

Bilag til
DAS

8. januar

2014

Punkt 3 (Forstærket samarbejde – udvælgelse af tilbud)

- Bilag 1: Ansøgningerne fra driftsherrer af de tilbud, der indstilles til at blive omfattet af det forstærkede samarbejde
- Bilag 2: Oversigt over de kriterier, som ekspertpanelet har skullet vurdere de indstillede tilbud efter

Punkt 5 (Indmeldinger til udviklingsstrategi 2015)

- Bilag 1: Oversigt over kommunernes indmeldinger
(NB: Bilaget indgår ikke i bilagspakken, er fremsendt som selvstændig fil)

Punkt 8 (Sikrede institutioner – fælles tekst)

- Bilag 1: Fælles tekst vedr. de sikrede institutioner til Udviklingsstrategi 2015

Punkt 10 (Socialtilsyn Nord)

- Bilag 1: Kommissorium for følgegruppe vedr. det gode samarbejde

Punkt 12 (Statsrevisorernes beretning)

- Bilag 1: Statsrevisorernes beretning nummer 4/2013

Punkt 13 (audit i Region Midt af hjerneskadeområdet)

- Bilag 1: Rapporten "Tværkommunal undersøgelse af kommunernes specialiserede rehabiliterings-indsats over for voksne borgere med erhvervet hjerneskade"



Driftsherres beskrivelse af de tilbud der indstilles til det forstærkede samarbejde

Indhold:

INDSTILLINGSSKEMA: Specialbørnehjemmet Kvisten.....	2
INDSTILLINGSSKEMA: Specialbørnehaven Birken.....	5
INDSTILLINGSSKEMA: Enterne	8
INDSTILLINGSSKEMA: Kridtsløjfen	10
INDSTILLINGSSKEMA: Behandlingscentret Østerskoven (medfødt hjerneskade)	14
INDSTILLINGSSKEMA: Behandlingscentret Østerskoven (erhvervet hjerneskade)	18
INDSTILLINGSSKEMA: Rehabiliteringscenter Strandgården	23
INDSTILLINGSSKEMA: Det tidl. Taleinstitut (Hjerneskadecenter Nordjylland)	28
INDSTILLINGSSKEMA: Det tidl. Taleinstitut (Talepædagogisk undervisning til borgere med ALS) ...	33
INDSTILLINGSSKEMA: Det tidl. Taleinstitut (Tale-sprogområdet / Børn)	36
INDSTILLINGSSKEMA: Det tidl. Taleinstitut (Tale-sprogområdet / Voksne)	39
INDSTILLINGSSKEMA: Institut for Syn og Hørelse	44

INDSTILLINGSSKEMA: Specialbørnehjemmet Kvisten

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET:

Region Nordjylland

Navn på tilbud:	Specialbørnehjemmene
Evt. navn på afdeling/ydelse:	Afdeling Kvisten
Lovgrundlag:	Lov om social service § 67, stk. 2.
Målgruppe:	Multihandicappede børn og unge i alderen 0-18 år med særligt behov for sygepleje.
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	<p>Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt.</p> <p>Ifølge Socialstyrelsen foreligger der ikke faktiske tal for, hvor mange børn med handicap der fødes årligt i Danmark.</p> <p>På Kvisten blev der i år 2010 og 2011 indskrevet 3 nye børn. Der har ikke været nyhenvisninger de seneste to år.</p> <p>Afdelingen har i alt 6 pladser.</p>
Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)	<p>Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen</p> <p>Foruden komplekse og multiple funktionsnedsættelser, har børnene svære somatiske lidelser, der kræver vedvarende sygepleje.</p> <p>Børnene har alle særlige komplekse og sjældne diagnoser og syndromer, herunder eksempelvis blepharophimosis-mental retardation syndrom, sandifers syndrom og Marden Walker syndrom.</p> <p>Målgruppen omfatter desuden børn med behov for terminal pleje, hvor anden behandling må opgives på grund af dårlig og uhelbredelig almentilstand. Her får barnets velvære højeste prioritet og der er særlig fokus på omsorg, lindring, pleje og en tæt kontakt til familien.</p>
Kriterium A.3: (Nationalt fokusområde)	<p>Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er udmeldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen:</p>

	<input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn <input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov <input type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov <input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade
<p><i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i></p>	
<p>Kriterium B.1 (Specialisering)</p>	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over.</p> <p>Der er en tværfaglig medarbejdergruppe, som omfatter fysioterapeuter, pædagoger, sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter. Udover specialviden om de massive somatiske lidelser, har de enkelte medarbejdere specialpædagogisk viden om sansestimulation, neuropædagogik, totalkommunikation og kommunikationshjælpermidler.</p> <p>Medarbejderne har en årelang erfaring i forhold til at forebygge luftvejs- og andre infektioner og hermed forhindre sygehusindlæggelser.</p> <p>Tilbuddet har endvidere kompetencer indenfor udarbejdelse af sensory profile der klarlægger, hvordan målgruppen bearbejder sensoriske informationer i forbindelse med daglige aktiviteter. Endvidere arbejdes der med ABR, som er et træningsprogram der fokuserer på udviklingen af muskulatur og centralnervesystemet.</p> <p>Det bemærkes, at der er tale om en gruppe af børn, hvis behov ikke vil kunne imødekommes i de "almindelige" døgntilbud til børn og unge med betydeligt og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsniveau. Børnene har brug for særlige fysiske rammer, der blandt andet giver mulighed for skærmning og ro, da børnene på grund af deres fysiske tilstand har vanskeligt ved at være sammen med andre børn.</p>
<p><i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i></p>	
<p>Kriterium C.1: (Forsyning)</p>	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og videns produktionen på området.</p> <p>Kvisten er det eneste tilbud til denne målgruppe i Nordjylland.</p> <p>Kvisten er derfor afgørende for fortsat at kunne opretholde forsyningsforpligtelsen og sikre, at der er tilbud som kan håndtere den højt specialiserede indsats i den nordjyske region.</p>
<p>Kriterium C.2: (Optageområde)</p>	<p>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen</p> <p>Tilbuddet har udelukkende optageområde i Region Nordjylland.</p>

"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen

(Venligst udfyld her)

INDSTILLINGSSKEMA: Specialbørnehaven Birken

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Aalborg Kommune

Navn på tilbud:	Specialbørnehaven Birken
Evt. navn på afdeling/ydelse:	Specialbørnehaven Birken, Storemosevej 31-33, 9310 Vodskov
Lovgrundlag:	§ 32
Målgruppe:	<p>Specialbørnehaven Birken er et tilbud til børn med Autisme Spektrum Forstyrrelser, ADHD, Tourette og andre nært beslægtede gennemgribende psykiske udviklingsforstyrrelser herunder mutisme og spiseforstyrrelse. Flere børn har dobbeltdiagnoser indenfor områderne.</p> <p>0-7 år</p>
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	<p>Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt:</p> <p>Ud af Birkens samlede børnetal på ca. 30 børn, retter denne beskrivelse sig mod 5-7 pladser</p>
Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)	<p>Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen (de 5-7 pladser):</p> <p>Hoveddiagnosen hos målgruppen er autisme i kombination med en særlig kompleks adfærd - Den komplekse adfærd kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutisme • Spise – og søvnforstyrrelser • Svære psykiske udviklingsforstyrrelser, der udtrykker sig ved svært belastende adfærd (skrig, udadrettet og selvdestruktiv adfærd) <p>Se "forudsætning for drift" sidst i beskrivelsen</p>
Kriterium A.3: (Nationalt fokus-	Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er udmeldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur

område)	<p>under Socialstyrelsen:</p> <p>Autismespektrum / ADHD og tilgrænsende forstyrrelser – se ovenstående</p> <p><input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade</p>
<p><i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i></p>	
<p>Kriterium B.1 (Specialisering)</p>	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over:</p> <p>Medarbejderne i Birken har alle en pædagogisk uddannelse og er specielt uddannet indenfor områderne: Børn med psykiske udviklingsforstyrrelser, Autisme Spektrum Forstyrrelser, andre psykiske udviklingsforstyrrelser hos børn, og efteruddannelse i Neuropædagogik og neuropsykologi. Ligeledes uddannelse i familierådgivning.</p> <p>Forældretræningsprogram i fem moduler. Forældre trænings program:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viden om mit barns vanskeligheder og ressourcer. • Hvordan kan jeg som forældre lære at forstå og hjælpe mit barn. • Praktiske værktøjer bl.a. visualisering i hjemmet. • Træningsforløb sammen med mit barn i børnehaven. • Supervision i forældrerollen. <p>Formål at styrke forældrene og dermed familien til et barn med psykisk udviklingsforstyrrelse.</p> <p>Sorg og krise metoder. Uddannelse i forskellige kommunikationssystemer. Social story. PECS m.m. Endvidere kompetencer indenfor børn med spiseforstyrrelser, og børn med forskellige gen/kromosomfejl som medfører autisme og anden psykisk svær udviklingstilstand. Flere børn har dobbelt-diagnoser.</p> <p>Der stilles som krav, at alle medarbejdere gennemgår TEACCH uddannelsen, som er en anerkendt metode, der bruges i arbejdet med mennesker med autisme. Den pædagogiske viden er på et højt fagligt niveau, og bliver løbende opdateret ved deltagelse i internationale konferencer og kurser indenfor området.</p> <p>Der er tilknyttet fysioterapeut og ergoterapeut. Tale/hørekonsulent er tilknyttet fra Taleinstituttet ved henvisning fra p.g. kommunes P.P.R.).</p>
<p><i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i></p>	
<p>Kriterium C.1: (Forsyning)</p>	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området:</p>

	Specialbørnehaven er den eneste Specialbørnehave § 32 med speciale i børn med Autisme Spektrum Forstyrrelser/ADHD og andre psykiske udviklingsforstyrrelser, i svær grad jfr. ovenstående diagnoser / adfærd
Kriterium C.2: (Optageområde)	<p>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen:</p> <p>Specialbørnehaven modtager børn fra hele regionen, hvilket tilbuddet er baseret på.</p> <p>Der er p.t. optaget børn fra Aalborg Kommune, Hjørring Kommune, Jammerbugt Kommune, Rebild Kommune og Brønderslev Kommune.</p>
<i>"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen</i>	
<p>Vi har erfaret, at barnets indlæringsmuligheder og sociale kompetencer øges med den tidlige, målrettede fagspecialiserede indsats.</p> <p>Forudsætning:</p> <p>Det er vigtigt, at indsatsen over for denne målgruppe ligger i tilknytning til eksisterende tilbud inden for spektret, således at fagligheden inden for specialet bevares / udvikles. Tilbuddet skal dermed have en vis størrelse – ca. 20-25 børn</p>	

INDSTILLINGSSKEMA: Enterne

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Aalborg Kommune

Navn på tilbud:	Enterne
Evt. navn på afdeling/ydelse:	Børn og ungeafdelingen Enterne
Lovgrundlag:	§ 67 og § 107
Målgruppe:	Børn og unge med en autismespektrumforstyrrelse og / eller ADHD, samt udviklingshæmning i varieret grad. Der forekommer problemskabende adfærd i svær grad
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	<p>Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt:</p> <p>I børnedelen (under 18 år) af afdelingen er der op til 8 børn med udviklingshæmning og autisme</p> <p>Denne indstilling retter sig imod: 4-5 børn og unge med en særlig kompleks adfærd, hvor hoveddiagnosen er autisme. Den komplekse adfærd kan være</p> <ul style="list-style-type: none"> • svære spise og søvnforstyrrelser • mutisme eller selektiv mutisme • udadrettet eller selvdestruktiv adfærd <p>Disse børn kan blive boende frem til ca. 25 års alderen</p> <p>En forudsætning for at kunne løse opgaven omkring denne særlige, mindre målgruppe, er et bæredygtigt, fagspecialiseret autismetilbud af en vis størrelse: 18 – 20 børn / unge</p>
Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)	<p>Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen:</p> <p>Udviklingsalder imellem 1 og 6-7 år Autismespektrum og / eller ADHD, suppleret med andre diagnoser så som mutisme, OCD og andet Afledte konsekvenser kan være spise – og søvnforstyrrelser Selvdestruktiv og / eller udadrettet og omkringfarende adfærd</p>
Kriterium A.3:	Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er ud-

(Nationalt fokus-område)	<p>meldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen:</p> <p>Autismespektrum / ADHD og tilgrænsende forstyrrelser – se ovenstående</p> <p><input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade</p>
<p><i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i></p>	
<p>Kriterium B.1 (Specialisering)</p>	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over:</p> <p>Pædagoger og omsorgsmedhjælpere. Alle med centrets grunduddannelse, mange suppleret med TEACCH, flere med efteruddannelse (diplom) inden for gennemgribende udviklingsforstyrrelse og relationspædagogik</p> <p>De fleste medarbejdere har efteruddannelse i neuropædagogik på diplomniveau</p> <p>Der er tale om et højt specialiseret tilbud med lang erfaring og høj grad af viden / erfaring</p>
<p><i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i></p>	
<p>Kriterium C.1: (Forsyning)</p>	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området:</p> <p>Der ligger en meget bred fagspecialiseret viden i afdelingen.</p> <p>Der er høj grad af anvendelse af målrettede fagspecialiserede kognitive redskaber</p>
<p>Kriterium C.2: (Optageområde)</p>	<p>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen:</p> <p>Der er primært optag fra hele Nordjyllandsregionen, dog kan der være børn fra andre steder i landet.</p>
<p><i>"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen</i></p>	
<p>Bred erfaring inden for området Faglig specialiseret tilbud med erfaring i arbejdet med ovenstående diagnoser</p>	

INDSTILLINGSSKEMA: Kridtsløjfen

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Aalborg Kommune, Ældre- og Handicapforvaltningen

Navn på tilbud:	Kridtsløjfen, Botilbuddet Kridtsløjfen og Dagtilbuddet Hviddalen
Evt. navn på afdeling/ydelse:	
Lovgrundlag:	Botilbuddet Kridtsløjfen SL §85 Dagtilbuddet Hviddalen SL §104
Målgruppe:	<p>Døve/tegnsprogsafhængige borgere med funktionsnedsættelser af forskellig karakter. Et fælles kendetegn for målgruppen er brugen af tegnsproget, som den primære kommunikationsform.</p> <p>Målgruppen dækker videre over borgere med et meget varieret funktionsniveau, hvorfor der er tale om en målgruppe med høj kompleksitetsgrad. Tilbuddet retter sig til borgere med let, såvel som betydelig nedsat fysisk- og psykiskfunktionsevne. Eksempelvis borgere med fysisk handicap som spasticitet, gangbesvær, synshandicap, kørestolsbruger, samt borgere med psykiske udviklingsforstyrrelser som ADHD, social emotionelle forstyrrelser, autisme, borderline, erhvervet hjerneskade eller udviklingshæmning mv.</p> <p>Tilbuddene kan ansøges fra det 18. år.</p>
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	<p>Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt:</p> <p>På nuværende tidspunkt er der kendskab til 8 borgere, der enten har bolig i Aalborg eller benytter uddannelses tilbud i Aalborg.</p> <p>Dagtilbuddet Hviddalen oplever aktuel interesse fra borgere i egen bolig, som ønsker dette tilbud.</p> <p>Det vurderes, at der inden for en kortere årrække vil være 5-6 nye brugere.</p> <p>Målgruppen indbefatter primært elever fra STU, Center for døvblindhed og Høretab (CDH), som har særlige behov efter endt uddannelse. Denne målgruppes særlige udfordring er tegnsproget, som ikke kan imødekommes inden for rammerne af tilbud, der retter sig mod andre målgrupper.</p>
Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)	<p>Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen:</p> <p>Botilbuddet Kridtsløjfen er et tilbud til 18 borgere. Dagtilbuddet Hviddalen er normeret til 15 fuldtidspladser. Begge tilbud er tilknyttet borgere med en varieret funktionsnedsættelse, der øger kompleksitetsgraden. Kendetegnet for målgruppen er net-</p>

	op brugen af tegnsprog kombineret med betydelig nedsat fysisk- og psykiskfunktionsevne, hvorfor målgruppen indeholder en flerhed af samtidig og svære funktionsnedsættelser.
Kriterium A.3: (Nationalt fokusområde)	<p>Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er udmeldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen:</p> <p> <input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn <input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov <input checked="" type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov <input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade </p>
<i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i>	
Kriterium B.1 (Specialisering)	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over:</p> <p>Vi er i maj 2013 flyttet ind i en ny bygning, hvor der er taget højde for en række forhold der imødekommer målgruppens særlige behov. I bygningen er der eksempelvis god plads til fysisk handicaps med lofts lifte, hvor der er behov for det. Byggeriet er ligeledes designet til døve/tegnsprogsafhængige mennesker, hvor lige linier, højt til loftet, gode lysindfald, lydisoleret osv. kendetegner bygningens arkitektur. Det pædagogiske/sundhedsfaglige personale har tilegnet sig flere års erfaring igennem arbejdet med døve og døves kultur, tillige har næsten alle ansatte gennemgået en neuropædagogisk efteruddannelse. Selvom at tilegne sig tegnsprog både er komplekst og tager lang tid, besidder personalet inden for tegnsprog/totalkommunikation et meget højt niveau af disse kompetencer. I 2014 påbegyndes endvidere et fælles uddannelsesforløb for personalet under overskriften: "Nedsat funktionsevne, udvikling og inklusion", som er et modul der strækker sig over 2 uger. Vi bestræber os derfor hele tiden på at være udviklende, med konkrete indsatser, hvor der er fokus på at imødekomme målgruppens særlige behov.</p>
<i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i>	
Kriterium C.1: (Forsyning)	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området:</p> <p>Den nuværende rolle for Kridtsløjfen, såvel som Hviddalen, er helt central i forhold til at imødekomme målgruppens særlige behov. Udover Aalborg for Døve, som disse tilbud er organiseret under, findes der kun ét alternativt tilbud i Region Nordjylland. Målgruppen for dette tilbud (Center for Døvblindhed og Høretab) er dog væsentlig anderledes, eftersom det er et landsdelsdækkende helhedstilbud til børn, unge og voksne med medfødt døvblindhed. Vi vurderer at det er nødvendigt at opretholde vores tilbudstype i fremtiden af hen-</p>

	<p>syn til de særlige behov og udfordringer, som målgruppen forventeligt vil forestå. Angiveligt vil borgergruppens funktionsniveau forandre sig i fremtiden, hvor der vil være større fokus på inklusion og integration i det "hørende" samfund. Der vil eksempelvis være flere borgere der får indopereret CI (Cochlear Implant), hvilket fordrer særlige udfordringer, som bedst kan imødekommes med personalets specialiserede viden og erfaring. Af det hensyn er det muligt at tilrette vores undervisning til TSK (TegnStøttetKommunikation), undervisning om høresansen, viden om døves kultur. Vi er allerede nu godt i gang med at afprøve teknologiske muligheder for at styrke og støtte kommunikation for, og mellem borgere, f.eks. ved en stor grad af brug af Ipads og Skype. Vi er ligeledes forandringsparate til at modtage en yngre borgergruppe med forventeligt større fysisk- og psykisk funktionsnedsættelse. Endelig er byggeriet fremtidssikret i forhold til at imødekomme udfordringerne ved hjælp af funktionelle løsninger, som loftslifte i alle lejligheder og tilstrækkelig venderadius for kørestolsbrugere i alle badeværelser.</p>																																																																		
<p>Kriterium C.2: (Optageområde)</p>	<p>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen:</p> <p>Optagelsesområdet er pt. primært Nord- og Midtjylland. På nuværende tidspunkt sælges 72,2% af pladserne på Botilbuddet Kridtsløjfen og 76,2% af pladserne i Dagtilbuddet Hviddalen til andre kommuner – se nedenstående oversigt.</p> <p>Botilbud Kridtsløjfen</p> <table border="1" data-bbox="421 1048 1046 1536"> <thead> <tr> <th>Antal borgere</th> <th>Betalingskommune</th> <th>Region</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>Horsens</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Ikast-Brande</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>3</td><td>Silkeborg</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Skanderborg</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Skive</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Viborg</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Aarhus</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Frederikshavn</td><td>Nordjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Morsø</td><td>Nordjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Thisted</td><td>Nordjylland</td></tr> <tr><td>5</td><td>Aalborg</td><td>Nordjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Esbjerg</td><td>Syddanmark</td></tr> </tbody> </table> <p>Dagtilbud Hviddal</p> <table border="1" data-bbox="421 1641 1046 1980"> <thead> <tr> <th>Antal borgere</th> <th>Betalingskommune</th> <th>Region</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>Ikast Brande</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>2</td><td>Silkeborg</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Skanderborg</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Skive</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>2</td><td>Viborg</td><td>Midtjylland</td></tr> <tr><td>2</td><td>Brønderselv</td><td>Nordjylland</td></tr> <tr><td>2</td><td>Frederikshavn</td><td>Nordjylland</td></tr> <tr><td>1</td><td>Morsø</td><td>Nordjylland</td></tr> </tbody> </table>	Antal borgere	Betalingskommune	Region	1	Horsens	Midtjylland	1	Ikast-Brande	Midtjylland	3	Silkeborg	Midtjylland	1	Skanderborg	Midtjylland	1	Skive	Midtjylland	1	Viborg	Midtjylland	1	Aarhus	Midtjylland	1	Frederikshavn	Nordjylland	1	Morsø	Nordjylland	1	Thisted	Nordjylland	5	Aalborg	Nordjylland	1	Esbjerg	Syddanmark	Antal borgere	Betalingskommune	Region	1	Ikast Brande	Midtjylland	2	Silkeborg	Midtjylland	1	Skanderborg	Midtjylland	1	Skive	Midtjylland	2	Viborg	Midtjylland	2	Brønderselv	Nordjylland	2	Frederikshavn	Nordjylland	1	Morsø	Nordjylland
Antal borgere	Betalingskommune	Region																																																																	
1	Horsens	Midtjylland																																																																	
1	Ikast-Brande	Midtjylland																																																																	
3	Silkeborg	Midtjylland																																																																	
1	Skanderborg	Midtjylland																																																																	
1	Skive	Midtjylland																																																																	
1	Viborg	Midtjylland																																																																	
1	Aarhus	Midtjylland																																																																	
1	Frederikshavn	Nordjylland																																																																	
1	Morsø	Nordjylland																																																																	
1	Thisted	Nordjylland																																																																	
5	Aalborg	Nordjylland																																																																	
1	Esbjerg	Syddanmark																																																																	
Antal borgere	Betalingskommune	Region																																																																	
1	Ikast Brande	Midtjylland																																																																	
2	Silkeborg	Midtjylland																																																																	
1	Skanderborg	Midtjylland																																																																	
1	Skive	Midtjylland																																																																	
2	Viborg	Midtjylland																																																																	
2	Brønderselv	Nordjylland																																																																	
2	Frederikshavn	Nordjylland																																																																	
1	Morsø	Nordjylland																																																																	

	2	Rebild	Nordjylland	
	5	Aalborg	Nordjylland	
	1	Billund	Syddanmark	
	1	Esbjerg	Syddanmark	

"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen

(Venligst udfyld her)

INDSTILLINGSSKEMA: Behandlingscentret Østerskoven (medfødt hjerneskade)

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Region Nordjylland.

