofaglig viden på specialistniveau der efterspørges fra rehabiliteringstilbudene med regional forsyning. De kompetencer er til stede i Taleinstituttets Hjerneskadecenter og ved de regionale døgnbaserede fase 3 rehabiliteringstilbud. Det er en faglighed, der vanskeligt kan oparbejdes i de enkelte kommuner, fordi det kræver en større volumen af borgere end de enkelte kommuner kan levere.

4.4.1 Fleksible graduerede rehabiliteringstilbud i fase 3

Med henvisning til betragtninger omkring oprustning i den lokale indsats og, i nogle kommuner, ønsket om i højere grad at kunne tilbyde rehabiliteringsindsatsen i fase 3 lokalt i samspil med de lokale kompetencer og tilbud, er det arbejdsgruppens vurdering, at kommunerne fremadrettet vil efterspørge mere fleksibilitet i de ydelser der købes fra de højt specialiserede tilbud i fase 3.

En højere grad af fleksibilitet i ydelsesstrukturerne vil formentlig kunne medvirke til at fastholde efterspørgslen og dermed sikre grundlaget for fortsat rationel drift af de højt specialiserede tilbud. Dertil kommer at øget samspil og vidensdeling mellem regionale og kommunale tilbud vil komme borgeren til gode i form af mere integrerede koordinerede forløb, hvor overgange i samme grad udgør en udfordring for et rehabiliteringsforløb. Fælles sprog og vidensdeling er en del af de pejlemærker, som arbejdsgruppen foreslår i visionen for området.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at de graduerede rehabiliteringsforløb i fase 3 kan understøtte en forstærket og borger-rettet vidensdeling mellem de regionale fase 3 tilbud og rehabiliteringsindsatsen lokalt i kommunerne. Det antages, at et tilbud om rehabilitering så tæt på borgerens levede liv som muligt, med inddragelse af alle relevante faglige kompetencer, uanset organisering, kan give bedre forudsætninger for en samlet optimeret udnyttelse af de faglige ressourcer - til gavn for borgeren.

Følgende elementer kan medvirke til øget fleksibilitet i tilbudene:

- Rehabiliteringsydelserne indrettes så kommunerne i højere grad kan tilkøbe graduerede ydelser, eller delydelser, fremfor hele ydelsespakker eller forløb. Den lokale rehabiliteringsindsats kan suppleres med medvirken fra de specialiserede tilbud med geografisk regional forsyning
- De muligheder der allerede eksisterer for at tilkøbe ydelser fra døgnrehabiliteringstilbuddene efter endt ophold synliggøres og tilpasses den lokale efterspørgsel. Ydelserne skal supplere den lokale indsats efter ophold på døgnrehabiliteringstilbud, eller tilrettelægges som alternativ til døgnophold i borgerens hjem i de tilfælde hvor det er nødvendigt.

Der er erfaringer med at opkvalificere den lokale rehabiliteringsindsats i samarbejde med de højt specialiserede fase 3 tilbud. Det har eksempelvis foregået ved at medarbejdere fra en kommunes støttetilbud i fase 4 var med til behandlingen af en borger på Østerskoven. Videre har Hjerneskadecentret erfaring med at supervisere de støttepersoner, der i kommunerne arbejder videre med borgeren efter endt forløb.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at mulighederne for tilkøb af graduerede ydelser i højere grad skal konkretiseres og systematiseres. Det er afgørende, at der i nogen udstrækning er en fast praksis for borgerrettet overlevering af viden mellem tilbud. Endvidere er vidensdeling ved overgange alene en del af den fleksibilitet, der efter arbejdsgruppens vurdering er det der efterspørges.

I MTV rapporten henvises til, at der med fordel kan arbejdes for at opbygge: *"...fleksible modeller som kan sikre tværsektorielt og interkommunalt hurtig, fornyet, specialiseret, lægefaglig, neuropædagogisk, logopædisk og ergo- eller fysioterapeutisk vurdering af personer med erhvervet hjerneskades rehabiliteringsbehov."* (Sundhedsstyrelsen 2011: 26) og videre: *"At der etableres strukturer, som kan bidrage til, at der findes, udvikles og vedligeholdes specialiseret neurofaglig viden på alle faglige niveauer organisatorisk og kompetencemæssigt i rehabiliteringsforløbet"* (Sundhedsstyrelsen 2011: 27)

I forbindelse med puljen til en styrket indsats på området for erhvervet hjerneskade er der i flere kommuner indgået aftaler med Region Nordjylland om fast inddragelse af de regionale kompetencer i forhold til udredning og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb i kommunerne. De erfaringer vil forventeligt give et grundlag for det videre samarbejde efter endt projektperiode i 2014.

Der synes således at være to typer af ydelser, der efterspørges fra de højt specialiserede rehabiliteringstilbud i fase 3. På den ene side er der de borgerrettede ydelser, hvor det er arbejdsgruppens vurdering, at der fra kommunernes side efterspørges øget fleksibilitet og tættere samspil med den lokale indsats. På den anden side efterspørges konsulentytelser til fagmedarbejdere i kommunerne. En væsentlig forudsætning for at kunne levere kvalificerede konsulentytelser vil alt andet lige være, at de medarbejdere, der skal levere konsulentytelserne, har daglig erfaring fra praksis i de borgerrettede ydelser.

5 Botilbuddene (fase 4)

Borgerne med svære skader og høj kompleksitet vil i hovedreglen efter udskrivelse blive visiteret til et varigt specialiseret botilbud. På Botilbuddene rådes over specialiserede kompetencer i forhold til målgruppen og dermed varetages koordinering og overgange herfra.

Antallet af pladser på botilbudsområdet har de sidste år været relativt stabilt. Region Nordjyllands botilbud Asylgade lukkede i 2010 og fra 2012 sætter Frederikshavn kommune et nyt botilbud i drift med 20 pladser, ligesom der i Jammerbugt planlægges et botilbud i Brovst med 6 pladser. Dermed vil der fra 2012 være en tilvækst i antallet af botilbudspladser.

5.1.1.1 Botilbud (Fase 4)

Tilbud	Lovgrundlag	Driftherre	2008		2009		2010		2011	2012
			Pladser	Belægning	Pladser	Belægning	Pladser	Belægning	Pladser	Pladser
Felter med skygge indikerer at tilbuddet er omfattet af Styringsaftalen i Rammeaftalen 2012										
Attruphøj 15 A	ABL+SEL § 85	Aalborg	10	63	10	87	10	98	10	10
Attruphøj 15 B	ABL+SEL § 85	Aalborg	7	24	7	88	7	97	7	7
Attruphøj 15 C	ABL+SEL § 85	Aalborg	11	79	11	101	11	98	11	11
Syrenbakken stuen	ABL+SEL § 85	Aalborg	24	92	24	100	24	98	24	24
Syrenbakken 1. sal	ABL+SEL § 85	Aalborg	24	96	24	96	24	100	24	24
Gl. Kongevej	ABL+SEL § 85	Aalborg	10	100	10	100	10	100	10	10
Firkløveret	ABL+SEL § 85	Aalborg	6	100	6	100	6	100	6	6
Særforanstaltninger Nibe (pladser efter behov)	ABL+SEL § 85	Aalborg	2	100	5	100	7	100	9	8
Bofællesskabet Østre Boulevard	ABL+SEL § 85	Vesthimmerland	10	100	10	100	10	90	10	10
Botilbud, Senhjerneskeafdelingen Vestergården	§ 108	Thisted	-	-	-	-	4	100	4	4
Botilbudet Asylgade	§ 108	Region Nordjylland	8		8		8		-	-
Botilbudet buen (individuel støtte)	ABL+SEL § 85	Hjørring	5	100	5	100	5	100	5	5
Senhjerneskecenter Nord (botilbud)	ABL+SEL § 85	Frederikshavn	-	-	-	-	-	-	-	20
Nyt botilbud i Brovst	ABL+SEL § 85	Jammerbugt	-	-	-	-	-	-	-	6
Total			117		120		126		120	145

Aalborg Kommune har i hele perioden haft et målrettet tilbud om støtte i borgerens eget hjem - Udviklings-teamet, efter Servicelovens § 85. Tilbuddet er rettet mod voksne med moderat til svær hjerneskade i eget hjem.