Navn på tilbud:	Behandlingscentret Østerskoven.
Evt. navn på afdeling/ydelse:	Intensiv døgnbaseret neurorehabilitering til mennesker med <i>medfødt</i> hjerneskade.
Lovgrundlag:	Lov om social service §§ 107 og 67, stk. 2.
Målgruppe:	Målgruppen omfatter unge og voksne mennesker med moderat, svær til meget svær medfødt hjerneskade (med særligt fokus på unge).
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	<p>Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt:</p> <p>Der er i Danmark ca. 10.000 mennesker med medfødt hjerneskade med diagnosen cerebral parese (spastisk lammelse).</p> <p>Det skønnes, at mellem 3.000 og 3.500 er under 18 år.</p> <p>De nyeste tal fra CP-registret viser, at forekomsten af cerebral parese er 2,0 promille af en årgang. Det betyder, at cirka 180 børn hvert år får diagnosen cerebral parese i Danmark.</p> <p>Tal for Nordjylland I den nordjyske region bor der ca. 581.000 borgere, hvilket svarer til 10,4 % af den samlede befolkning.</p> <p>Det betyder at der i Region Nordjylland fødes ca. 18 børn om året med cerebral parese. Halvdelen af denne gruppe ansås at have behov for højt specialiseret døgnbaseret rehabiliteringstilbud.</p> <p><small>Kilde: Cerebral Parese Registret under Statens Institut for Folkesundhed</small></p>
Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)	Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen:

	<p>Målgruppen omfatter mennesker med moderat til svær medfødt hjerneskade (cerebral parese) med multiple funktionsnedsættelser og sammenlignelige diagnoser.</p> <p>Hjerneskaden medfører en motorisk funktionsnedsættelse og kan også medføre indlæringsvanskeligheder, epilepsi, talevanskeligheder og synsproblemer.</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven optager også mennesker med meget svære medfødte hjerneskader, hvor formålet ikke er egentlig rehabilitering, men i stedet udredning af kommunikative, kognitive og fysiske begrænsninger og ressourcer.</p>
<p>Kriterium A.3: (Nationalt fokusområde)</p>	<p>Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er udmeldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen:</p> <p><input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade</p>
<p><i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i></p>	
<p>Kriterium B.1 (Specialisering)</p>	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven tilbyder multidisciplinær og tværfaglig intensiv døgnbaseret neurorehabilitering i form af udredning, behandling og genoptræning. Den overordnede ramme for indsatsen er ICF, og rehabiliteringen er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk.</p> <p>Indsatsen er evidensbaseret og tilrettelægges og gennemføres på grundlag af viden om hvilke metoder, der har den største effekt i forhold til den konkrete problemstilling hos den enkelte med erhvervet hjerneskade. Der arbejdes med udgangspunkt i den nyeste neuropædagogiske og neuropsykologiske forskning, og der tages udgangspunkt i den aktuelle brugers specifikke hjerneskade og personlighed.</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven henvender sig primært til den yngre målgruppe og har derfor et aktivt ungemiljø.</p> <p>Der er fokus på udvikling af personlige kompetencer som identitetsdannelse og selvværd, selvindsigt, frigørelse fra forældre, at gå fra puberteten til voksenlivet, kærlighed og seksualitet og følelsesmæssig mestring. Indsatsen er også centreret omkring udvikling af sociale kompetencer og kommunikation samt det at arbejde med udfordringerne i livet som voksen handicappet. Det er muligt at kombinere opholdet med STU (særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse). Det er herudover mulighed for at afprøve livet i egen bolig i tilbuddets træningslejlighed så omfang og type af fremtidig støtte kan afdækkes samtidig med, at der trænes i forhold til en eventuel BPA-</p>

	<p>ordning (Borgerstyret Personlig Assistance), herunder rollen som arbejdsgiver og arbejdsleder.</p> <p>Det sociale samvær prioriteres, og der er et aktivt "borgerråd" som blandt andet arrangerer fælles foredrag, film-, TV- og musikaftener, cafebesøg og byture. Der lægges vægt på, at tage emner op som omhandler politik og samfund.</p> <p>Medarbejderne har de nødvendige kompetencer og kvalifikationer til at tilrettelægge og gennemføre et specialiseret rehabiliteringsforløb, som ofte strækker sig over en lang periode. Tilsvarende har medarbejderne en årelang erfaring og rutine til at sikre en effektiv opgaveløsning og en indsats af høj faglig kvalitet.</p> <p>Det multidisciplinære og tværfaglige miljø er med til at understøtte udviklingen i det faglige miljø og fastholde specialiseringen i indsatsen.</p> <p>Faggrupper på tilbuddet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pædagoger ▪ Fysioterapeuter ▪ Ergoterapeut ▪ Musikterapeut ▪ Kommunikationsvejleder ▪ Social- og sundhedsassistenter <p>Der er herudover tilknyttet en række konsulenter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Speciallæge i neurologi ▪ Psykolog ▪ Talepædagog ▪ Lærer ▪ IT-konsulent <p>Samtlige medarbejdere har en neuropædagogisk uddannelse.</p>
--	---

C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen

<p>Kriterium C.1: (Forsyning)</p>	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven er det eneste døgnbaserede neurorehabiliteringstilbud i Nordjylland til mennesker med moderate, svære og meget svære medfødte hjerneskader.</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven er afgørende for at det også fremover er muligt at leve op til forsyningsforpligtelsen og sikre, at der er tilbud som kan håndtere den højt specialiserede rehabilitering af mennesker med medfødt hjerneskade i den nordjyske region.</p> <p>Der vil opstå et uerstatteligt videnstab, hvis et specialiseret, tværfagligt tilbud som</p>
--	---

	<p>Behandlingscentret Østerskoven forsvinder eller splittes op i dele. Dette vil have indgribende konsekvenser for kvaliteten af indsatsen til denne gruppe af mennesker med helt særlige behov for rehabilitering.</p> <p>Region Nordjylland driver de eneste højt specialiserede døgnbaserede neurorehabiliteringstilbud til mennesker med hjerneskade. Denne samlede organisering styrker den specialiserede videndeling og den faglige sparring i forhold til målgruppen. Samtidig sikrer de tætte samarbejdsrelationer og dialogen mellem tilbuddene nytænkning og udvikling i det neuropædagogiske og neuropsykologiske arbejde, hvilket bidrager til et kvalitetsløft i den specialiserede indsats.</p> <p>Det brede og tværfaglige miljø er samtidig med til at sikre den betydelige praksisop-læring og den nødvendige vedligeholdelse af den eksisterende faglige specialiserede viden. Tilsvarende bidrager den samlede organisering positivt til den faglige udvikling af specialkompetencerne.</p>
<p>Kriterium C.2: (Optageområde)</p>	<p>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen</p> <p>Der er tale om en gruppe som i antal er meget lille, hvorfor opretholdelsen og udviklingen af tilbuddet kræver et geografisk stort optageområde for at sikre mulighederne for at udvikle den høje grad af specialisering, der vurderes at være nødvendig for at fastholde den højt specialiserede neurofaglige indsats.</p>
<p><i>"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen</i></p>	
<p>Behandlingscentret Østerskoven varetager også rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskade. Den samlede organisering af de to områder giver faglige synergieffekter. Det brede og tværfaglige miljø er samtidig med til at sikre den betydelige praksisop-læring og den nødvendige vedligeholdelse af den eksisterende faglige specialiserede viden. Tilsvarende bidrager den samlede organisering positivt til den faglige udvikling af specialkompetencerne inden for begge områder.</p>	

INDSTILLINGSSKEMA: Behandlingscentret Østerskoven (erhvervet hjerneskade)

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Region Nordjylland.

Navn på tilbud:	Behandlingscentret Østerskoven.
Evt. navn på afdeling/ydelse:	Intensiv døgnbaseret neurorehabilitering til mennesker med <i>erhvervet</i> hjerneskade.
Lovgrundlag:	Lov om social service § 107 og § 67 stk.2
Målgruppe:	Målgruppen omfatter unge og voksne mennesker med svær til meget svær erhvervet hjerneskade (med særligt fokus på unge).
A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe	
Kriterium A.1: (Volumen)	<p>Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt:</p> <p>I 2010 fik 19.543 danskere en diagnose, som indebærer en hjerneskade.</p> <p>Sundhedsstyrelsen opdeler erhvervede hjerneskader i to overordnede kategorier:</p> <p>1. Apopleksi Apopleksi udgør den største andel af erhvervet hjerneskade og anden erhvervet hjerneskade, hvilket vil sige hovedtraumer, infektioner, tumorer, subarachnoidalblødning (blødning mellem de to inderste hinder rundt om hjernen) samt encephalopati (bl.a. hjerneskader efter genoplivning efter hjertestop).</p> <p>I 2010 blev der udskrevet 10.731 mennesker med apopleksi. Data fra Landspatientregistret viser, at der i Danmark pr. 1. januar 2011 levede 74.643 mennesker med diagnosticeret apopleksi. Det faktiske antal er formentligt lidt højere, da registreringerne kun dækker borgere, som har fået en apopleksi efter 1994. Mænd rammes lidt hyppigere af apopleksi end kvinder: Samlet set er over halvdelen (53 %) af dem der rammes mænd. I gruppen, som rammes af apopleksi under 65 år, udgør mænd 62 % af tilfældene.</p> <p>Ældre bliver oftere ramt end yngre: Ca. 70 % af de mennesker, som rammes af apopleksi, er over 65 år.</p>

	<p>2. Andre erhvervede hjerneskader I 2010 blev der udskrevet 8.812 mennesker med anden erhvervet hjerneskade.</p> <p>Samlet viser tal fra Landspatientregistret, at der pr. 1. januar 2011 levede 47.670 mennesker med en diagnose, der hører til kategorien "Anden erhvervet hjerneskade". Tallet er formentlig noget højere, da man heller ikke her inkluderer mennesker, som har fået skaden før 1994. I alle aldersgrupper under 75 år er der en betydelig overvægt af mænd, særligt i gruppen mellem 18 og 24 år. Dette skyldes at mænd er overrepræsenteret bl.a. indenfor traumatisk hjerneskade (vold og trafikulykker) og encephalopati (hjerneskader efter hjertestop).</p> <p>Mere end halvdelen (58 %) som indlægges på grund af "anden erhvervet hjerneskade" er under 65 år, og 23 % er under 45 år.</p> <p>Tal for Nordjylland Der vil være ca. 3,07 borgere pr. 1.000 indbyggere, der hvert år overlever en hjerne-skade som følge af apopleksi eller andre typer hjerneskader.</p> <p>Af de borgere som overlever en hjerneskade og bliver udskrevet, vil ca. 14.000 på landsplan have behov for rehabilitering efter endt sygehusophold (fase 3). Det svarer til ca. 2,5 borgere pr. 1.000 indbyggere årligt.</p> <p>I den nordjyske region bor der ca. 581.000 borgere. Der vil være ca. 1.450 borgere pr. år med behov for rehabiliteringstilbud i fase 3. Af disse anslås mellem 30 og 40 borgere at have behov for højt specialiseret døgnbaseret rehabilitering i et fase 3 tilbud.</p> <p>Kilde: Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade udgivet 2011</p>
<p>Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)</p>	<p>Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen:</p> <p>Målgruppen omfatter mennesker med svær til meget svær erhvervet hjerneskade med multiple og komplekse funktionsnedsættelser.</p> <p>Der er tale om unge og voksne mennesker med svær til meget svær erhvervet hjerneskade som foruden multiple og komplekse funktionsnedsættelser kan have svære adfærdsproblemer, væsentligt nedsat sygdomserkendelse, komorbiditet og andre problematikker i tilknytning til den erhvervede hjerneskade eksempelvis misbrug, psykiatriske lidelser og/ eller sociale vanskeligheder.</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven optager også mennesker med meget svære hjerneskader, hvor formålet ikke er egentlig rehabilitering, men i stedet udredning af kommunikative, kognitive og fysiske begrænsninger og ressourcer.</p>
<p>Kriterium A.3: (Nationalt fokusområde)</p>	<p>Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er ud-meldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen:</p> <p><input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn</p>

	<input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov <input type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov <input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser <input checked="" type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade
<p><i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i></p>	
<p>Kriterium B.1 (Specialisering)</p>	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over:</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven tilbyder multidisciplinær og tværfaglig intensiv døgnbaseret neurorehabilitering i form af udredning, behandling og genoptræning. Den overordnede ramme for indsatsen er ICF, og rehabiliteringen er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk.</p> <p>Indsatsen er evidensbaseret og tilrettelægges og gennemføres på grundlag af viden om hvilke metoder, der har den største effekt i forhold til den konkrete problemstilling hos den enkelte med erhvervet hjerneskade. Der arbejdes med udgangspunkt i den nyeste neuropædagogiske og neuropsykologiske forskning, og der tages udgangspunkt i den aktuelle brugers specifikke hjerneskade og personlighed.</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven henvender sig primært til den yngre målgruppe og har derfor et aktivt ungemiljø. Der lægges vægt på det sociale samvær og fællesskabet. Der er fokus på udvikling af personlige kompetencer som identitetsdannelse og selvværd, selvindsigt og følelsesmæssig mestring. Indsatsen er samtidig centreret omkring udvikling af sociale kompetencer, samarbejde, konflikthåndtering og kommunikation. Der arbejdes med eksistentielle temaer som f.eks. sorg og krise, liv og død, at kunne se meningen med det liv, som ligger foran en og dannelse af en ny rolle i tilværelsen.</p> <p>Medarbejderne har de nødvendige kompetencer og kvalifikationer til at tilrettelægge og gennemføre et specialiseret rehabiliteringsforløb, som ofte strækker sig over en lang periode. Tilsvarende har medarbejderne en årelang erfaring og rutine til at sikre en effektiv opgaveløsning og en indsats af høj faglig kvalitet.</p> <p>Det multidisciplinære og tværfaglige miljø er med til at understøtte udviklingen i det faglige miljø og fastholde specialiseringen i indsatsen.</p> <p>Faggrupper på tilbuddet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pædagoger ▪ Fysioterapeuter ▪ Ergoterapeut ▪ Musikterapeut ▪ Kommunikationsvejleder ▪ Social- og sundhedsassistenter <p>Der er herudover tilknyttet en række konsulenter:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Speciallæge i neurologi ▪ Psykolog ▪ Talepædagog ▪ Lærer ▪ IT-konsulent <p>Samtlige medarbejdere har en neuropædagogisk uddannelse.</p>
<p><i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i></p>	
<p>Kriterium C.1: (Forsyning)</p>	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området:</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven er et ud af de i alt to* døgnbaserede neurorehabiliteringstilbud i Nordjylland til mennesker med moderate, svære og meget svære erhvervet hjerneskader.</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven er afgørende for fortsat at kunne leve op til forsyningsforpligtelsen og sikre at der er tilbud, som kan håndtere den højt specialiserede rehabilitering i den nordjyske region.</p> <p>Der vil opstå et uerstatteligt videnstab, hvis et specialiseret, tværfagligt tilbud som Behandlingscentret Østerskoven forsvinder eller splittes op i dele. Dette vil have indgribende konsekvenser for kvaliteten af indsatsen til denne gruppe af mennesker med helt særlige behov for rehabilitering.</p> <p>Region Nordjylland driver de eneste højt specialiserede døgnbaserede neurorehabiliteringstilbud til mennesker med hjerneskade. Denne samlede organisering styrker den specialiserede videndeling og den faglige sparring i forhold til målgruppen. Samtidig sikrer de tætte samarbejdsrelationer og dialogen mellem tilbuddene nytænkning og udvikling i det neuropædagogiske og neuropsykologiske arbejde, hvilket bidrager til et kvalitetsløft i den specialiserede indsats.</p> <p>Det brede og tværfaglige miljø er samtidig med til at sikre den betydelige praksisop-læring og den nødvendige vedligeholdelse af den eksisterende faglige specialiserede viden. Tilsvarende bidrager den samlede organisering positivt til den faglige udvikling af specialkompetencerne.</p> <p>Behandlingscentret Østerskoven varetager undervisning, kompetenceudvikling og oplæring i forhold til kommunale fagpersoner, som i deres daglige arbejde arbejder med mennesker med erhvervet hjerneskade.</p> <p>* Det andet tilbud er det regionale tilbud Rehabiliteringscenter Strandgården</p>
<p>Kriterium C.2: (Optageområde)</p>	<p>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen:</p> <p>Der er tale om en gruppe som i antal er meget lille, hvorfor opretholdelsen og udvik-</p>

	lingen af tilbuddet kræver et geografisk stort optageområde for at sikre mulighederne for at udvikle den høje grad af specialisering, der vurderes at være nødvendig for at fastholde den højt specialiserede neurofaglige indsats.
--	---

"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen

Behandlingscentret Østerskoven varetager herudover rehabilitering af mennesker med medfødt hjerneskade (cerebral parese). Den samlede organisering af de to områder giver faglige synergieffekter. Det brede og tværfaglige miljø er samtidig med til at sikre den betydelige praksisoplæring og den nødvendige vedligeholdelse af den eksisterende faglige specialiserede viden. Tilsvarende bidrager den samlede organisering positivt til den faglige udvikling af specialkompetencerne inden for begge områder.

INDSTILLINGSSKEMA: Rehabiliteringscenter Strandgården

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Region Nordjylland.

Navn på tilbud:	Rehabiliteringscenter Strandgården.
Evt. navn på afdeling/ydelse:	Intensiv døgnbaseret neurorehabilitering til mennesker med erhvervet hjerneskade.
Lovgrundlag:	Lov om social service § 107.
Målgruppe:	Målgruppen omfatter voksne mennesker med svær til meget svær erhvervet hjerneskade.
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	<p>Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt:</p> <p>I 2010 fik 19.543 danskere en diagnose, som indebærer en hjerneskade.</p> <p>Sundhedsstyrelsen opdeler erhvervede hjerneskader i to overordnede kategorier:</p> <p>3. Apopleksi Apopleksi udgør den største andel af erhvervet hjerneskade og anden erhvervet hjerneskade, hvilket vil sige hovedtraumer, infektioner, tumorer, subarachnoidalblødning (blødning mellem de to inderste hinder rundt om hjernen) samt encephalopati (bl.a. hjerneskader efter genoplivning efter hjertestop).</p> <p>I 2010 blev der udskrevet 10.731 mennesker med apopleksi. Data fra Landspatientregistret viser, at der i Danmark pr. 1. januar 2011 levede 74.643 mennesker med diagnosticeret apopleksi. Det faktiske antal er formodentlig lidt højere, da registreringerne kun dækker borgere, som har fået en apopleksi efter 1994. Mænd rammes lidt hyppigere af apopleksi end kvinder: Samlet set er over halvdelen (53 %) af dem som rammes mænd. I gruppen, som rammes af apopleksi under 65 år, udgør mænd 62 % af tilfældene.</p> <p>Ældre bliver oftere ramt end yngre: Ca. 70 % af de mennesker, som rammes af apopleksi, er over 65 år.</p>

	<p>4. Andre erhvervede hjerneskader</p> <p>I 2010 blev der udskrevet 8.812 mennesker med anden erhvervet hjerneskade.</p> <p>Samlet viser tal fra Landspatientregistret, at der pr. 1. januar 2011 levede 47.670 mennesker med en diagnose, der hører til kategorien "Anden erhvervet hjerneskade". Tallet er formentlig noget højere, da man heller ikke her inkluderer mennesker, som har fået skaden før 1994. I alle aldersgrupper under 75 år er der en betydelig overvægt af mænd, særligt i gruppen mellem 18 og 24 år. Dette skyldes at mænd er overrepræsenteret bl.a. indenfor traumatisk hjerneskade (vold og trafikulykker) og encephalopati (hjerneskader efter hjertestop).</p> <p>Mere end halvdelen (58 %) som indlægges på grund af "anden erhvervet hjerneskade" er under 65 år, og 23 % er under 45 år.</p> <p>Tal for Nordjylland</p> <p>Der vil være ca. 3,07 borgere pr. 1.000 indbyggere, der hvert år overlever en hjerne-skade som følge af apopleksi eller andre typer hjerneskader.</p> <p>Af de borgere som overlever en hjerneskade og bliver udskrevet, vil ca. 14.000 på landsplan have behov for rehabilitering efter endt sygehusophold (fase 3). Det svarer til ca. 2,5 borgere pr. 1.000 indbyggere årligt.</p> <p>I den nordjyske region bor der ca. 581.000 borgere. Der vil være ca. 1.450 borgere pr. år med behov for rehabiliteringstilbud i fase 3. Af disse anslås mellem 30 og 40 borgere at have behov for højt specialiseret døgnbaseret rehabilitering i et fase 3 tilbud.</p> <p>Kilde: Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade udgivet 2011</p>
<p>Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)</p>	<p>Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen:</p> <p>Målgruppen omfatter mennesker med svær til meget svær erhvervet hjerneskade med multiple og komplekse funktionsnedsættelser.</p> <p>Der er tale om unge og voksne mennesker med svær til meget svær erhvervet hjerneskade som foruden multiple og komplekse funktionsnedsættelser kan have svære adfærdsproblemer, væsentligt nedsat sygdomserkendelse, komorbiditet og andre problematikker i tilknytning til den erhvervede hjerneskade eksempelvis misbrug, psykiatriske lidelser og/ eller sociale vanskeligheder.</p> <p>Rehabiliteringscenter Strandgården optager også mennesker med meget svære hjerneskader, hvor formålet ikke er egentlig rehabilitering, men i stedet udredning af kommunikative, kognitive og fysiske begrænsninger og ressourcer.</p>
<p>Kriterium A.3: (Nationalt fokusområde)</p>	<p>Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er udmeldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen:</p> <p><input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn</p>

	<input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov <input type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov <input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser <input checked="" type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade
<p><i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i></p>	
<p>Kriterium B.1 (Specialisering)</p>	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over:</p> <p>Rehabiliteringscenter Strandgården tilbyder multidisciplinær og tværfaglig intensiv døgnbaseret neurorehabilitering i form af udredning, behandling og genoptræning af funktionsevne. Den overordnede ramme for indsatsen er ICF, og rehabiliteringen er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk</p> <p>Indsatsen er evidensbaseret og tilrettelægges og gennemføres på grundlag af viden om, hvilke metoder, der har den største effekt i forhold til den konkrete problemstilling hos den enkelte med erhvervet hjerneskade.</p> <p>Der arbejdes således med udgangspunkt i den nyeste neuropædagogiske og neuropsykologiske forskning, og tages udgangspunkt i den aktuelle brugers specifikke hjerneskade og personlighed. Elementerne er udredning af kognitive, fysiske og kontekstuelle faktorer.</p> <p>Rehabiliteringscenter Strandgården henvender sig primært til den voksne målgruppe og har derfor særligt fokus på voksenlivet og de forandringer en erhvervet hjerneskade kan betyde for familie, bolig, forsørgelse, beskæftigelse og erhverv efter en skade. Der lægges vægt på særlig støtte til ægtefælle og pårørende i form af mentorordning.</p> <p>Medarbejderne har de nødvendige kompetencer og kvalifikationer til at tilrettelægge og gennemføre et specialiseret rehabiliteringsforløb, som ofte strækker sig over en lang periode. Tilsvarende har medarbejderne en årelang erfaring og rutine til at sikre en effektiv opgaveløsning og en indsats af høj faglig kvalitet.</p> <p>Det multidisciplinære og tværfaglige miljø er med til at understøtte udviklingen i det faglige miljø og fastholde specialiseringen i indsatsen.</p> <p>Faggrupper på tilbuddet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fysioterapeuter ▪ Ergoterapeuter ▪ Sygeplejersker ▪ Social- og sundhedsassistenter <p>Der er herudover tilknyttet en række konsulenter:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Speciallæge i neurologi ▪ Psykolog ▪ Talepædagog ▪ IT-konsulent <p>Samtlige medarbejdere har en neuropædagogisk uddannelse.</p>
<p><i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i></p>	
<p>Kriterium C.1: (Forsyning)</p>	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området:</p> <p>Rehabiliteringscenter Strandgården er et ud af i alt to* døgnbaserede neurorehabiliteringstilbud i Nordjylland til mennesker med moderate, svære og meget svære erhvervede hjerneskader.</p> <p>Rehabiliteringscenter Strandgården er afgørende for fortsat at kunne leve op til forsyningsforpligtelsen og sikre, at der er tilbud som kan håndtere den højt specialiserede rehabilitering i den nordjyske region.</p> <p>Der vil opstå et uerstatteligt videnstab hvis et specialiseret, tværfagligt tilbud som Rehabiliteringscenter Strandgården forsvinder eller splittes op i dele. Dette vil have indgribende konsekvenser for kvaliteten af indsatsen til denne gruppe af mennesker med helt særlige behov for rehabilitering.</p> <p>Region Nordjylland driver de eneste højt specialiserede døgnbaserede neurorehabiliteringstilbud til mennesker med hjerneskade. Denne samlede organisering styrker den specialiserede videndeling og den faglige sparring i forhold til målgruppen. Samtidig sikrer de tætte samarbejdsrelationer og dialogen mellem tilbuddene nytænkning og udvikling i det neuropædagogiske og neuropsykologiske arbejde, hvilket bidrager til et kvalitetsløft i den specialiserede indsats.</p> <p>Det brede og tværfaglige miljø er samtidig med til at sikre den betydelige praksisop-læring og den nødvendige vedligeholdelse af den eksisterende faglige specialiserede viden. Tilsvarende bidrager den samlede organisering positivt til den faglige udvikling af specialkompetencerne.</p> <p>Rehabiliteringscenter Strandgårde varetager undervisning, kompetenceudvikling og oplæring i forhold til kommunale fagpersoner, som i deres daglige arbejde arbejder med mennesker med erhvervet hjerneskade.</p> <p><small>*Det andet tilbud er det regionale tilbud Behandlingscentret Østerskoven</small></p>
<p>Kriterium C.2: (Optage område)</p>	<p>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen:</p> <p>Der er tale om en gruppe som i antal er meget lille, hvorfor opretholdelsen og udviklingen af tilbuddet kræver et geografisk stort optageområde for at sikre muligheder-</p>

	ne for at udvikle den høje grad af specialisering, der vurderes at være nødvendig for at fastholde den højt specialiserede neurofaglige indsats.
<i>"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen</i>	

INDSTILLINGSSKEMA: Det tidl. Taleinstitut (Hjerneskadecenter Nordjylland)

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Aalborg Kommune, Ældre- og Handicapforvaltningen

Navn på tilbud:	Hjerneskadecenter Nordjylland Ældre- og Handicapforvaltningen Aalborg Kommune
Evt. navn på afdeling/ydelse:	Afdelingen for Intensive Rehabiliteringstilbud (Omfatter det nuværende Taleinstituts tilbud på hjerneskadeområdet: Hjerneskadecentret voksne, Hjerneskadeteamet børn og unge, Afasiundervisning)
Lovgrundlag:	Da der ikke eksisterer en lov om rehabilitering sammensættes/hjemles indsatserne efter flere forskellige paragraffer, herunder: Voksne: <ul style="list-style-type: none"> • Lov om specialundervisning for voksne, • Lov om Social Service §§ 11, 85, 86. • Lov om aktiv beskæftigelsesindsats (LAB) • Lov om Aktiv Socialpolitik (LAS) Børn og unge: Folkeskoleloven § 20, Lov om social service § 1/2/3/10/11/50/53
Målgruppe:	Børn, unge og voksne med lette til moderate og svært kognitive (herunder sproglige), emotionelle, personlighedsmæssige og/eller fysiske følger efter erhvervet hjerneskade: apopleksi, traumatisk hjerneskade, tumorer, infektioner, encephalopater, mv.
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt: Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt. Der kan ikke laves en entydig målgruppeafgrænsning og dermed kan der ikke angives en præcis volumen til tilbuddet. På baggrund af kommunernes forbrug i de foregående år, er ca. 100 borgere blevet henvist til Hjerneskadecentrets område, heraf har ca. 70 modtaget enten udrednings- eller rehabiliteringsydelse. På børneområdet følges 15 børn årligt. På afasiområdet følges ca. 200 et forløb årligt.

	<p>Der udskrives på landsplan ca. 19.000 borgere om året med behov for en eller anden form for rehabiliteringsindsats. Heraf vurderes det, at ca. 2.500 har så komplekse skader, at der er behov for specialiserede rehabiliteringsindsatser. Heraf udgør ca. 10,5 pct. nordjyske borgere.</p> <p>Det er afgørende for vurderingen af volumen til Hjerneskadecenter Nordjylland, at der også tages hensyn til tilbuddets mulighed for bæredygtig drift. Derfor kan der være fornuftigt for en samlet ressourceeffektiv drift at lægge opgaver i forhold til rehabilitering på avanceret niveau ved Hjerneskadecenter Nordjylland. En bæredygtige volumen må med andre ord også tage højde for Nordjyllands relativt begrænsede befolkningsgrundlag.</p> <p>For en nærmere analyse af målgruppen henvises til: http://www.rammeaftalernord.dk/media/12204/afrapportering_erhvervet_hjerneska_de_i_nordjylland_fokusomr_de_i_ra_2012_arbejdsgrupperapport_2.pdf</p>
<p>Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)</p>	<p>Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen:</p> <p>Målgruppen med behov for specialiseret rehabilitering har oftest følger på flere områder, og er kendetegnet ved at udvise betydelig variation i symptomkomplekset, alt efter skadeslokalisering og sværhedsgrad:</p> <p>Kognitivt Emotionelt Personlighedsmæssigt Socialt Fysisk</p> <p>Hertil kommer at målgruppen oftest har begrænset indsigt i egen situation, og/eller manglende accept af den aktuelle livssituation. Derudover har målgruppen i stigende grad præmorbid problemstillinger, der påvirker rehabiliteringsprocessen, f.eks. udviklingsforstyrrelser, affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser mv. Ovennævnte vilkår stiller særlige krav til eksempelvis vejledningen og rådgivningen til pårørende.</p> <p>Symptomkompleksiteten fordrer at der forud for rehabiliteringens tilrettelæggelse er mulighed for iværksættelse af specialiserede undersøgelser, der foregår i en samtidig, tværfaglig kontekst.</p>
<p>Kriterium A.3: (Nationalt fokusområde)</p>	<p>Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er udmeldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen:</p> <p><input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn <input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov <input type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov <input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser <input checked="" type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade</p>

B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer

Kriterium B.1
(Specialisering)

Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over:

Rehabiliteringsindsatserne til borgere med erhvervet hjerneskade efter udskrivelse opdeles af Sundhedsstyrelsen/KL i tre niveauer:

- Specialiseret rehabilitering (Hjerneskadecenter Nordjylland)
- Avanceret rehabilitering (Hjerneskadecenter Nordjylland / lokale kompetencer i kommunerne)
- Rehabilitering på basisniveau (Lokale kompetencer i Kommunerne)

Hjerneskadecenter Nordjylland vil fra 1. januar 2014 være eneste udbyder af ikke døgnbaserede rehabiliteringsydelser på det specialiserede niveau med udgangspunkt i det neuropsykologiske speciale. Hjerneskadecenter Nordjylland råder over specialiseret neurofaglig ekspertise indenfor alle relevante fagområder, som fungerer i et tæt interdisciplinært samarbejde (samtidig tværfagligt) jf. Sundhedsstyrelsens definition af rehabilitering på specialiseret niveau.

Neuropsykologer, ergo- og fysioterapeuter, talepædagoger og speciallærere, socialrådgivere. Der er tilknyttet konsulenter med speciale i psykiatri og neurologi.

Det fælles teoretiske udgangspunkt er neuropsykologien, der beskæftiger sig med sammenhængen mellem hjerneprocesser og adfærd (tænkning, følelsesliv og handlinger). Neuropsykologisk rehabilitering er direkte knyttet op på kognitiv psykologi og neurovidenskab. Modeller baseret på viden fra kognitiv psykologi og neurovidenskab om normal kognitiv funktion bidrager konkret i rehabiliteringen f.eks. ifht. test- og udredningsmetoder, samt ifht. Trænings- og behandlingsmetoder.

Udredning af funktionsevne og rehabiliteringsbehov
Talepædagogisk undervisning
Kognitiv træning
Fysisk træning og behandling
Psykoterapeutisk behandling
Støtte til erhvervsafklaring/genoptagelse af erhverv

Indsatsen gives om et samlet, helhedsorienteret og individuelt tilpasset tilbud – med individuelt tilpasset intensitet. Indsatserne kan foregå individuelt eller i gruppe.

Indsatsen kan bestå i vejledning og rådgivning til borgeren, udredning af funktionsevne, og evt. et rehabiliteringstilbud. Indsatsen ydes altid i samarbejde med kommunale samarbejdspartnere og pårørende. På avanceret niveau ydes dele af indsatsen ydes lokalt.

Effekten af indsatsen evalueres løbende. Der er herudover iværksat et egentligt internt effekt forskningsprojekt, mhp. optimering af indsatserne gennem systematisk dokumentation af effekter.

Hjerneskadecenter Nordjylland er leverandør til VISO ifht. såvel børn som voksne med erhvervet hjerneskade.

<i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i>	
Kriterium C.1: (Forsyning)	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området:</p> <p>Hjerneskadecenter Nordjylland er det eneste tilbud, der udbyder ikke døgnbaseret udredning og rehabilitering på specialiseret niveau med udgangspunkt i det neuropsykologiske speciale til målgruppen.</p> <p>Hjerneskadecentrets kompetencer efterspørges i stigende grad til ikke direkte borgerrelaterede ydelser. Det drejer sig om sagssparring, supervision samt undervisning, herunder i regi af Det Nordjyske Uddannelsesprogram på diplomniveau gennem UCN Act2Learn Sundhed.</p> <p>Videre efterspørger kommunerne i stigende grad lokale indsatser på avanceret niveau, der leveres i samarbejde mellem medarbejdere med særlig ekspertise fra Hjerneskadecentret og de lokale professionelle.</p> <p>Leverancen af disse øvrige typer ydelser ifht. vidensproduktion, konsulentytelser, samt direkte samarbejde med lokale fagprofessionelle forudsætter i høj grad, at medarbejderne på Hjerneskadecentret også fremadrettet opbygger og vedligeholder de specialiserede kompetencer fra de direkte borgerrelaterede rehabiliteringsforløb på specialiseret niveau. På den måde kan Hjerneskadecentret være en aktiv medspiller i vidensproduktion og udvikling i hele landsdelen, samt på nationalt plan.</p>
Kriterium C.2: (Optageområde)	<p>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen:</p> <p>Fagligt og økonomisk bæredygtighed af rehabiliteringsindsatsen på specialiseret niveau forudsætter et samarbejde mellem kommunerne i Nordjylland og dermed, at alle kommuner bidrager til sikringen af specialet. Samarbejde mellem kommunerne er således afgørende for at sikre alle borgere i Nordjylland adgang til rehabilitering på specialiseret niveau.</p> <p>Eksempelvis fordrer ansættelsen og uddannelsen af neuropsykologer med speciale i hjerneskaade et stort optageområde for at sikre den nødvendige volumen i antallet af stillinger. Neuropsykologer skal som led i deres specialistuddannelse have ansættelse i såvel neurologien og psykiatrien og er derfor er fraværende fra deres hovedarbejdsplads i lange perioder.</p> <p>Fastholdelse af et tværfagligt specialiseret tilbud med neuropsykologfaglige kompetencer forudsætter endvidere stabilitet i efterspørgslen af tilbuddet, idet specialiserede faggrupper ikke lader sig rekruttere med kort varsel.</p> <p>Særligt ifht. neuropsykologer gælder at Aalborg Universitetshospital, samt Hjerneskadecenter Nordjylland er de to eneste uddannelsessteder for neuropsykologer med speciale i Hjerneskaderehabilitering i hele Region Nordjylland.</p>

"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen

Der henvises til tidligere rapport "Forsyning og efterspørgsel på området for voksne med erhvervet hjerneskade i Nordjylland". Afrapportering fra den tværkommunale og regionale arbejdsgruppe vedrørende området for erhvervet hjerneskade i Nordjylland. 31. marts 2012 Fagligt fokusområde – rammeaftalen 2012. (s. 3,s.19.) "Arbejdsgruppen finder det afgørende, at kommunerne også fremadrettet har adgang til graduerede tilbud (fase 3 og 4) på et højt fagligt specialiseret niveau.

Ligeledes henvises til nationale anbefalinger på området, både fra Sundhedsstyrelsen og fra KL, der tydeligt udpeger den specialiserede rehabiliteringsindsats som et afgørende samarbejdsområde for kommunerne.