På samme vis som for rehabiliteringsydelse i fase 3 har kommunernes kapacitet og efterspørgsel efter botilbud siden 2007 været under forandring. Fra 2012 vil der være en vækst i udbud af botilbudspladser fra 126 i 2010 til forventede 137 i 2012.

Arbejdsgruppen vurderer, at der alt andet lige også er behov for, at der i regi af Rammeaftalen (Social) tages stilling til, hvilke botilbud på avanceret og specialistniveau der ønskes forsyningssikkerhed for i Nordjylland.

6 Regional forsyningsikkerhed fremadrettet i Nordjylland?

Samlet set er efterspørgslen efter de mest specialiserede rehabiliteringstilbud med regional forsyning reduceret siden strukturreformen. Kommunerne har styrket kompetencerne lokalt i forhold til hjerneskaderehabilitering og de lokale tilbud udviklet til en bredere målgruppe end tidligere.

Der er opbygget et nyt grundlag for drift af lokale tilbud til målgruppen og det giver nye forudsætninger for at udvikle tilbudsviften lokalt i kommunerne i samspil med kommunens øvrige tilbud. Det betyder på den ene side at niveauet for rehabiliteringsindsatsen lokalt i kommunerne på det generelle plan er hævet.

Men samtidig er det arbejdsgruppens vurdering, at der også fremadrettet vil være tilbud der ikke kan løftes lokalt. Dels fordi mulighederne ikke er ens i alle kommuner i forhold til opbyggelse af viden og beredskab til målgruppen. Dels fordi nogle typer af tilbud forudsætter en vis volumen og kontinuitet i efterspørgslen for at kunne opbygge og fastholde en faglighed på avanceret eller specialist niveau.

Arbejdsgruppen vurderer, at det er afgørende at sikre, at alle kommuner også fremadrettet har adgang til graduerede tilbud til målgruppen, herunder også botilbud i fase 4. Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at der i forlængelse af arbejdsgruppens analyse, i den geografiske region Nordjylland foretages en udvælgelse af, hvilke tilbud der fremadrettet ønskes regional forsyning på. Og, at der iværksættes tiltag, der kan medvirke til at sikre grundlaget for den fortsatte drift af de tilbud.

Arbejdsgruppen har peget på øget fleksibilitet i de højt specialiserede tilbud i fase 3, som noget af det der kan medvirke til at tilpasse tilbuddene den nye kommunale virkelighed. Øget fleksibilitet i ydelserne vurderes videre at kunne bidrage til at fastholde efterspørgslen efter ydelserne fremadrettet og således medvirke til at sikre grundlaget for tilbud med geografisk regional forsyning.

Arbejdsgruppen har drøftet, hvordan udbuddet af tilbud kan sikres fremadrettet og det synes nødvendigt at supplere ønsket om øget fleksibilitet i ydelser og forsyningsikkerhed mere bredt, med finansierings- eller aftalemodeller, der kompenserer udfører - kommuner eller region - for den usikkerhed i efterspørgslen, der er forbundet med den rene takstfinansieringsmodel. Der er med andre ord behov for at sikre kontinuitet og forudsigelighed i efterspørgslen til de tilbud man i fællesskab ønsker forsyningsikkerhed for.

Arbejdsgruppen er opmærksom på, at der under Rammeaftalen 2013 vil blive arbejdet med modeller for strategisk samarbejde i Nordjylland. Arbejdsgruppen anbefaler, at området for erhvervet hjerneskade medtages i det arbejde og at indeværende analyse anvendes som afsæt for en analyse af mulige finansierings- eller aftaleformer der kan understøtte forsyningsikkerheden i den geografiske region Nordjylland.