INDSTILLINGSSKEMA:

Det tidl. Taleinstitut (Talepædagogisk undervisning til borgere med ALS)

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Aalborg Kommune, Ældre- og Handicapforvaltningen

Navn på tilbud:	Hjerneskadecenter Nordjylland
Evt. navn på afdeling/ydelse:	Afdelingen for intensive rehabiliteringstilbud, Ydelse: Talepædagogisk undervisning til borgere diagnosticeret med ALS. (amyotrofisk lateral sclerose)
Lovgrundlag:	Lov om Specialundervisning for voksne
Målgruppe:	Borgere diagnosticeret med ALS (amyotrofisk lateral sclerose)
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt: Ca. 15 nydiagnosticerede tilfælde pr. år i RN Forventet gennemsnitlig levetid efter diagnosen er stillet: 3-4 år, men der er stor variation.
Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)	Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen: ALS er en sygdom der angriber de nerveceller i rygmarven og hjernen der med viljens hjælp styrer musklernes bevægelser. Der findes fire undertyper, og sygdommen kan debutere med forskellige former for funktionsnedsættelser. Sygdommen udvikler sig meget forskelligt, men altid gradvist. Intellect, syn og høresans forbliver næsten altid normal, men muligheden for at tale påvirkes. Der findes ingen effektiv medicinsk behandling der stopper udviklingen af ALS.
Kriterium A.3: (Nationalt fokusområde)	Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er udmeldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen: <input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn

	<input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov <input checked="" type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov <input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade
<p><i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i></p>	
<p>Kriterium B.1 (Specialisering)</p>	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over:</p> <p>Sygdommen har et progredierende forløb og påvirker ofte muligheden for at tale og kommunikere, det er derfor nødvendigt med en løbende vurdering og tilpasning af relevant undervisningstilbud.</p> <p>Den individuelle undervisning tilrettelægges med udgangspunkt i den ramtes specifikke vanskeligheder og behov. Undervisningen kan indeholde: Stemmebevarende øvelser, artikulationsøvelser, holdningskorrektion, afklaring af behov for alternative kommunikationshjælpemidler, rådgivning og vejledning til borger og pårørende om hensigtsmæssig kommunikation.</p> <p>Gruppeundervisning tilbydes ligeledes – med deltagelse af pårørende. Undervisningen har fokus på: Naturlig anvendelse af alternative kommunikationshjælpemidler Præsentation af den virtuelle læringsplatform Basecube/ATA – med det formål at gøre den ramte aktivt deltagende i virtuelle fællesskaber Formidling af grundlæggende viden om ALS og kommunikation Mulighed for dialog og erfaringsudveksling omkring ressourcer og begrænsninger. Gruppeundervisningen har bla. til hensigt at fremme accept og dermed brug af alternative kommunikationshjælpemidler</p> <p>Indsatsen varetages af to talepædagoger, der er specialiserede ifht. målgruppen. De to talepædagoger deltager i Det Neuromuskulære team på Aalborg sygehus (sundhedsydelse), og deltager i alle nationale møder/temadage indenfor området, samt ad hoc internationale konferencer med henblik på opdatering ifht. ny forskning og nye undervisningsmetoder. Herudover er der tæt samarbejde med Institut for syn og hørelse, der bevilger kommunikationshjælpemidler</p> <p>(venligst udfyld her)</p>
<p><i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i></p>	
<p>Kriterium C.1: (Forsyning)</p>	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området:</p> <p>Ifht. den begrænsede volumen kan målgruppen betjenes af en stilling, der dog er fordelt på to fagpersoner, med henblik på at sikre kontinuitet og faglig sparring in-</p>

	<p>denfor et lille speciale.</p> <p>Ifht. funktionen i Det neuromuskulære team på AAS anses det for afgørende at der kun tilknyttes få talepædagoger.</p> <p>Iflg anbefalingerne i rapporten ”At leve med ALS” er det altafgørende at de kommunale tilbud falder i forlængelse af de tiltag som ALS-teamet på sygehuset har iværksat (s. 9)</p>
<p>Kriterium C.2: (Optageområde)</p>	<p><i>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen:</i></p> <p>Der er behov for et regionalt specialiseret tilbud, idet der kun er ca. 15 nye tilfælde om året i regionen.</p>
<p><i>”Fri-tekst” til driftherres begrundelse af indstillingen</i></p>	
<p>Der henvises til rapporten: ”At leve med ALS” God praksis i forbindelse med sygdommen amyotrofisk lateral sclerose, udarbejdet af Rehabiliteringscenter for muskesvind 2005</p>	

INDSTILLINGSSKEMA: Det tidl. Taleinstitut (Tale-sprogområdet / Børn)

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Aalborg kommune, Skoleforvaltningen

Navn på tilbud:	Taleinstituttet Nordjylland Aalborg Kommune
Evt. navn på afdeling/ydelse:	Tale-sprogområdet/Børn
Lovgrundlag:	Folkeskoleloven, Lov om Social Service
Målgruppe:	Børn med massive sproglige og kommunikative vanskeligheder i kombination med andre komplekse problemstillinger
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	<p>Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt:</p> <p>Børn med sproglige vanskeligheder i Nordjylland opgjort ultimo 2011: 1834(øvre potentiel gruppe) Børn med sproglige vanskeligheder i Nordjylland opgjort ultimo 2011: 13 10(nedre potentiel gruppe)</p> <p>Taleinstituttet har ultimo 2011 fået henvist 93 børn -2012/110.</p>
Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)	<p>Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen:</p> <p>Sprog og komorbiditet: Sproglige vanskeligheder og andre psykiske forstyrrelser optræder ofte sammen – Børnene er ofte på dette tidspunkt ikke diagnosticerede, men har 'trækkene', hvorfor det i dette tilfælde er svært at nævne antal –(men der bliver meget sjældent henvist børn med rene sproglige vanskeligheder.)</p> <p>Sprog og ADHD -10 Sprog og autisme – 20 Sprog og tidligt frustrerede - 3 Børn med følger efter forældres misbrug - Børn med syndromer(Down, 22q11 etc.) - 10</p> <p>Oralmotoriske vanskeligheder eks. dysartri, verbal dyspraksi,- 7</p> <p>Børn med stemme- og stammevanskeligheder</p>

	Forekomsten af stammen i barndommen er størst mellem barnets andet og fjerde år og påvirker ca. 4- 5% af en årgang Stamme -7 Stemme - 10
Kriterium A.3: (Nationalt fokus-område)	<p>Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er ud-meldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen:</p> <p><input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser</p> <p><input type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade</p>
<i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i>	
Kriterium B.1 (Specialisering)	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over:</p> <p>Personalet består af specialister i børneneuropsykologi, talepædagoger, pædagoger, ergoterapeut og ad hoc psykiater og pædiater.</p> <p>Personalet har stor erfaring med og en særlig ekspertise i forhold til specifikke målgrupper såvel i forhold til anvendelse og vurdering af de enkelte test samt intervention, idet fagpersonerne udelukkende arbejder med de specifikke og komplekse problemstillinger.</p> <p>Personalet har stor erfaring med totalkommunikation i forhold til børn med generelle og multiple funktionsnedsættelser.</p> <p>Tværfagligt samarbejde er den gennemgående arbejds måde – samtidig tværfaglighed – fagpersonerne er dels i grupperne dels lige om hjørnet og kontaktes og inddrages løbende.</p> <p>Med henblik på at sikre den faglige ekspertise i forhold til de komplekse problemstillinger får faggrupperne løbende supervision og vejledning hos nationalt anerkendte specialister.</p>
<i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i>	
Kriterium C.1: (Forsyning)	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området:</p> <p>Taleinstituttet Nordjylland</p> <ul style="list-style-type: none"> - er regionens videns- og kompetencecenter på området - er UCN leverandør i forbindelse med diplomuddannelse - er VISO leverandør - er efterspurgt som supervisor - er kursusarrangør indenfor området

Kriterium C.2: (Optageområde)	Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen: Taleinstituttet betjener klienter fra næsten alle kommuner i regionen, også fra de kommuner som delvis har hjemtaget opgaverne. De beskrevne målgrupper er alle så små, at der kræves et stort befolkningsgrundlag for at bevare den nødvendige erfaring og rutine kan opretholdes. Der bør være fokus på, at man med en reduktion af den samlede efterspørgsel risikerer at underminere både den faglige og økonomiske bæredygtighed.
---	--

"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen

Faglig og økonomisk bæredygtighed
De beskrevne målgrupper er alle så små, at der kræves et stort befolkningsgrundlag for at bevare den nødvendige erfaring og rutine kan opretholdes. Der bør være fokus på, at man med en reduktion af den samlede efterspørgsel risikerer at underminere både den faglige og økonomiske bæredygtighed.
Ud over den borgerrettede indsats er Taleinstituttet et videns- /kompetencecenter, der bl.a. rådgiver fagpersonale i hele regionen. Den fortsatte varetagelse af denne ydelse er betinget af, at Taleinstituttets personale fortsat har tilstrækkeligt med direkte logopædiske opgaver med borgerne.
Der bør være fokus på, at det indbyrdes samarbejde bevares af hensyn til rettidig og rette indsats for borgerne.
Indsatsen bør ikke reduceres.

INDSTILLINGSSKEMA: Det tidl. Taleinstitut (Tale-sprogområdet / Voksne)

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Aalborg Kommune, Skoleforvaltningen

Navn på tilbud:	Taleinstituttet Nordjylland Aalborg Kommune
Evt. navn på afdeling/ydelse:	Afd.: Tale- sprog voksne
Lovgrundlag:	Lov om specialundervisning for voksne (primært)
Målgruppe:	Personer med stemme-, stamme- og udtalevanskeligheder
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	<p>Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stemmevanskeligheder (div. diagnoser) ca. 300 i undervisning om året • Laryngectomerede (strubeløse) ca. 15 " • Mundhuleopererede ca. 35 " • Tracheostomerede (kanylebærere) ca. 5 " • Artikulationsvanskeligheder (udtale-) ca. 15 " • Stammen ca. 35 " • Løbsk tale ca. 5 " • Dysartri (herunder parkinson) ca. 50 "
Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)	<p>Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen:</p> <p><u>1. Beskrivelse af fagområdets målgrupper</u></p> <p><u>Stemmevanskeligheder (JIW)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Afoni, som betyder total stemmesvigt. • Funktionel afoni, som betyder total stemmesvigt af funktionelle årsager. • Organisk afoni, som betyder total stemmesvigt til følge af sygdom på stemmebåndene. • Dysfoni, som betyder hæshed og nedsat stemmefunktion. • Funktionel dysfoni, som betyder hæshed og nedsat stemmefunktion af funktionelle årsager.

- Persisterende falset, som betyder at stemmen ikke er gået i overgang.
- Organisk dysfoni, som betyder hæshed og nedsat stemmefunktion, til følge af sygdom på stemmebåndene.
- Noduli, som betyder sangerknuder på stemmebåndene, til følge af uhen-sigtsmæssigt stemmebrug.
- Ødemer, som betyder væskeansamling med opsvulmning i stemmebåndene.
- Polyp, som er en godartet udvækst på stemmebåndsslimhinden, som følge af uhensigtsmæssigt stemmebrug.
- Kontaktsulcus, som betyder sår i den bagerste del af stemmebåndsridsen.
- Papillomer, som er vortelignende svulster på stemmebåndsslimhinden.
- Stemmebåndsparese eller Recurrensparese, som betyder stemmebåndslam-melse.
- Sulcus glottidis, som betyder at der er en fure, der hæfter stemmebåndsslimhinden fast ved stemmebåndsmuskelen, hvilket giver en hæs stemme og stiller store krav til hensigtsmæssigt stemmebrug.
- Spastisk dysfoni, som betyder rykkende kramper i stemmebåndene, hvilket afbryder luftstrømmen og giver en anstrengt tale.
- Fonasteni, som betyder stemmetræthed, stemmesvagthed og hæshed, til følge af uhensigtsmæssig stemmeteknik.
- Funktionelt betinget fonasteni, som betyder stemmetræthed, stemme svag-hed og hæshed, som følge af uhensigtsmæssig stemmeteknik.
- Organisk betinget fonasteni, som betyder stemmetræthed, stemmesvagthed og hæshed i kombination med sygdom på stemmebåndene.

M.fl.

Laryngectomerede (strubeløse)

Laryngectomi betyder, at hele strubehovedet og noget af det omkringliggende væv er bortopereret. Ofte bliver man opereret på grund af cancer i struben, men i sjæld-ne tilfælde kan laryngectomi skyldes et ulykkestilfælde. Operationen gør, at borgeren skal trække vejret igennem et åndingshul på halsens forside. Som følge af opera-tionen er man ikke i stand til at tale.

Mundhuleopererede

Cancer i mundhulen bliver behandlet med operation og/eller strålebehandling. Ved en operation bliver canceren fjernet i tungen, læben, kinden, kæben, ganen eller mundgulvet og følges ofte op med strålebehandling. Inden en operation er det mu-ligt at tale med en talepædagog.

Efter en operation eller strålebehandling kan borgeren få store vanskeligheder med at kommunikere forståeligt. Talen kan blive påvirket af de ændrede forhold i tunge, gane, læber og kinder.

Tracheostomerede (kanylebærere)

At være tracheostomeret vil sige, at man har indsat et rør (en kanyle) fra forsiden af halsen ind i luftrøret. Der kan være flere årsager til, at man er tracheostomeret. Ofte skyldes det, at slimhinderne i halsen har behov for ro efter en cancer-operation eller strålebehandling. Det kan desuden skyldes andre sygdomme eller ulykkestilfælde, som gør det besværligt eller umuligt at trække vejret den normale vej.

Artikulationsvanskeligheder

Artikulationsvanskeligheder kan være upræcise bevægelser af enten kæbe, gane, tunge, læber eller kinder eller et samspil af flere af disse.

	<p><u>Stammen</u> Stammen er en forstyrrelse i talerytmen. Personerne, der stammer, ved præcist, hvad de ønsker at sige, men er i det givne øjeblik ikke i stand til at tale flydende pga. en ufrivillig gentagelse, forlængelse eller blokering af en lyd. Det kan være så svært at få ordet frem, at talen går helt i stå. Blokeringer indebærer, at stemmebånd, tunge eller læber spændes for hårdt og lukker helt eller delvist for passage af luftstrømmen. Nogle gange kan man se medbevægelser, som f.eks. stampen i gulvet eller trækninger i ansigtet. Man kan måske også høre, at stemmen ændrer sig. Nogle stammer ganske let og taler derfor forholdsvis ubesværet, mens andre kan have særdeles svært ved at frembringe ord. Stammen starter som et taleproblem, men kan udvikle sig til taleangst og lavt selvværd samt usikkerhed i sociale situationer.</p> <p><u>Løbsk tale</u> Løbsk tale skyldes problemer i de processer, der går forud for tanker og tale. I svære former af løbsk tale kan der også være tale om mangel på opmærksomhed, overblik og struktur, koncentrationsproblemer, springende tankegang og problemer med at lytte.</p> <p><u>Dysartri (herunder parkinson)</u> Dysartri kan både være ikke progredierende eller progredierende. Dysartri er en motorisk talevanskelighed og betyder forringet udtale, der går ud over taletydeligheden. Læber, kæbe, gane, tunge, strube eller åndedrætsmuskler kan blive ramt af lammelser, stivhed eller svigtende central styring. Borgerens tale kan derfor være præget af utydelig artikulation, snøvlen, svag hæs stemme og kortåndethed. Talen kan også være langsom og monoton eller hurtig og jappende. Kommunikationen kan blive vanskeligere, fordi borgerens kropssprog, ansigtsmimik og bevægelighed bliver reduceret.</p>
<p>Kriterium A.3: (Nationalt fokusområde)</p>	<p>Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er udmeldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn <input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov <input checked="" type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov <input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade
<p><i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i></p>	
<p>Kriterium B.1 (Specialisering)</p>	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over:</p>

	<p>Medarbejderne består af specialiserede talepædagoger/logopæder, (speciallæger sundhed), fysioterapeut, ergoterapeut (oralmotorisk team) og psykolog, der har stor erfaring i at arbejde tværfagligt og helhedsorienteret. Ud over det tværfaglige samarbejde på Taleinstituttet indgår flere af Taleinstituttets faggrupper i et tæt samarbejde med speciallæger på sundhedsområdet. Den tværfaglige tilgang både internt på Taleinstituttet og i relation til sundhedsområdet samt muligheden for samtidig tværfaglighed er en styrke der sikrer, at borgerne kan få tilbudt den absolut optimale udredning, undervisning og vejledning.</p>
<p><i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i></p>	
<p>Kriterium C.1: (Forsyning)</p>	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området</p> <p>Taleinstituttet Nordjylland</p> <ul style="list-style-type: none"> - er regionens videns- og kompetencecenter på området - er UCN leverandør i forbindelse med diplomuddannelse - er VISO leverandør - er efterspurgt som supervisor - er kursusarrangør indenfor området
<p>Kriterium C.2: (Optageområde)</p>	<p>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen:</p> <p>Taleinstituttet betjener klienter fra alle kommuner i regionen, også fra de få kommuner som delvis har hjemtaget opgaverne.</p> <p>De beskrevne målgrupper er alle så små, at der kræves et stort befolkningsgrundlag for at bevare den nødvendige erfaring og rutine kan opretholdes. Der bør være fokus på, at man med en reduktion af den samlede efterspørgsel risikerer at underminere både den faglige og økonomiske bæredygtighed.</p>
<p><i>"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen</i></p>	
<p>Faglig og økonomisk bæredygtighed</p> <p>De beskrevne målgrupper er alle så små, at der kræves et stort befolkningsgrundlag for at bevare den nødvendige erfaring og rutine kan opretholdes. Der bør være fokus på, at man med en reduktion af den samlede efterspørgsel risikerer at underminere både den faglige og økonomiske bæredygtighed.</p> <p>Ud over den borgerrettede indsats er Taleinstituttet et videns- /kompetencecenter, der bl.a. rådgiver fagpersonale i hele regionen. Den fortsatte varetagelse af denne ydelse er betinget af, at Taleinstituttets personale fortsat har tilstrækkeligt med direkte logopædiske opgaver med borgerne.</p> <p>Der bør være fokus på, at det indbyrdes samarbejde bevares af hensyn til rettidig og rette indsats for borgerne.</p> <p>Indsatsen bør ikke reduceres. Dette er et vigtigt hensyn, både i forhold til borgere i den arbejdsdygtige alder, for hvem det er væsentlig at undgå sygemelding eller at opnå en hurtig tilbagevenden til arbejdsmar-</p>	

kedet, men absolut også et vigtigt hensyn i forhold til ældre borgere, der har brug for indsatsen for at kunne kommunikere og bevare en selvstændig livsførelse.

INDSTILLINGSSKEMA: Institut for Syn og Hørelse

ANGIV NAVN PÅ DEN DRIFTSHERRE, DER INDSTILLER TILBUDET (I BOKSEN NEDENFOR):

Region Nordjylland.

Navn på tilbud:	Institut for Syn og Hørelse (ISH)
Evt. navn på afdeling/ydelse:	
Lovgrundlag:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviceloven §§ 5, 10, 11, 12, 112 og 113 ▪ Folkeskoleloven § 20 ▪ Lov om specialundervisning for voksne § 1
Målgruppe:	Mennesker med nedsat syn, hørelse eller andre kommunikationsvanskeligheder.
<i>A. Spørgsmål vedr. tilbuddets målgruppe</i>	
Kriterium A.1: (Volumen)	<p>Angiv målgruppens omtrentlige størrelse i Nordjylland, herunder antallet af nye tilfælde årligt.</p> <p>Der er tale om flere målgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voksne med høreproblemer, herunder specifikke områder inden for hørelse (cochlear implanterede, tinnitus/lydoverfølsomhed) ▪ Børn og voksne med nedsat syn eller blinde ▪ Mennesker med neurologiske sygdomme/skader som har behov for handicap-kompenserende kommunikationshjælpemidler <p>Omtrentlig størrelse</p> <p>Der findes ingen samlet registrering over mennesker med handicaps, således heller ikke på syns- eller høreområdet.</p> <p>Der er derfor tale om anslåede antal:</p> <p>Høreområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potentielt alle voksne høreapparatbrugere i Nordjylland ca. 30.000*. (Der er tale om en differentieret gruppe af mennesker med meget forskellige behov). ▪ Cochlear implanterede voksne. Der er ca. 15-20 nye tilfælde årligt ▪ Voksne med svære tinnitus-/lydoverfølsomhedsproblemer. Der er ca. 8-12 nye tilfælde årligt <p>Synsområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Det anslås at 1 % af befolkningen har problemer med synet i større eller mindre omfang. I Nordjylland således omkring 6.000 borgere. ▪ Småbørn: (0 til 6-årige) Der er ca. 10-20 nye tilfælde årligt af småbørn med

	<p>synsproblemer. Omkring i alt 50 småbørn i Nordjylland er tilmeldt synsregistret.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skolebørn: Der er ca. 8-10 nye tilfælde årligt af skolebørn med synsproblemer. Der er i alt ca. 50-60 skolebørn i Nordjylland, der er tilmeldt synsregistret. <p>ASK-området (alternativ supplerende kommunikation) dækker mennesker med kommunikationsproblemer på grund af nedsat tale-, læse- eller skrivefunktion. Da målgruppen dækker over mange forskellige typer funktionsnedsættelser er det meget vanskeligt at angive en størrelse, men i 2012 hjalp ISH i alt 526 børn og voksne på ASK-området.</p> <p>* Det bemærkes, at en forudsætning for at kunne sikre den faglige bæredygtighed samt udvikle og opretholde en viden på de små og meget specialiserede områder er en stor generel viden, erfaring og rutine inden for de "bredere" opgaveområder, herunder eksempelvis høreapparatområdet.</p>
<p>Kriterium A.2: (Kompleksitetsgrad)</p>	<p>Beskriv antallet og graden af funktionsnedsættelser hos målgruppen.</p> <p>Høreområdet Spænder fra mennesker med ukomplicerede og mindre hørenedsættelser til mennesker med svære, akutte eller komplekse høreproblemer eventuelt i kombination med andre funktionsnedsættelser.</p> <p>Synsområdet Spænder fra mennesker der opnår fuld kompensation ved et hjælpemiddel eller en øjenprotese til mennesker med stærkt nedsat syn eller blindhed, eventuelt i kombination med andre funktionsnedsættelser.</p> <p>ASK-området (alternativ supplerende kommunikation) Mennesker med neurologiske funktionsnedsættelser, f.eks. efter en blodprop i hjernen eller sygdom, f.eks. ALS (Amyotrofisk Lateral Sklerose). Der er mellem 10-20 nye ALS-tilfælde i Nordjylland årligt.</p>
<p>Kriterium A.3: (Nationalt fokusområde)</p>	<p>Angiv (ved afkrydsning) om tilbuddet er rettet til en af de målgrupper, som er udmeldt som fokusområde for den (kommende) nationale koordinationsstruktur under Socialstyrelsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> særligt skadede spæd- og småbørn <input type="checkbox"/> mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov <input checked="" type="checkbox"/> mennesker med sjældne og komplekse kommunikationsbehov <input type="checkbox"/> mennesker med svære spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade
<p><i>B. Spørgsmål vedr. tilbuddets kompetencer</i></p>	
<p>Kriterium B.1 (Specialisering)</p>	<p>Beskriv hvilke specialiserede kompetencer i forhold til målgruppens særlige behov, som tilbuddet råder over.</p> <p>De faglige medarbejdere på ISH er kommunikationskonsulenter (oftest med baggrund som speciallærere eller ergoterapeuter) med relevant efteruddannelse inden for høre-, syn- eller handicapteknologi og de tilhørende subspecialer (CI, tinnitus,</p>

	alternativ kommunikation, syn småbørn, syn skolebørn, mobility m.v.).
<i>C. Spørgsmål vedr. tilbuddets rolle i landsdelen</i>	
Kriterium C.1: (Forsyning)	<p>Beskriv tilbuddets rolle i forhold til opretholdelsen i Nordjylland af forsyningen og vidensproduktionen på området.</p> <p>ISH er den eneste udbyder i Nordjylland på synsområdet og hovedaktør inden for høreområdet og i forhold til handicapkompenserende kommunikationsteknologi.</p> <p>ISH samarbejder med relevante regionale og kommunale aktører, herunder sygehusafdelinger, privatpraktiserende speciallæger, optikere, jobcentre, visitatorer m.v., og sikrer en sammenhæng i de borgerrettede genoptrænings- og specialundervisningsforløb.</p> <p>På vidensdelen deltager ISH i lands- og landsdelsdækkende netværk på alle områder.</p> <p>ISH er afgørende for fortsat at kunne leve op til forsyningsforpligtelsen og sikre at der er et tilbud, der kan håndtere de højt specialiserede indsatser på området i den nordjyske region.</p> <p>Der vil opstå et uerstatteligt videnstab hvis et specialiseret, tværfagligt tilbud som ISH forsvinder eller splittes op i dele. Dette vil have indgribende konsekvenser for kvaliteten af indsatsen til denne gruppe af mennesker med helt særlige behov.</p>
Kriterium C.2: (Optageområde)	<p>Beskriv tilbuddets hidtidige optageområde, herunder i hvilket omfang tilbuddet er afhængig af optag fra hele landsdelen</p> <p>Optageområdet er hele Nordjylland. På høreområdet er Thisted og Morsø kommuner dog undtaget.</p> <p>Af hensyn til opretholdelsen af viden inden for de små subspecialer er ISH afhængig af en tilstrækkelig kritisk masse svarende til hele landsdelen.</p>
<i>"Fri-tekst" til driftherres begrundelse af indstillingen</i>	
<p>De faglige medarbejdere har brug for en stor generel viden og erfaring for at kunne udvikle og opretholde en viden på de små og meget specialiserede områder. Som fagperson kan man ikke dække alle områder.</p> <p>I komplekse sager er der brug for et fagligt miljø, hvor man kan trække tværfagligt på andre fagpersoner med andre specialer.</p>	



Kriterier for udvælgelse af de mest specialiserede tilbud

For at sikre højst mulig gennemskuelighed, konsistens og sammenlignelighed på tværs ved udvælgelsen af de mest specialiserede tilbud, er der formuleret en række almene udvælgelseskriterier, der kan anvendes ved vurderingen af alle typer af tilbud og også over tid.

Vurderingen af, om et givent tilbud skal udpeges som mest specialiseret, vil afhænge af, om tilbuddets målgruppe har helt særlige karakteristika, og deraf følgende særlige behov, som alene kan imødekommes af et tilbud med specialiserede kompetencer. Ved udvælgelsen skal der desuden tages hensyn til, hvad kommunerne selv kan løse i eget regi/i klynger, og hvad kommunerne som udgangspunkt ikke ønsker at løfte selv, men gerne ser en forsyning opretholdt i landsdelen.

Kriterierne er på den baggrund inddelt i tre kategorier – hhv.:

- A. Kriterier, der vedr. målgruppens karakteristika,
- B. Kriterier, der vedrører tilbuddets kompetencer, og
- C. Kriterier, der vedrører forhold i omgivelserne – herunder det eksisterende udbud og efterspørgslen efter tilbudstypen i Nordjylland

For at et eksisterende tilbud kan blive udvalgt blandt de mest specialiserede, skal tilbuddet opfylde alle tre kategorier (A, B og C). Det foreslås dog, at der – med henblik på at skabe befordrende opstartsvilkår – kan gælde lempeligere udvælgelsesvilkår for nye tilbud, der etableres netop med det formål at løfte indsatser, der ellers ikke ville blive varetaget i regionen (jf. tabel 1).

Tabel 1: Regler for udvælgelse af de mest specialiserede tilbud

Regel for udvælgelse	Et tilbud skal opfylde alle 3 kategorier (A, B og C i tabel 2) for at blive indstillet som et af de mest specialiserede tilbud, der kan omfattes af et forstærket samarbejde
Undtagelse	Et nyoprettet/nyudviklet tilbud kan omfattes af det forstærkede samarbejde, selvom tilbuddet ikke fra start opfylder alle tre kategorier. Dispensationen forudsætter, at der i Den Administrative Styregruppe er enighed om, at der er behov for at oprette tilbuddet for at løfte en særlig indsats, der ellers ikke ville blive adresseret i regionen.

De konkret foreslåede kriterier inden for hver kategori nedenfor af tabel 2. Her fremgår desuden de nærmere krav til, hvornår den enkelte kategori er tilstrækkeligt opfyldt.

Det skal understreges, at det er dynamiske forhold, der med kriterierne skal vurderes på. Selvom de samme kriterierne anvendes uændret over tid, vil vurderingen af, hvilke konkrete tilbud, der skal omfattes af det forstærkede samarbejde, meget vel kunne ændre sig, og ikke kun som et udtryk for, at det enkelte tilbud har ændret sig, men også fordi der i mellemtiden kan være sket forskydninger i det kommunale landskab.

Tabel 2.: Kriterier til udvælgelse af de mest specialiserede tilbud

KATEGORI A: MÅLGRUPPEN	
Krav til opfyldelse af kategori A	Kategori A er opfyldt, hvis tilbuddet lever op til mindst ét af de tre kriterier i gruppen (dvs. enten A.1, A.2. eller A.3 skal være opfyldt)
Kriterium A.1:	<i>Tilbuddet er til små målgrupper med behov for et målgruppespecifikt tilbud</i>
Beskrivelse	<p>Formålet med dette kriterium er at identificere de tilbud, som retter sig til målgrupper, som har en så lille volumen, at der kun er et begrænset underlag for at opbygge specialiseret viden. Den enkelte kommune vil kun sjældent opleve at få borgere inden for målgruppen, og der kan i mindre kommuner godt gå flere år imellem tilfældene. Det er en forudsætning for at leve op til kriteriet, at målgruppen har særlige behov, der ikke kan imødekommes inden for rammerne af tilbud, der retter sig mod andre målgrupper. En indikation på kriteriet kunne fx være, at der i gennemsnit kun registreres ca. 15 tilfælde årligt i Nordjylland (svarende til ca. 1 tilfælde om året pr. 40.000 indbyggere).</p> <p>Eksempel: Mennesker med sjældne diagnoser, der afføder særlige behov</p>
Kriterium A.2:	<i>Tilbuddet er til målgrupper med meget høj kompleksitetsgrad</i>
Beskrivelse	<p>Formålet med dette kriterium er at identificere de tilbud, som retter sig til de meget komplekse målgrupper med en flerhed af samtidige og svære funktionsnedsættelser. Vurderingen af, om der er en meget høj kompleksitetsgrad, skal baseres på konkrete vurderinger af et givent tilbuds målgruppe, men vil altid afhænge både af antallet og af graden af funktionsnedsættelserne.</p> <p>Eksempler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mennesker med svær autisme kombineret med eksempelvis misbrug, særlig udadreagerende adfærd, udviklingshæmning og/eller opmærksomhedsforstyrrelse • Mennesker med svær medfødt eller erhvervet hjerneskade kombineret med eksempelvis fysisk funktionsnedsættelse (fx høre-/syns-/ mobilitetsnedsættelse) og kommunikationsnedsættelse • Mennesker med svær udviklingshæmning kombineret med eksempelvis fysisk funktionsnedsættelse (fx syns-/hørenedsættelse), misbrug, udadreagerende adfærd og/eller stærke personlighedsforstyrrelser

Kriterium A.3:	<i>Tilbuddet er til målgrupper, som er udmeldt af Socialstyrelsen som fokusområder</i>
Beskrivelse	<p>Formålet med kriteriet er, at identificere de tilbud, som der fra central side vil være fokus på i den nationale koordinationsstruktur. Socialstyrelsen får med den nye nationale koordinationsstruktur mulighed for at udpege målgrupper eller særlige indsatser, hvor styrelsen anser, der er behov for øget koordination og planlægning mellem kommunerne for at sikre udbuddet af de specialiserede indsatser. For hver region skal kommunerne afrapportere i fællesskab til Socialstyrelsen, hvordan man tilrettelægger og organiserer indsatsen indenfor de udmeldte områder.</p> <p>Eksempler (nævnt i regeringens udspil til justering af kommunalreformen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mennesker med svære spiseforstyrrelser med behov for en højt specialiseret indsats • Særligt skadede spæd- og småbørn

KATEGORI B: TILBUDET	
Krav til opfyldelse af kategori B	Kategori B er opfyldt, hvis tilbuddet lever op til kriterium B.1
Kriterium B.1	<i>Tilbuddet skal have specialiserede kompetencer til at dække målgruppernes særlige behov</i>
Beskrivelse	<p>Formålet er at afgrænse udvælgelsen til tilbud, som er kendetegnet ved at have specialiserede kompetencer til at imødekommer målgruppernes særlige behov. Om kriteriet er opfyldt vil afhænge af en konkret vurdering af et givent tilbuds indsatser. Der vil typisk være tale om tilbud, som kan betragtes som regionale "flagskibe" inden for feltet, som råder over nyeste viden og har dokumenteret erfaring med håndtering af den konkrete målgruppes specifikke problemstillinger.</p> <p>Eksempler på specialiserede kompetencer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ekspertviden hos enkelte medarbejdere og specialiserede tværfaglige kompetencer i sammensætningen af personalegruppen, veldokumenteret erfaring med anvendelse af anerkendte metoder og tilgange

KATEGORI C: OMGIVELSERNE

Krav til opfyldelse af kategori C	Kategori C er opfyldt, hvis tilbuddet lever op til begge kriterier i gruppen (dvs. både C.1 og C.2 skal være opfyldt)
Kriterium C.1:	<i>Der er som udgangspunkt ingen alternativer til tilbuddet i Nordjylland, og det vurderes samtidig at være nødvendigt at opretholde tilbudstypen i landsdelen</i>
Beskrivelse	Formålet med kriteriet er at afgrænse udvælgelsen til de tilbud, hvor der kun er få - som udgangspunkt ingen - alternative tilbud i regionen til at løfte målgruppens behov. Det er samtidig en forudsætning, at det vurderes nødvendigt at opretholde tilbudstypen i landsdelen af hensyn til bevarelse af kompetencer og viden, frem for at basere forsyningen på tilkøb i andre landsdele.
Kriterium C.2:	<i>Tilbuddet er afhængig af et stort optageområde</i>
Beskrivelse	Formålet med kriteriet er at identificere de tilbud, som er afhængige af at have et stort optageområde på størrelse med hele regionen for at kunne drives fagligt og økonomisk bæredygtigt



NOTAT

Fælles tekst vedr. de sikrede institutioner, rammeaftalen 2015

Tværgående koordination af de sikrede institutioner

Kommunalbestyrelserne skal i dialog med regionsrådene sikre tværregional koordination af de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud samt de sikrede institutioner. Der er på den baggrund nedsat et kommunalt koordinationsforum bestående af repræsentanter fra de administrative styregrupper på det specialiserede socialområde i hvert af de fem KKR. Koordinationsforum er ansvarlig for at udarbejde forslag til landsdækkende koordination af de berørte områder, som indgår i de enkelte rammeaftaler.

Koordinationsforum har i 2013 haft særligt fokus på de sikrede institutioner, og har på den baggrund udarbejdet følgende forslag til tværgående koordination af de sikrede institutioner for børn og unge. Forslaget bygger på dialog med Danske Regioner og med de regionale driftsherrer.

Fem principper som grundlag for den tværgående koordination

Koordinationsforum har udarbejdet fem principper, som er udgangspunktet for den tværgående koordination af de sikrede institutioner. De fem principper er:

- Når et barn eller en ung visiteres til en sikret institution, bør nærhed til bopælskommune vægtes højt (nærhedsprincippet). Nærhedsprincippet skal være kendt af de involverede samarbejdsparter. Der kan dog være hensyn, som gør, at der afviges fra nærhedsprincippet f.eks. i banderelaterede sager eller ved særlige behov hos barnet/den unge mm.
- Der bør som udgangspunkt være en sikret institution i hver region for at kunne leve op til nærhedsprincippet. Men geografi kan ikke stå alene. Der skal være samarbejde og dialog på tværs af regionerne

Den 25. oktober 2013

Sags ID: SAG-2013-00893

Dok.ID: 1757355

MTA@kl.dk

Direkte 3370 3490

Mobil 5197 1853

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 1/3

bl.a. med henblik på at sikre, at kapaciteten er tilpasset lokale og landsdækkende behov.

- Det gode samarbejde mellem kommuner og de sikrede institutioner om den enkelte unge skal bevares og udvikles. Idet de unge i gennemsnit kun opholder sig 55 dage på en sikret institution, er det væsentligt at have fokus på 'den gode overgang'.
- Der skal være fokus på kvalitet og effekt af indsatserne. Der arbejdes for et større overblik over de sikrede institutioners målgrupper, ydelser og resultater samt større gennemsigtighed i sammenhæng mellem pris og indhold.
- Der skal være en tæt dialog mellem region og kommuner om kapacitetsændringer på de sikrede institutioner. Koordinationsforum involveres i beslutning om kapacitetsændringer for at sikre et overblik på landsplan.

Kapacitet og belægning på de sikrede institutioner

Kapacitet og belægning på de sikrede institutioner for 2013 fremgår af bilag xx 'Lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede institutioner – opgørelse af kapacitet og belægning samt behov og efterspørgsel' (udarbejdes af rammeaftalesekretariaterne)

Kapaciteten på de sikrede institutioner vurderes som værende på rette niveau for 2015, efter at regionerne i 2012 har lukket en række pladser.

Det noteres, at belægningen på de sikrede institutioner i 2013 har udvist følgende tendens (afventer opgørelse)

Forudsat belægningsprocent

I forbindelse med kapacitetstilpasningen i 2012 valgte regionerne at sænke den forudsatte belægningsprocent fra 95 pct. til 85 pct.

Med styringsaftalen for 2015 hæves den forudsatte belægningsprocent til 90 pct. På sigt er målet, at den forudsatte belægningsprocent for de sikrede institutioner hæves til 95 pct., så den følger belægningsprocenten for de øvrige sociale tilbud.

Falles udviklingstema i 2015 om sammenhæng mellem målgrupper, indsatser og pris

De sikrede institutioner løfter som udgangspunkt de samme opgaver, men der kan være forskelle i målgrupper og ydelser på de enkelte tilbud. Der er et kommunalt ønske om at få større gennemsigtighed i målgrupper, ydelser, effekt af indsatsen og sammenhæng mellem pris og indhold i de enkelte tilbud.

I 2015 vil kommunerne og de regionale driftsherrer/Københavns Kommune arbejde med et fælles udviklingstema, som tager afsæt i følgende udviklingspunkter:

- Dokumentation af målgrupper, ydelser, effekt og sammenhæng mellem pris og indhold på de enkelte tilbud.
- Harmonisering af enhedspris på de tilbud, hvor målgrupper og ydelser er ens.
- Afdække mulighederne for mere fleksibilitet i kapaciteten, således at antallet af pladser løbende kan tilpasses mindre udsving i behovet.



Kommissorium for opfølgning på Samarbejdsmodellen – Det gode samarbejde

Samarbejdsmodellen "Det Gode Samarbejde", blev godkendt af den administrative styregruppe d. 15. november 2013.

Samarbejdsmodellen skal bl.a. imødekomme socialministerens udmelding til rammeaftalen for 2014 om, hvordan det fremtidige samarbejde om tilsynsopgaven mest hensigtsmæssigt kan tilrettelægges, så der tages hensyn til både kommuner, regioner og private som driftsherre, til kommunerne som købere af pladser i tilbuddene og til at socialtilsynet kan udfylde den rolle som det får efter loven.

Loven om socialtilsyn træder i kraft 1. januar 2014 og samarbejdet efter samarbejdsmodellen skal igangsættes.

Det foreslås, at nedsætte en følgegruppe som skal følge og løbende evaluere på samarbejdet omkring det nye sociale tilsyn med afsæt i Samarbejdsmodellen.

Følgegruppen refererer til Den Administrative Styregruppe.

Følgegruppens opgaver vil være

- Med baggrund i leverede data, fastlagt i vejledningen til lov om socialt tilsyn, drøftes samarbejde og dialog i relation til allerede gennemførte godkendelser og tilsyn. Hvordan opleves besøgene og er der tilbagemeldinger til tilsynet omkring tilsynsbesøg, forberedelse til tilsynsbesøg eller efterfølgende rapporteringer.
- Socialtilsyn Nord oplyser antallet af skærpede tilsyn og evt. frakendelser, herunder processen om disse. Følgegruppen kan evaluere på et evt. forløb i kommunalt eller regionalt regie og hvorvidt samarbejdsaftalen har fungeret
- Følgegruppen drøfter hvorvidt snitfladen mellem det individuelle og det generelle tilsyn fungerer efter lovens intentioner, f.eks. særligt i relation til handleplaner og magtindberetninger.



- Følgegruppen evaluerer på de fastlagte tidsfrister i samarbejdsaftalen og drøfter evt. kvalitetsstandard for det sociale tilsyn; herunder om der er brug for andre aftaler omkring tidsfrister

Følgegruppens medlemmer er arbejdende medlemmer, forstået på den måde, at de har pligt til at undersøge på tværs af forvaltninger og områder i egen organisation, hvordan tilsynet fungerer samt bidrage til at information givet i følgegruppen når ud i egen organisation.

Socialtilsyn Nord's sekretariat er sekretariat for Følgegruppen

Første møde afholdes hos Socialtilsyn Nord ultimo marts 2014 og der afholdes møder kvartalsvist.

Deltagere: Én ledelsesrepræsentant eller fagperson fra hver kommune i Nordjylland og Region Nordjylland, som udpeges og meldes tilbage til Socialtilsyn Nord.

Følgegruppen skal samle erfaringer op, som afrapporteres til det sidste årlige DAS-møde i 2014.

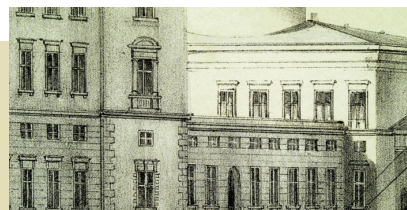
4/2013

STATSREVISORERNE



Beretning om det specialiserede socialområde

– statens overførsler til kommuner og regioner
i 2012



4/2013

Beretning om det specialiserede socialområde

– statens overførsler til kommuner og regioner
i 2012

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2013

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18: Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Økonomi- og indenrigsministeren og social- og integrationsministeren afgiver en redegørelse til beretningen. Økonomi- og indenrigsministerens kommentarer til de indhentede udtalelser fra regionsrådene indgår i redegørelsen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministrenes redegørelser.

På baggrund af ministrenes redegørelser og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i april 2014.

Ministrenes redegørelser, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i april måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2013, som afgives i april 2015.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk
Hjemmeside: www.rosendahls-schultzgrafisk.dk

ISSN 2245-2885
ISBN 978-87-7434-416-2

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE – STATENS OVERFØRSLER TIL KOMMUNER OG REGIONER I 2012

Ved kommunalreformen i 2007 fik kommunerne ansvaret for det specialiserede socialområde og fik i den forbindelse mulighed for at overtage de tidligere amters tilbud på området, fx botilbud for borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Samtidig fik regionerne en forsyningsforpligtelse for de tilbud, der forblev i regionerne. Det betyder, at regionerne har ansvaret for at levere tilbud om dag- og døgnpladser, som er aftalt i rammeaftalerne med kommunerne.

De samlede offentlige serviceudgifter til det specialiserede socialområde var i 2012 ca. 44 mia. kr. – bl.a. til drift af kommunernes egne institutioner og til køb hos andre kommuner, regioner eller private. Regionernes omkostninger ved tilbud på det specialiserede socialområde – især botilbud – udgjorde 4,3 mia. kr. i 2012, som dækkes af kommunerne ved køb af tilbud i regionerne.

Statsrevisorerne finder, at rammerne for regionernes og kommunernes opgaver på det specialiserede socialområde er uhensigtsmæssige, idet:

- rammeaftalerne mellem regionerne og kommunerne ikke er styringsegne i forhold til udbud af og efterspørgsel på tilbudspladser
- Tilbudsportalen (landsdækkende portal med oplysninger om regionale, kommunale og private tilbud på det sociale område) ikke opfylder formålet om gennemsigtige og sammenlignelige tilbud, bl.a. fordi regionernes rammeaftaler er udarbejdet på forskellige grundlag. Statsrevisorerne finder, at Social-, Børne- og Integrationsministeriet bør sikre en større gennemsigtighed i Tilbudsportalen
- Tilbudsportalen ikke altid anvendes af kommunerne, bl.a. fordi portalens oplysninger ikke er valide
- det er usikkert, om alle kommuner hjemtager korrekt statsrefusion.

Statsrevisorerne,
den 13. november 2013

*Peder Larsen
Henrik Thorup
Helge Adam Møller
Kristian Jensen
Klaus Frandsen
Magnus Heunicke*



Beretning til Statsrevisorerne om det specialiserede socialområde

– statens overførsler til kommuner og regioner
i 2012

Rigsrevisionen afgiver hermed denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012. Beretningen vedrører 2 ministerområder fra statsregnskabet for 2012: § 10. Økonomi- og Indenrigsministeriet og § 15. Social- og Integrationsministeriet.

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	1
II.	Indledning	4
	A. Baggrund	4
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	6
III.	Regionernes styring af det specialiserede socialområde.....	8
	A. Rammeaftalerne og regionernes styring af det specialiserede socialområde	8
	B. Det specialiserede socialområdes økonomiske balance	10
	C. Taksternes sammenlignelighed og gennemsigthed.....	11
IV.	Kommunernes administration vedrørende midlertidige og længerevarende botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108	14
	A. Kommunernes brug af Tilbudsportalen.....	15
	B. Kommunernes visitation til regionale botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108.....	15
	C. Kommunernes generelle refusionshjemtagelse.....	17
	Bilag 1. Midlertidigt eller længerevarende ophold i boformer efter servicelovens §§ 107 og 108	20
	Bilag 2. Ordliste.....	21

Beretningen vedrører 2 ministerområder fra statsregnskabet for 2012:
§ 10. Økonomi- og Indenrigsministeriet og § 15. Social- og Integrationsministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Økonomi- og Indenrigsministeriet:
Margrethe Vestager: oktober 2011 -

Social- og Integrationsministeriet:
Karen Hækkerup: oktober 2011 - august 2013

Social-, Børne- og Integrationsministeriet:
Annette Vilhelmsen: august 2013 -

I. Introduktion og konklusion

1. Rigsrevisionen reviderer hvert år statens overførsler til kommuner og regioner for at vurdere, om overførslerne er i overensstemmelse med det aftalte, om midlerne anvendes i henhold til de gældende regler, og om regnskabsaflæggelsen er korrekt. Resultatet af revisionen indgår i grundlaget for Rigsrevisionens samlede erklæring om statsregnskabet, der fremgår af beretning til Statsrevisorerne om revisionen af statsregnskabet for 2012 (RS-beretningen), som er afgivet i november 2013. I RS-beretningen er kort omtalt de helt overordnede resultater af revisionen af statens overførsler til kommuner og regioner.

2. Denne beretning behandler udvalgte områder på det specialiserede socialområde, som Rigsrevisionen har haft særligt fokus på ved revisionen i kommuner og regioner i 2012.

I forbindelse med kommunalreformen i 2007 blev det specialiserede socialområde omlagt, så kommunerne blev omdrejningspunkt for indsatsen over for den enkelte borger. Området blev opbygget, så det skulle give den enkelte kommune overblik over udbuddet af og priser på tilbud i markedslignende vilkår. Tilbudsportalen indeholder takster for og oplysninger om alle godkendte tilbud. For yderligere at skabe synlighed om kapacitet og behov for pladser indgår hver region og de kommuner, der er beliggende i regionen, hvert år en rammeaftale. Rammeaftalerne udgør regionernes primære grundlag for at udbyde tilbud på området og præciserer principperne for takstberegningen på baggrund af takstbekendtgørelsen.

Rigsrevisionens gennemgang i regionerne omfattede en undersøgelse af, om rammeaftalerne er anvendelige for regionerne som styringsinstrument på det specialiserede socialområde. Gennemgangen omfattede endvidere en undersøgelse af, om taksterne i Tilbudsportalen er gennemsigtige og sammenlignelige, så kommunerne har mulighed for at vælge det bedst egnede tilbud til den bedste pris ved visitation af kommunens borgere til tilbud på området.

Rigsrevisionen har desuden undersøgt kommunernes køb af tilbud i regionerne på det specialiserede socialområde. Undersøgelsen omfattede kommunernes administration af sager med visitation til botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 om midlertidige og længerevarende botilbud til borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Det er muligt for kommunerne at hjemtage statsrefusion for udgifter til disse botilbud, når omkostningerne overstiger en tærskelværdi og bliver omfattet af den centrale refusionsordning efter servicelovens § 176 om særligt dyre enkeltsager.

Tilbudsportalen blev oprettet i forbindelse med kommunalreformen i 2007 og er en landsdækkende, statslig database med oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud på det sociale område.

Portalen drives af Socialstyrelsen og indeholder oplysninger om bl.a. pris på og indhold af de konkrete tilbud.

En rammeaftale er en årlig styrings- og udviklingsaftale mellem kommunerne og regionerne, som danner grundlag for kommunernes forsyningsansvar og regionernes forsyningsforpligtelse. Rammeaftalen skal bestå af en udviklingsstrategi, en styringsaftale og en bilagsoversigt over alle de omfattede tilbud.

Takstbekendtgørelsen Bekendtgørelse nr. 683 af 20. juni 2007 om omkostningsbaserede takster for kommunale tilbud.

Særligt dyre enkeltsager Staten refunderer en del af kommunernes udgifter i konkrete sager om hjælp og støtte til personer under 67 år. Alt efter størrelsen af den kommunale udgift til en sag yder staten enten 25 % eller 50 % refusion.

Midlertidigt ophold i boformer efter servicelovens § 107

Kommunerne kan tilbyde midlertidigt ophold i boformer til borgere, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.

Længerevarende ophold i boformer efter servicelovens § 108

Kommunerne skal tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til borgere, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

3. Det overordnede formål med undersøgelsen er at belyse den regionale og kommunale opgaveløsning på et væsentligt, borgernært område. Det har Rigsrevisionen gjort ved at besvare følgende spørgsmål:

- Er rammeaftalerne anvendelige for regionerne som styringsinstrument på det specialiserede socialområde?
- Er taksterne i Tilbudsportalen gennemsigtige og sammenlignelige, så kommunerne har mulighed for at vælge de bedst egnede tilbud til den bedste pris til kommunens borgere?
- Understøtter kommunernes procedurer for visitation til botilbudspladser efter servicelovens §§ 107 og 108 en korrekt sagsbehandling?
- Har kommunerne i det væsentligste tilrettelagt deres forvaltning af den generelle refusionshjemtagelse på en måde, der medvirker til at sikre, at vilkårene for hjemtagelse af statsrefusion er opfyldt?

UNDERSØGELSENS HOVEDKONKLUSION

Rigsrevisionen finder, at rammeaftalerne mellem regioner og kommuner ikke i tilstrækkeligt omfang kan anvendes af regionerne til at styre det specialiserede socialområde. Det skyldes primært, at regionerne har pligt til at udbyde det antal tilbudspladser, som kommunerne har udtrykt behov for i rammeaftalen med regionen, mens kommunerne ikke har pligt til at aftage disse pladser. Dette medfører en risiko for, at rammeaftalerne ikke opfylder formålet om en hensigtsmæssig udnyttelse af resurser og ekspertise.

Rigsrevisionen konstaterer imidlertid, at regionerne på trods af svagheder ved rammeaftalerne formår at holde området i økonomisk balance set over tid. Region Hovedstaden har dog siden 2007 oparbejdet et samlet overskud, der i 2012 udgjorde 99,1 mio. kr. Rigsrevisionen finder, at denne udvikling ikke helt er i overensstemmelse med kravet om, at området økonomisk skal hvile i sig selv. Region Hovedstaden forventer, at det akkumulerede overskud vil være udlignet i løbet af 2014 og 2015.

Rigsrevisionen konstaterer, at taksterne i Tilbudsportalen ifølge kommunerne er ugennemsigtige og vanskelige at sammenligne. Det skyldes dels, at de 5 rammeaftaler har forskellige prisstrukturer, der indvirker på taksterne, dels at takstfastsættelsen for de øvrige tilbud også sker ud fra forskellige regler.

Disse forskelle vanskeliggør kommunernes mulighed for at sammenligne tilbud og takster på tværs, når de skal visitere borgere til et tilbud. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at de besøgte kommuner generelt kun i et begrænset omfang anvender Tilbudsportalen til at finde det bedste tilbud til den bedste pris. De markedslignende vilkår, der skulle være med til at sikre borgerne de bedst egnede tilbud til den bedste pris, er dermed ikke fuldt ud til stede. Rigsrevisionen vurderer på den baggrund, at Tilbudsportalen på dette område ikke opfylder sit formål om at skabe gennemsigtighed og sammenlignelighed mellem tilbud.

Kommunerne må alene visitere borgere til godkendte tilbudspladser, der fremgår af Tilbudsportalen. Rigsrevisionen finder det ikke tilfredsstillende, at de 8 besøgte kommuner ikke altid sikrer sig, at anvendte botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 fremgår af Tilbudsportalen. Oplysningerne på portalen er dog ikke altid valide, hvorfor Rigsrevisionen finder, at Social-, Børne- og Integrationsministeriet bør sikre en bedre kvalitetssikring af disse oplysninger.

De 8 besøgte kommuner kan efter Rigsrevisionens vurdering forbedre understøttelsen af sagsbehandleres visitation til botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108, fx gennem skriftlige retningslinjer e.l. og et bedre ledelsestilsyn. Alle de besøgte kommuner har indført eller er ved at indføre en systematisk sagsbehandlingsmetode for visitation til botilbud på området. Rigsrevisionen gør opmærksom på, at kommunerne har ansvaret for at etablere betryggende og hensigtsmæssige forretningsgange for sagsbehandlingen.

Endelig vurderer Rigsrevisionen, at det er usikkert, om Københavns og Rebild kommuner på alle områder havde hjemtaget korrekt statsrefusion. Begge kommuner arbejder på at forbedre deres forvaltning på en måde, der kan medvirke til at sikre korrekt hjemtagelse af statsrefusion.

II. Indledning

A. Baggrund

Statens overførsler til kommuner og regioner

4. Statens overførsler til kommuner og regioner er et økonomisk meget væsentligt område. I 2012 overførte staten 360,2 mia. kr. til kommuner og regioner i refusion og tilskud. Overførslerne bestod af refusion af en række af kommunernes udgifter til borgerrettede ydelser. Refusionsordningerne blev i 2012 administreret af Social- og Integrationsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter og Ministeriet for Børn og Undervisning. Overførslerne bestod endvidere af statstilskud til kommuner og regioner, som i 2012 blev administreret af Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Social- og Integrationsministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter overførte samlet 180,6 mia. kr. i refusion af kommunernes udgifter på en lang række borgerrettede ydelser, fx kontanthjælp, integrationsydelse og sygedagpenge. Beskæftigelsesministeriet varetager overførslerne på refusionsordningerne under Ministeriet for Børn og Undervisning.

Økonomi- og Indenrigsministeriet overførte derudover 95,7 mia. kr. i tilskud til kommunerne i form af bloktilskud, særtilskud og beskæftigelsestilskud samt 83,9 mia. kr. i tilskud til regionernes drift af sundhedsområdet og regional udvikling.

Det specialiserede socialområde

5. I forbindelse med kommunalreformen i 2007 blev det specialiserede socialområde omlagt, så kommunerne blev omdrejningspunkt for indsatsen for den enkelte borger. Kommunerne fik således det fulde myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på det specialiserede socialområde. Samtidig fik regionerne en forsyningsforpligtelse, der betyder, at regionerne har ansvaret for at levere de tilbud om dag- og døgnpladser, som er aftalt i rammeaftalerne med kommunerne. Regionerne leverer typisk nogle af de højt specialiserede tilbud. Det specialiserede socialområde er et af de områder, der er omfattet af Økonomi- og Indenrigsministeriets rapport "Evaluering af kommunalreformen" fra marts 2013.

6. Det er hensigten, at køb og salg på det specialiserede socialområde skal ske på markeds-lignende vilkår. For at understøtte dette blev Tilbudsportalen oprettet i 2007. Tilbudsportalen er en landsdækkende, statslig database med oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud på det specialiserede socialområde. Portalen indeholder oplysninger om bl.a. pris på og indhold af alle godkendte tilbud i Danmark. Formålet med portalen er at skabe et fælles overblik over tilbuddene, at skabe gennemsuelighed og sammenlignelighed mellem tilbud – herunder også prisen – og at sikre en lige konkurrence mellem private og offentlige leverandører. Det er Socialstyrelsens opgave at føre en stikprøvekontrol med, om oplysningerne i Tilbudsportalen svarer til de faktiske forhold i tilbuddet.

Staten udbetaler refusion af en andel af kommunernes udgifter til borgerrettede ydelser, fx kontanthjælp, integrationsydelse og sygedagpenge.

Størrelsen af refusionen er afhængig af aktiviteten, fx antallet af kontanthjælpsmodtagere.

Statens tilskud til kommuner og regioner bliver hvert år fastlagt i politiske aftaler mellem regeringen og henholdsvis KL og Danske Regioner.

Tilskuddene består bl.a. af generelle tilskud, øremærkede tilskud, fx til ældreområdet, og tilskud baseret på takster, dvs. aktivitetsafhængige tilskud.

Godkendte tilbud anvendes i denne beretning som en fællesbetegnelse for de tilbud, der fremgår af Tilbudsportalen.

Kommuner og regioner skal godkende tilbuddenes indberetninger (registrering), før de fremgår af Tilbudsportalen, og påse, at indberetningerne er korrekte. Endvidere skal kommuner og regioner føre tilsyn med tilbuddene, herunder det indholdsmæssige.

Private tilbud efter servicelovens § 14, stk. 3, skal altid godkendes af kommunalbestyrelsen/regionsrådet.

Som følge af tilsynsreformen pr. 1. januar 2014 får de 5 nye socialtilsynsmyndigheder ansvaret for, at oplysningerne om langt de fleste tilbud på Tilbudsportalen er korrekte.

Regionernes udbud af tilbud styres ved rammeaftaler, der indgås mellem hver af de 5 regioner og kommunerne beliggende i regionen. Formålet med rammeaftalerne er at sikre og styre den faglige udvikling på tværs af kommunegrænser, at skabe synlighed og gennemsækelighed om kapacitet, om behov for pladser og om takst- og udgiftsudvikling samt at sikre og koordinere udvikling af nye tilbud, så resurser og ekspertise bliver udnyttet hensigtsmæssigt.

Hovedtal for det specialiserede socialområde

7. Regionerne driver både dag-, klub- og døgntilbud for henholdsvis børn, unge og voksne, herunder sikrede døgninstitutioner, beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud samt forsorgshjem og krisecentre. Regionerne har desuden specialundervisningstilbud til børn, unge og voksne samt specialrådgivning og udredning.

De samlede serviceudgifter til det specialiserede socialområde var i 2012 ca. 44 mia. kr. En del af disse udgifter går til tilbud købt i regionerne. I 2012 udgjorde regionernes omkostninger til det specialiserede socialområde 4,3 mia. kr. Ifølge Økonomi- og Indenrigsministeriets budget- og regnskabssystem for regioner er området fuldt ud takstfinansieret af kommunerne, bortset fra et mindre beløb til særlige administrative omkostninger. Området fremgår derfor ikke af statsregnskabet.

I oktober 2013 fremgik det af Tilbudsportalen, at regionerne udbyder 6,5 % af ydelserne, mens kommuner og private udbydere 93,5 % af ydelserne. Regionernes salg til kommunerne er derfor begrænset set i forhold til det samlede antal udbudte ydelser, men er ikke desto mindre et økonomisk væsentligt område.

8. Hovedparten af regionernes driftsomkostninger på det specialiserede socialområde er knyttet til driften af botilbud for borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse samt forsorgshjem og kvindekrisecentre.

Tabel 1 viser hovedtal for det specialiserede socialområde i de 5 regioner i 2012.

I marts 2013 afgav udvalget om evaluering af kommunalreformen sin rapport. Udvalgets opgave var at vurdere og overveje justeringer, dels af den nuværende opgavefordeling mellem kommuner, regioner og stat, dels af de eksisterende samarbejdsstrukturer og redskaber til koordination og styring mv. i den offentlige sektor. 4 opgaveområder indgik i vurderingen, heriblandt det specialiserede socialområde.

Tabel 1. Hovedtal for det specialiserede socialområde i regionerne i 2012

	Driftsomkostninger (Mio. kr.)	Årsværk (Antal)	Tilbud (Antal)
Region Hovedstaden	882,2	1.597	21
Region Midtjylland	1.240,1	2.474	32
Region Nordjylland	710,0	1.408	17
Region Sjælland	592,9	1.360	15
Region Syddanmark	881,2	1.464	30
I alt	4.306,4	8.303	115

Note: Driftsomkostninger udgør lønudgifter, øvrige driftsudgifter og afskrivninger, feriepengehensættelser, hensættelse til tjenestemandspensioner mv. Tabellen omfatter alle regionale tilbud på det specialiserede socialområde, herunder tilbud vedrørende specialundervisning og specialrådgivning.

Kilde: Regionernes årsrapporter for 2012.

Det fremgår af tabel 1, at de samlede regionale udgifter på det specialiserede socialområde udgjorde ca. 4,3 mia. kr. i 2012. Det samlede antal medarbejdere på området er opgjort til ca. 8.300 årsværk, og der er i alt 115 tilbud på området. Det specialiserede socialområde er således et økonomisk væsentligt område, som har betydning for mange borgere.

B. Formål, afgrænsning og metode

9. Denne beretning handler om det specialiserede socialområde, som vedrører overførsler fra Social-, Børne- og Integrationsministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet.

10. Det overordnede formål med undersøgelsen er at belyse den regionale og kommunale opgaveløsning på et væsentligt, borgernært område. Det har Rigsrevisionen gjort ved at besvare følgende spørgsmål:

- Er rammeaftalerne anvendelige for regionerne som styringsinstrument på det specialiserede socialområde?
- Er taksterne i Tilbudsportalen gennemsigtige og sammenlignelige, så kommunerne har mulighed for at vælge de bedst egnede tilbud til den bedste pris til kommunens borgere?
- Understøtter kommunernes procedurer for visitation til botilbudspadser efter servicelovens §§ 107 og 108 en korrekt sagsbehandling?
- Har kommunerne i det væsentligste tilrettelagt deres forvaltning af den generelle refusionshjemtagelse på en måde, der medvirker til at sikre, at vilkårene for hjemtagelse af statsrefusion er opfyldt?

11. Undersøgelsen er afgrænset til at omhandle områder under Social- og Integrationsministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet og omtaler derfor ikke forhold vedrørende Beskæftigelsesministeriet, Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter samt Ministeriet for Børn og Undervisning.

Social- og Integrationsministeriet omtales i denne beretning med den nugældende betegnelse Social-, Børne- og Integrationsministeriet.

Der er ingen fast definition af det specialiserede socialområde. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes styring af det specialiserede socialområde afgrænser sig til rammeaftalerne og prisfastsættelsen af taksterne på området, og om området økonomisk hviler i sig selv. For rammeaftalerne er undersøgelsen afgrænset til Social-, Børne- og Integrationsministeriets område. Undersøgelsen omhandler derfor ikke rammeaftalerne på specialundervisningsområdet, som er underlagt Ministeriet for Børn og Undervisning. Undersøgelsen af kommunernes visitationsprocedurer afgrænser sig til at omhandle kommunernes anvendelse af Tilbudsportalen i visitationen af borgere til tilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 samt kvaliteten af kommunernes skriftlige retningslinjer og ledelsestilsyn i visitationen og refusionshjemtagelsen i de besøgte kommuner. Undersøgelsen af kommunernes refusionshjemtagelse omfatter de 8 besøgte kommuners generelle refusionshjemtagelse.

12. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes styring af det specialiserede socialområde bygger på interviews i regionerne og gennemgang af regionernes årsregnskaber, rammeaftalerne for 2012 og 2013 samt regionernes forretningsgange og retningslinjer for styring af det specialiserede socialområde.

Endvidere blev Rigsrevisionen på møder med regionernes revisorer orienteret om udførelsen af den generelle revision såvel som revisionen af det specialiserede socialområde og regionens opfølgning herpå. Derudover blev revisors vurdering af regionens økonomiforvaltning m.m. drøftet.

13. Rigsrevisionen gennemgik også 8 udvalgte kommuners administration af sager med visitation af borgere til botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 om henholdsvis midlertidige og længerevarende botilbud for borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Rigsrevisionen har i denne forbindelse undersøgt de 8 kommuners visitationsprocedurer, særligt med fokus på køb af pladser i regionerne. Derudover har Rigsrevisionen undersøgt kommunernes brug af Tilbudsportalen ved visitationen af borgere til botilbud, den generelle administration af sager om botilbudspladser og den ledelsesmæssige kontrol af sagsbehandlingen af disse sager.

Som supplement hertil har Rigsrevisionen undersøgt kvaliteten af den samlede refusionshjemtagelse i de 8 kommuner ved at gennemgå styringsgrundlaget for refusionshjemtagelsen i form af vejledninger og overordnede styringsprincipper, forretningsgange og dokumentation for refusionshjemtagelsen, herunder ledelsestilsyn og kvalitetssikring.

De udvalgte kommuner var Ballerup, Faaborg-Midtfyn, Vejle, Faxe, Rebild, Slagelse, Hedensted og København (Socialforvaltningen). Kommunerne var valgt ud fra generelle kriterier som fx Rigsrevisionens tidligere besøg, kommunens valg af revisor, geografisk beliggenhed og størrelse af hjemtaget statsrefusion.

14. Beretningen har i udkast været forelagt Social-, Børne- og Integrationsministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, de 5 regioner og de 8 besøgte kommuner, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet.

15. Bilag 1 indeholder en nærmere beskrivelse af midlertidigt eller længerevarende ophold i boformer efter servicelovens §§ 107 og 108. Bilag 2 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

III. Regionernes styring af det specialiserede socialområde

Rigsrevisionen finder, at rammeaftalerne er mindre effektive og anvendelige for den enkelte region som styringsinstrument. Aftalernes korte tidshorizont kombineret med, at kommunerne ikke er forpligtet til at aftage det antal pladser, de har udtrykt behov for i rammeaftalen, svækker regionernes mulighed for langtidsplanlægning og -styring på området.

Rigsrevisionen vurderer imidlertid, at regionerne på trods af svaghederne ved rammeaftalerne formår at styre området hensigtsmæssigt. Set over tid holder regionerne generelt det specialiserede socialområde i økonomisk balance. Region Hovedstaden har dog løbende oparbejdet et samlet overskud, der i 2012 udgjorde 99,1 mio. kr.

Rigsrevisionen konstaterer, at en række forhold medfører, at taksterne på de forskellige tilbud på Tilbudsportalen ifølge kommunerne ikke er gennemsigtige og sammenlignelige. Det skyldes dels, at rammeaftalerne ikke har ens principper for takstfastsættelsen – fx er det forskelligt, hvordan omkostningerne indgår i den enkelte regions takster – dels at omfanget af ydelser indeholdt i basistaksten kan variere på umiddelbart sammenlignelige tilbud. Rigsrevisionen konstaterer videre, at der både i regioner og kommuner er forskellige opfattelser af, hvilke ydelser basistaksten skal indeholde. Disse forhold vanskeliggør sammenligning af takster på tværs af regionale grænser.

Takstfastsættelsen for de øvrige tilbud, der ikke er omfattet af rammeaftalerne, sker også ud fra forskellige regler. Dette medfører, at taksterne på de forskellige tilbud på Tilbudsportalen ikke er gennemsigtige og sammenlignelige.

A. Rammeaftalerne og regionernes styring af det specialiserede socialområde

16. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes styring af det specialiserede socialområde har vist følgende:

- Rammeaftalen forpligter regionen til at levere det antal pladser, der aftales med regionens kommuner, men kommunerne er ikke forpligtet til at aftage det antal pladser, de har udtrykt behov for i rammeaftalen. Endvidere indgås rammeaftalerne mellem regionen og kommunerne i regionen for 1 år ad gangen, hvilket vanskeliggør langsigtet planlægning.

Rammeaftalerne

17. På det specialiserede socialområde skal kommunerne og regionerne årligt udarbejde rammeaftaler som styringsgrundlag for kommunernes forsyningsansvar og regionernes forsyningsforpligtelse. Rammeaftalerne skal indgås i henhold til bekendtgørelse nr. 1021 af 20. august 2013 om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde.

Rammeaftalen skal ifølge bekendtgørelsen bestå af en udviklingsstrategi, en styringsaftale og en bilagsoversigt. Kommunerne har fra 2011 overtaget ansvaret for koordineringen af rammeaftalen fra regionerne.

Udviklingsstrategien danner grundlag for styringsaftalen og kan indeholde elementer om faglig udvikling i tilbuddene, fleksibel anvendelse af eksisterende tilbud og etablering af nye tilbud. *Styringsaftalen* skal indeholde 7 specifikke punkter vedrørende omfang af tilbud og takstfastsættelse. Det drejer sig fx om angivelse af, hvilke konkrete tilbud der er omfattet af styringsaftalen, aftaler om prisstrukturen for de omfattede tilbud og eventuelle tilkendegivelser fra kommunalbestyrelserne om overtagelse af regionale tilbud. I aftalens bilag oplistede de omfattede tilbud.

Rammeaftalerne som styringsinstrument for regionerne

18. Rammeaftalerne indgås for 1 år ad gangen. De indgåede aftaler mellem regionen og kommunerne i regionen om bl.a. antal pladser og tilbud er ikke bindende for kommunerne, der således ikke er forpligtet til at aftage det antal pladser, de har udtrykt behov for i rammeaftalen. Rigsrevisionens gennemgang viste flere eksempler på, at kommuner med det aftalte varsel (typisk indeværende måned + 1 måned) havde hjemtaget borgere til kommunale tilbud, selv om de i aftalen havde tilkendegivet et behov for pladserne i regionen. Dette skete fx, når en kommune i forbindelse med en kommunalpolitisk omprioritering fik en ledig bygning, som blev besluttet omlagt til et bosted. Derefter blev borgerne flyttet fra det regionale bosted til det nye kommunale bosted.

En region løber endvidere en økonomisk risiko ved fx nybyggeri eller større renoveringer, idet regionen ikke har sikkerhed for, om kommunerne fortsat ønsker at købe pladserne.

Region Sjælland har bemærket, at regionen kun har en økonomisk risiko i tilfælde af total nedlukning af tilbuddet, hvor bygningens afskrivninger ikke længere kan opkræves via taksterne. Indtil det eventuelt sker, er det regionens opfattelse, at princippet om, at socialområdet skal balancere over tid, sikrer regionen økonomisk, så længe tilbuddet er i drift.

Rammeaftalernes dækningsområde

19. Rammeaftalerne omfatter de tilbud, hvor pladserne sælges til kommuner beliggende i regionen, og områder med abonnementsaftaler, hvor kommunerne i regionen binder sig til køb af et bestemt antal pladser og derved opnår en lavere pris pr. plads.

20. Rigsrevisionens undersøgelse viste, at de 5 regioner sælger en forholdsvis stor andel af deres pladser til kommuner uden for regionen og dermed uden for rammeaftalen. Rigsrevisionens gennemgang viste, at regionerne i 2012 solgte fra 16 % til 40 % af deres samlede pladser til kommuner uden for regionen. I Region Syddanmark var 84 % af salget dækket af rammeaftalen, mens kun 60 % af salget i Region Sjælland var dækket af rammeaftalen.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at rammeaftalernes styringsmæssige relevans begrænses, når en stor del af salget sker uden for aftalerne. For den del af salget anvendes i stedet fx bilaterale privatretlige aftaler.

Region Syddanmark har bemærket, at regionen fuldt ud kan genkende dette billede. Regionen har derudover påpeget, at mange nyetablerede kommunale pladser helt holdes uden for rammeaftalerne med den begrundelse, at de etableres til kommunens egne borgere. Her ved mistes et samlet overblik over udbuddet, og rammeaftalens relevans som styringsredskab er gradvist blevet udhulet.

B. Det specialiserede socialområdes økonomiske balance

21. Rigsrevisionens undersøgelse af, om regionerne holder det specialiserede socialområde økonomisk i balance, har vist følgende:

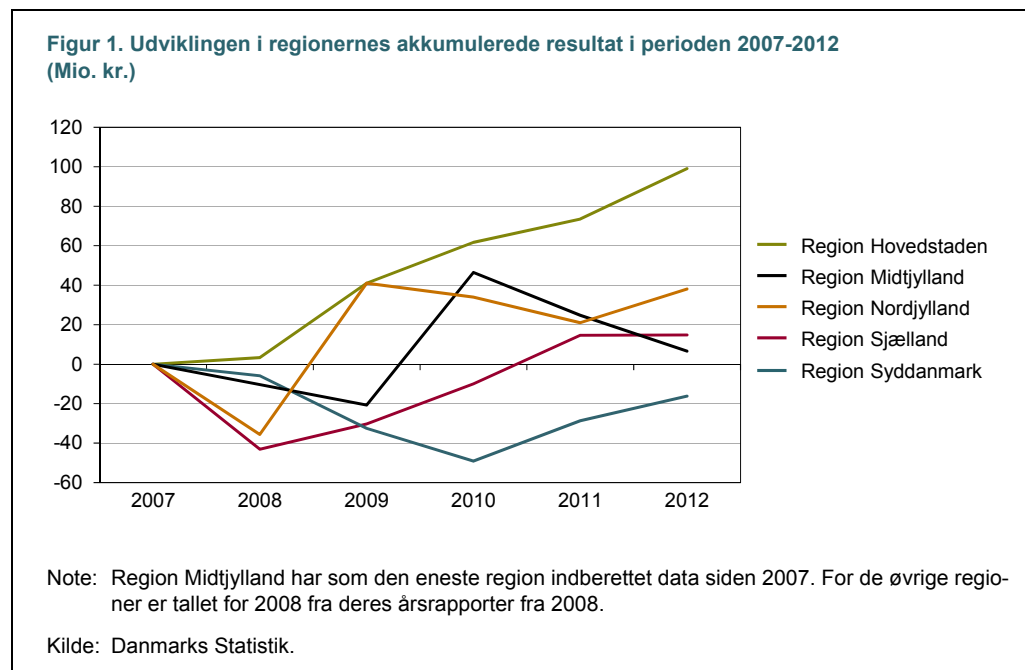
- Regionerne holder set over tid generelt det specialiserede socialområde i økonomisk balance. Region Hovedstaden har dog løbende oparbejdet et samlet overskud, der i 2012 udgjorde 99,1 mio. kr. Region Hovedstaden forventer, at det akkumulerede overskud vil være udlignet i løbet af 2014 og 2015.

Den økonomiske balance

22. Det specialiserede socialområde i regionerne skal – bortset fra enkelte administrative opgaver – finansieres af kommunerne gennem takstbetalinger, dvs. at regionernes indtægter på området skal svare til omkostningerne. Dette skal afspejles i regionernes opgørelse af det akkumulerede resultat, som over tid skal være 0, for at området økonomisk kan hvile i sig selv.

23. Figur 1 viser udviklingen i regionernes akkumulerede resultat i perioden 2007-2012.

I henhold til Budget- og regnskabssystem for regioner kan særlige administrative opgaver som en undtagelse finansieres ved overførsel af dele af sundhedsbloktilskuddet fra staten. Disse opgaver er fx bearbejdning af kommunale redegørelser, udarbejdelse af og opfølgning på rammeaftaler samt koordinering af de lands- og landsdækkende tilbud.



Figur 1 viser, at regionerne samlet set er gået fra at generere et underskud (tilgodehavende) hos kommunerne til løbende at generere et overskud (udestående) over for kommunerne. I 2012 udgjorde regionernes overskud 142,4 mio. kr. Heraf vedrørte 99,1 mio. kr. Region Hovedstaden, hvilket svarer til ca. 70 % af regionernes samlede overskud på det specialiserede socialområde. Region Hovedstaden adskiller sig fra de øvrige regioner ved, at det akkumulerede overskud har været konstant stigende siden 2007. Rigsrevisionen finder, at denne udvikling ikke helt er i overensstemmelse med, at området økonomisk skal hvile i sig selv gennem takstregulering.

Figuren viser, at Region Midtjylland i 2007-2009 havde et akkumuleret underskud. Region Midtjylland har efterfølgende oplyst, at dette skyldes en teknikalitet i regnskabet, hvor overskuddet var placeret på en anden funktion. Regionen havde således også i perioden 2007-2009 et overskud på socialområdet. I 2010 gennemførte regionen efter aftale med kommunerne i regionen en tilbagebetaling på 40 mio. kr. af det akkumulerede overskud til samtlige kommuner, som havde benyttet regionens tilbud i perioden 2007-2009.

Rigsrevisionen konstaterer, at det nævnte forhold i regnskabet har medført fejl i regionens regnskab i perioden 2007-2009.

Region Hovedstaden har efterfølgende oplyst, at forudsætningerne for belægningsprocenterne er ændret som en konsekvens af det oparbejdede overskud. Regionen forventer, at det akkumulerede overskud vil være udlignet i løbet af 2014 og 2015.

C. Taksternes sammenlignelighed og gennemsigtighed

24. Rigsrevisionens undersøgelse af, om takster på tilbud i Tilbudsportalen er sammenlignelige og gennemsigtige, har vist følgende:

- De 5 rammeaftaler indeholder en række forskelle i principperne for takstfastsættelse, hvilket vanskeliggør gennemsigtighed og sammenlignelighed mellem regionernes takster. Forskellene omfatter bl.a., hvilke omkostninger der indregnes i taksterne, og hvordan over- eller underskud udlignes.
- Regionernes basistakster er ikke direkte sammenlignelige, idet omfanget af ydelser indeholdt i basistaksten kan variere på umiddelbart sammenlignelige tilbud. Rigsrevisionen konstaterer, at der både i regioner og kommuner er forskellige opfattelser af, hvilke ydelser basistaksten skal indeholde.
- Uden for rammeaftalerne er regelgrundlaget for takstfastsættelsen på området forskelligt for kommunale og private tilbud, hvilket yderligere vanskeliggør taksternes gennemsigtighed og sammenlignelighed.

Regelgrundlaget for takstfastsættelsen

25. Rigsrevisionen har undersøgt, om takstfastsættelsen for tilbud henholdsvis omfattet af og uden for rammeaftalerne er sammenlignelige på grundlag af regelgrundlaget og de principper, der er for takstfastsættelse. Regelgrundlaget for regionale tilbud er Økonomi- og Indenrigsministeriets budget- og regnskabssystem for regioner, mens det for kommunale tilbud er takstbekendtgørelsen.

26. På baggrund af regelgrundlaget skal regionerne og kommuner med salg af tilbud til andre kommuner fastlægge prisstrukturen for de omfattede tilbud. Rammeaftalerne præciserer i praksis takstfastsættelsen ved at fastlægge detaljerne i omkostningsberegningen. Aftalerne om prisstrukturen i hver af de 5 rammeaftaler er imidlertid forskellige, hvilket vanskeliggør taksternes gennemsigtighed og sammenlignelighed på tværs af regionale grænser.

Uden for rammeaftalerne skal kommunerne fortsat følge takstbekendtgørelsen for de tilbud, som kommunerne anvender til eget brug, mens private tilbud fastsætter taksten ud fra privat aftaleret. Foruden disse takstfastsættelsesmekanismer anvendes bilaterale aftaler og abonnementsaftaler.

Takstbekendtgørelsen fastsætter rammerne for taksterne for enkelte tilbud eller for typen af tilbud.

Takstberegningen skal ske med udgangspunkt i alle tilbuddets gennemsnitlige, langsigtede omkostninger og skal omfatte indtægts- og omkostningstyper som fx direkte og indirekte driftsomkostninger, herunder bygnings- og lokaleomkostninger, forrentning af kapital og udviklingsomkostninger.

Endvidere skal et over- eller underskud indregnes i taksten i form af tillæg til eller reduktion af taksten for det enkelte tilbud eller typen af tilbud. Et underskud skal indregnes senest 2 år efter det år, underskuddet vedrører.

Principper for takstfastsættelsen i rammeaftalerne

27. Rigsrevisionen har undersøgt de 5 rammeaftalers principper for takstfastsættelsen, og hvordan omkostningerne indgår i den enkelte regions takster.

28. I taksterne indgår fx udgifter til overhead til central administration mv. Rigsrevisionen konstaterede, at der var forskel på størrelsen af den overhead, der var aftalt i rammeaftalerne. I Region Syddanmark havde regionen og kommunerne aftalt en fast procentsats, i Region Midtjylland havde regionen og kommunerne aftalt en maksimal procentsats, mens Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Nordjylland beregnede overheadprocenten konkret ud fra forbrug.

29. Det fremgår af Budget- og regnskabssystem for regioner, at regionernes underskud i et regnskabsår skal være udlignet senest 2 år efter gennem takstreguleringer. Det fremgår videre, at området økonomisk skal hvile i sig selv, og at driften dermed ikke må medføre nettoomkostninger eller nettoindtægter for regionerne. Undersøgelsen viste, at regionerne havde forskellig praksis for, hvordan over- eller underskud blev fordelt. 1 region fordelte over- eller underskud på alle regionens tilbud, 1 fordelte på tilbudsområder, og 3 regioner fordelte til det tilbud, som havde oparbejdet det specifikke over- eller underskud.

30. Regionerne havde i rammeaftalerne også aftalt forskellig praksis for finansiering af underskud ved lukning af et tilbud. 2 af regionerne fordelte underskuddet på fremtidige takster på deres øvrige tilbud, mens 2 andre regioner fordelte til de kommuner, som havde benyttet tilbuddet de foregående år. 1 region finansierede primært underskud som følge af lukning ved en form for "forsikringsordning" aftalt i rammeaftalen, hvor eventuelt overskud fra alle regionens tilbud placeres i centrale puljer.

31. Gennemgangen viste, at Region Midtjylland ikke havde indregnet feriepengehensættelser i taksterne. Regionen oplyste, at den var ved at afdække, hvordan disse fremadrettet kan indarbejdes i taksterne.

Økonomi- og Indenrigsministeriet har i juli 2012 over for Region Midtjylland præciseret, at alle hensættelser inkl. de initiale hensættelser til feriepenge skal indregnes i taksterne. Da det specialiserede socialområde økonomisk skal hvile i sig selv, er det ministeriets opfattelse, at samtlige omkostninger til feriepenge skal indregnes i taksterne. Rigsrevisionen er enig med Økonomi- og Indenrigsministeriet.

32. Rigsrevisionens undersøgelse viste, at takstfastsættelsen for tilbud henholdsvis omfattet af og uden for rammeaftalerne sker ud fra forskellige regler og principper. Rigsrevisionen finder, at disse forskelle i takstfastsættelsen vanskeliggør kommunernes mulighed for at gennemskue og sammenligne taksterne. Dermed vanskeliggøres også kommunernes mulighed for at vælge tilbud til deres borgere ud fra en kvalificeret vurdering af pris og kvalitet.

Taksttyper

33. Rigsrevisionen har undersøgt, om de forskellige taksttyper dækker det samme i de 5 regioner. I regionerne anvendes såvel såkaldte basistakster som tillægstakster. Basistakster dækker de ydelser, alle beboere på bostedet vurderes at have brug for. Tillægstakster dækker derimod ydelser, det er muligt at vælge til.

34. Rigsrevisionen konstaterede, at de 5 regioner havde forskellige opfattelser af, hvilket omfang af ydelser basistaksterne skulle omfatte, og hvad tillægsydelser dækker. I Region Midtjylland og Region Syddanmark skulle basistaksten indeholde et minimum af ydelser for at holde prisen så lav som muligt. Den enkelte kommune kan dermed selv vælge at supplere med tillægsydelser, som tilgodeser borgerens mere individuelle behov. I Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland var der et ønske om at minimere tillægsydelserne mest muligt. En årsag til dette ønske var bl.a., at tillægsydelser ifølge de nævnte regioner er meget besværlige at administrere og gør prisen ugennemsigtig.

En basistakst kan fx dække nattevagt eller ledelse.

En tillægstakst vil derimod typisk dække en mere individuelt udmålt støtte.

Fysioterapi er et eksempel på en ydelse, der kan falde i begge kategorier.

Rigsrevisionens gennemgang i de 8 kommuner viste, at kommunerne ligeledes havde forskellige opfattelser af, hvad basistaksten bør indeholde. Nogle kommuner ønskede, at basistaksten indeholder så mange ydelser som muligt for at undgå tillægsydelser, så budgetteringen bliver så præcis som muligt. Andre kommuner ønskede så få ydelser som muligt i basistaksten for at kunne tilvælge ekstra ydelser efter borgerens specifikke behov og dermed undgå at betale for ydelser indeholdt i basistaksten, som den enkelte borger måske ikke havde behov for.

IV. Kommunernes administration vedrørende midlertidige og længerevarende botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108

Kommunerne må alene visitere borgere til godkendte tilbudspladser, der fremgår af Tilbudsportalen. Rigsrevisionen finder det ikke tilfredsstillende, at de undersøgte kommuner ikke altid sikrer sig, at de botilbudspladser, kommunen har anvendt, fremgår af Tilbudsportalen. Der er således en risiko for, at sagsbehandlerne visiterer borgere til tilbud, der ikke er godkendt. Kvaliteten af de oplysninger, der fremgår af portalen, er dog ikke altid tilfredsstillende. Rigsrevisionen finder, at Social-, Børne- og Integrationsministeriet bør sikre en bedre kvalitetssikring af oplysningerne i portalen.

Rigsrevisionen finder det uhensigtsmæssigt, at Ballerup, Rebild, Faxe og Hedensted kommuner ikke havde understøttet sagsbehandlingen med skriftlige retningslinjer e.l., som kan bidrage til en korrekt sagsbehandling. I Slagelse Kommune blev der endvidere alene gennemført ledelsestilsyn i det omfang, ledelsen skønnede det nødvendigt. Rigsrevisionen finder, at kommunens praksis medfører en risiko for, at sagsbehandlingen ikke udføres i henhold til gældende lovbestemmelser og praksis. Rigsrevisionen gør opmærksom på, at det ifølge regnskabs- og revisionsbekendtgørelsen påhviler kommunalbestyrelsen at sikre, at kommunen har etableret betryggende og hensigtsmæssige forretningsgange for sagsbehandlingen.

Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at alle 8 kommuner anvendte eller var ved at implementere en konkret sagsbehandlingsmetode, der skal understøtte en systematisk, dokumenteret og korrekt sagsbehandling, da en sådan systematik generelt kan bidrage til en ensartet og dokumenteret sagsbehandling.

Rigsrevisionen vurderer, at det var usikkert, om Københavns og Rebild kommuner på alle områder havde hjemtaget korrekt statsrefusion. Begge kommuner arbejder på at forbedre deres forvaltning på en måde, der kan medvirke til at sikre korrekt hjemtagelse af statsrefusion. De øvrige 6 besøgte kommuner havde i det væsentligste tilrettelagt forvaltningen på en måde, der medvirker til at sikre, at vilkårene for hjemtagelse af statsrefusion er opfyldt.

A. Kommunernes brug af Tilbudsportalen

35. Rigsrevisionens undersøgelse af kommunernes brug af Tilbudsportalen har vist følgende:

- 5 af de 8 kommuner brugte ikke systematisk Tilbudsportalen ved visitation af borgere, og ved opfølgning på eksisterende sager sikrede 7 af de 8 kommuner sig ikke systematisk, at de anvendte tilbud fortsat fremgik af Tilbudsportalen. Der er således en risiko for, at sagsbehandlerne visiterer borgere til tilbud, der ikke er godkendt.
- Kommunerne finder generelt, at tilbuddenes takster er vanskelige at sammenligne, at Tilbudsportalen er vanskelig at anvende, og at oplysningerne ikke altid er valide.

Kommunerne skal bruge Tilbudsportalen

36. Vejle, Københavns og Faaborg-Midtfyn kommuner oplyste, at de systematisk anvender Tilbudsportalen i visitationen til tilbud på det specialiserede socialområde. De øvrige 5 kommuner oplyste, at de udelukkende eller overvejende anvender Tilbudsportalen som en understøttelse af sagsbehandlerne allerede eksisterende erfaring med kommunens benyttede tilbud, men ikke som en fast del af visitationsproceduren. Samtidig anvendte kommunerne jævnligt nogle tilbud oftere end andre ud fra tidligere samarbejder med gode erfaringer om fx faglighed, pris og kvalitet.

Kommunerne bruger således i begrænset omfang Tilbudsportalen til at sammenligne tilbuddene med hensyn til indhold og pris for at finde det bedst egnede tilbud til den bedste pris, hvilket er et af formålene med portalen. Det var generelt kommunernes oplevelse, at tilbuddenes takster var vanskelige at sammenligne, hvilket var en medvirkende årsag til, at Tilbudsportalen ikke blev anvendt til det formål.

Endvidere fandt kommunerne generelt Tilbudsportalen vanskelig at anvende, da de fandt, at oplysningerne ikke altid er valide, og at portalens søgefunktion er vanskelig at anvende i praksis.

37. De besøgte kommuner oplyste, at de i forbindelse med visitationsproceduren som minimum sikrer sig, at tilbud, der ikke er anvendt tidligere, fremgår af Tilbudsportalen. Med hensyn til regionale tilbud bruger fx Hedensted Kommune oversigten i rammeaftalen, hvor der kun fremgår godkendte tilbud.

Ved opfølgning på eksisterende sager sikrede 7 af de 8 kommuner sig dog ikke systematisk, at de anvendte tilbud fortsat fremgik af Tilbudsportalen. Kun Faxe Kommune havde en årlig gennemgang af, om de benyttede tilbud fremgik af portalen.

B. Kommunernes visitation til regionale botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108

38. Rigsrevisionens undersøgelse af kommunernes visitation til regionale botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 har vist følgende:

- Rebild, Faxe og Hedensted kommuner havde ikke skriftlige retningslinjer e.l. for visitationen til botilbud efter servicelovens §§ 107 eller 108. Derudover var Ballerup Kommunes retningslinjer ikke ajourført i en årrække og blev ikke anvendt af sagsbehandlerne.
- Alle 8 kommuner anvendte eller var ved at implementere Voksenudredningsmetoden, der skal understøtte en systematisk, dokumenteret og korrekt sagsbehandling.
- I Slagelse Kommune blev ledelsestilsynet som udgangspunkt alene gennemført i det omfang, ledelsen skønnede det nødvendigt. De øvrige 7 kommuner havde procedurer for ledelsesmæssig kvalitetskontrol af sagsbehandlingen.

Voksenudredningsmetoden er udviklet til sagsbehandlingen på handicap- og udsatte voksne-området.

Metoden er udviklet af KL og Socialministeriet i samarbejde med Deloitte og er én blandt flere metoder udviklet til at understøtte en systematisk og korrekt sagsbehandling.

Voksenudredningsmetoden består af en håndbog, der er opbygget efter en gennemgående systematik omkring:

- hvad siger lovgivningen
- præsentation af metodens redskaber
- tjekliste over centrale aktiviteter
- faglige opmærksomhedspunkter.

Skriftlige retningslinjer ved visitation til botilbud

39. Rigsrevisionens gennemgang viste, at 5 af de besøgte kommuner havde skriftlige retningslinjer e.l. for visitation til botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108.

Ballerup Kommunes skriftlige retningslinjer var overvejende af ældre dato og blev ikke anvendt i sagsbehandlingen. Kommunen oplyste, at den vil ajourføre retningslinjerne. Dette finder Rigsrevisionen tilfredsstillende.

I Københavns Kommunes Socialforvaltning visiterer 3 målgruppeopdelte myndighedscentre (misbrug, handicap og psykiatri) til botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108. Alle 3 centre havde nedskrevne, opdaterede forretningsgange, der var tilpasset særlige forhold omkring hver målgruppe.

40. Rebild, Faxe og Hedensted kommuner havde ikke nedskrevne retningslinjer for visitation til botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108.

I Hedensted Kommune visiterer 2 forskellige afdelinger til denne type botilbud. Kommunen oplyste, at det daglige arbejde i kommunen overvejende hviler på tillid til medarbejderne. Rigsrevisionen konstaterede, at omfanget af skriftlige retningslinjer, vejledninger mv. til brug for visitationen til et § 107- eller § 108-botilbud var begrænset til interne tjeklister for sagsgangen i den ene af de 2 afdelinger. Rigsrevisionen finder, at denne tilgang medfører risiko for en uensartet sagsbehandling.

Rebild Kommune blev i foråret 2012 kritiseret af Ankestyrelsen på grund af svigt i sagsbehandlingen af udsatte unge. Kommunen konstaterede efterfølgende, at der ikke var sammenhæng mellem det administrative serviceniveau, der blev leveret til borgerne, og de politisk godkendte kvalitetsstandarder. På den baggrund havde kommunen iværksat en genopretningsplan, som forventes afsluttet i foråret 2014. Kommunen har fastsat yderligere kvalitetsstandarder for sagsbehandlingen på bl.a. botilbudsområdet, og flere forretningsgange er ved at blive ændret. Rigsrevisionen konstaterede dog, at kommunen endnu ikke havde nedskrevet de nye forretningsgange.

Rigsrevisionen gør opmærksom på, at det ifølge regnskabs- og revisionsbekendtgørelsen påhviler kommunalbestyrelsen at sikre, at kommunen har etableret betryggende og hensigtsmæssige forretningsgange for sagsbehandlingen.

41. Alle 8 besøgte kommuner anvendte eller var ved at implementere overordnede trin for visitationsproceduren i Voksenudredningsmetoden, der er en metode til at understøtte en systematisk, dokumenteret og korrekt sagsbehandling. Flere af kommunerne havde endvidere implementeret it-mæssig systemunderstøttelse af visitationsproceduren i Voksenudredningsmetoden.

Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at kommunerne har fokus på at indføre systematiske sagsbehandlingsmetoder, da en sådan systematik generelt kan bidrage til en ensartet og dokumenteret sagsbehandling.

Ledelsesmæssig kvalitetskontrol af sagsbehandlingen (ledelsestilsyn)

42. Sagsbehandlingens kvalitet er afgørende for, om kommunen hjemtager refusion på et korrekt grundlag. Det er ledelsens opgave at sikre, at sagsbehandlingen udføres i henhold til gældende lovbestemmelser og praksis. Rigsrevisionen undersøgte derfor, om ledelsen i kommunerne udfører kvalitetskontrol af sagsbehandlingen.

43. Rigsrevisionens undersøgelse viste, at 7 af de 8 kommuner har procedurer for et formaliseret eller struktureret ledelsestilsyn i forbindelse med visitation til et § 107- eller § 108-botilbud. Tilrettelæggelsen af ledelsestilsynet varierer mellem kommunerne. Fx udtager den faglige leder i Faaborg-Midtfyn Kommune løbende en stikprøve af tilfældigt udvalgte sager, mens lederen af handicapafdelingen i Hedensted Kommune skal godkende alle sager. De 3 myndighedscentre i Københavns Kommunes Socialforvaltning har alle forskellige procedurer for ledelsestilsynet.

Vejle Kommune har ikke et formaliseret ledelsestilsyn i form af fx en tjekliste, men udfører i stedet ledelsestilsyn gennem regelmæssige audits, hvor lederen af de enkelte områder i fagforvaltningen foretager en udredning af sagsbehandlingens kvalitet ved at gennemgå 10-20 sager.

Slagelse Kommunes ledelsestilsyn gennemføres som udgangspunkt alene i det omfang, lederen skønner det nødvendigt. Der føres dog tilsyn med de sager, der skal forelægges visitationsudvalget på området. Kommunen har således ikke formelle procedurer for et struktureret ledelsestilsyn. Rigsrevisionen finder, at denne praksis medfører en risiko for, at sagsbehandlingen ikke udføres ensartet og i henhold til gældende lovbestemmelser og praksis.

44. Rigsrevisionens undersøgelse viste, at 6 af de 8 kommuner har et visitationsudvalg, der endeligt skal godkende visitationer til botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108. Det varierede mellem kommunerne, om udvalget skulle godkende alle eller udvalgte sager på området. Hedensted og Vejle kommuner har ikke et visitationsudvalg.

45. Københavns Kommunes Socialforvaltning har i en årrække haft 34 borgere placeret i tilbud, der ikke var godkendt. Socialforvaltningen har igangsat et arbejde med at formalisere standarder, retningslinjer og arbejdsgange på det pågældende område for at understøtte sagsbehandlingen og fremadrettet imødegå, at tilsvarende sager opstår. Rigsrevisionen finder, at kommunen bør være opmærksom på, at der kan være tale om tilbagebetaling af statsrefusion, hvis kommunen har hjemtaget statsrefusion for borgere, der var placeret i tilbud, som ikke var godkendt.

Rigsrevisionen finder, at kommunerne bør være opmærksomme på, at skriftlige retningslinjer, systematiske sagsbehandlingsmetoder og ledelsesmæssig kvalitetskontrol kan bidrage til en korrekt sagsbehandling.

C. Kommunernes generelle refusionshjemtagelse

46. Rigsrevisionens undersøgelse af kommunernes generelle refusionshjemtagelse har vist følgende:

- 6 af de 8 besøgte kommuner havde i det væsentligste tilrettelagt deres forvaltning på en måde, der medvirker til at sikre, at vilkårene for hjemtagelse af statsrefusion er opfyldt. Rigsrevisionen vurderer, at det var usikkert, om Københavns og Rebild kommuner på alle områder havde hjemtaget korrekt statsrefusion. Begge kommuner arbejder på at forbedre forvaltningen på en måde, der kan medvirke til at sikre korrekt hjemtagelse af statsrefusion.

Refusionshjemtagelsen i kommunerne

47. Rigsrevisionens gennemgang af kommunernes revisionsberetninger for 2011 viste, at 6 af de 8 besøgte kommuner havde problemer med dokumentation og opfølgning i personsagerne, hvilket kan have betydning for, om der er hjemtaget statsrefusion på et korrekt grundlag. Det drejede sig om Ballerup, Københavns, Faxe, Rebild, Faaborg-Midtfyn og Slagelse kommuner. De 4 førstnævnte havde fået revisionsbemærkninger herom.

48. Rigsrevisionen konstaterede, at de 8 kommuner kun i begrænset omfang havde beskrevet forretningsgange for refusionshjemtagelsen. Refusionshjemtagelsen blev overvejende varetaget af erfarne medarbejdere, og i alle de besøgte kommuner – bortset fra Københavns Kommune (Socialforvaltningen) – blev opgaven varetaget af 1-2 personer. Dette vil særligt i mindre kommuner som udgangspunkt være udtryk for en effektiv anvendelse af personaleressourcer. Samtidig er opgavevaretagelsen dog sårbar ved fx personalerokeringer. Rigsrevisionen finder, at sårbarheden kan reduceres gennem skriftlige retningslinjer e.l., så der foreligger en beskrevet og opdateret viden om refusionshjemtagelsen.

Vejle Kommune oplyste, at kommunen vil udarbejde en konkret arbejdsgangsbeskrivelse for hjemtagelse af statsrefusion.

Rebild Kommune har efterfølgende oplyst, at kommunen har besluttet at skriftliggøre de nødvendige arbejdsgange og lade dem indgå som et bilag til kommunens kasse- og regnskabsregulativ.

49. I alle 8 kommuner var administrationen af refusionshjemtagelsen delt mellem forskellige forvaltninger eller fagcentre efter de lovgivningsmæssige områder, de varetager, og med et økonomicenter e.l. som tovholder for den samlede refusionshjemtagelse.

Hedensted, Slagelse, Rebild og Vejle kommuner havde ikke beskrevet de ansvarsmæssige snitflader mellem de decentrale enheder og den centrale økonomifunktion. Ballerup Kommune havde ved en større omorganisering i 2011 ikke afklaret og beskrevet alle snitflader fra start, hvilket betød, at nogle regninger i en periode blev bogført forkert og betalt for sent. Fejlene påvirkede dog ikke kommunens samlede regnskab. Kommunen har nu fokus på området og indgår bl.a. såkaldte partnerskabsaftaler mellem den centrale økonomifunktion og de decentrale fagcentre for at fastlægge snitflader for opgaver og ansvar på økonomiområdet. Rigsrevisionen finder, at en tydelig ansvarsfordeling bidrager til at øge sikkerheden i opgaveløsningen.

50. Rigsrevisionens gennemgang viste, at der i de 8 kommuner generelt ikke blev foretaget systematisk kvalitetssikring af de data, som ligger til grund for refusionshjemtagelsen, hverken på medarbejder- eller ledelsesniveau. I Københavns og Rebild kommuner har den manglende kvalitetssikring været en medvirkende årsag til, at revisor har afgivet revisionsbemærkninger på ordninger med statsrefusion.

Københavns Kommunes revisor havde vedrørende 2011 afgivet 36 revisionsbemærkninger, heraf var 10 nye bemærkninger, der alle vedrørte kommunens administration af ordninger med statsrefusion. 7 af de 10 nye bemærkninger var karakteriseret som afgørende/betydelige forhold, hvor revisor anbefalede hurtig handling, da områderne ikke blev administreret på betryggende vis. Endvidere vurderede kommunens revisor, at der på grund af betydelige fejl på de refusionsbelagte områder er en forøget risiko for, at staten pålægger kommunen at foretage en fornyet personsagsgennemgang med den eventuelle konsekvens, at der skal foretages korrektion af statsrefusionen. Kommunens revisor fandt fejl i 51 % af de reviderede personsager i Københavns Kommunes Socialforvaltning, og alle de reviderede sager havde været underlagt ledelsestilsyn. Det er Rigsrevisionens vurdering, at Socialforvaltningen i Københavns Kommune på den ene side generelt havde beskrevet hensigtsmæssige forretningsgange på refusionsområdet, men at der på den anden side ikke var en tilfredsstillende kvalitetssikring af sagsbehandlingen på områder med statsrefusion.

Rebild Kommunes revisor havde konstateret, at flere sagsområder generelt ikke blev administreret i overensstemmelse med gældende regler.

På baggrund heraf vurderer Rigsrevisionen, at det var usikkert, om de 2 kommuner på alle områder havde hjemtaget korrekt statsrefusion. Begge kommuner er ved at implementere handleplaner, som skal rette op på forhold, som revisorerne har påpeget.

Begge kommuner har efterfølgende oplyst, at fejl i sager på statsrefusionsområdet er faldet betragteligt i regnskabsåret 2012.

Rigsrevisionen, den 6. november 2013

Lone Strøm

/Lars Tang

Bilag 1. Midlertidigt eller længerevarende ophold i boformer efter servicelovens §§ 107 og 108

Efter servicelovens § 107 kan kommunalbestyrelsen tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde midlertidigt ophold til:

- 1) personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte, eller
- 2) personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.

Efter servicelovens § 108 skal kommunalbestyrelsen tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

Personer, som modtager tilbud efter § 108, og som ønsker at flytte til en anden kommune, har ret til et tilsvarende tilbud i en anden kommune. Det er en forudsætning, at den pågældende borger opfylder betingelserne for at blive optaget i både fraflytningskommunen og tilflytningskommunen. Retten til frit valg omfatter også en ret til, at ens ægtefælle, samlever eller registrerede partner fortsat kan indgå i husstanden. Hvis en person ønsker, at en ægtefælle, samlever eller registreret partner fortsat skal indgå i husstanden, skal det tilbud, der gives, være egnet til 2 personer. Hvis den pågældende person med handicap eller sindslidelse dør, har den efterlevende person ret til at blive boende. De nærmere regler om betingelserne for at få tilbud om boform efter § 108 fastsættes af social-, børne- og integrationsministeren.

Endelig fastsætter social-, børne- og integrationsministeren i en bekendtgørelse regler om særlige sikkerhedsforanstaltninger i boformer, der er omfattet af § 108, og om pligt for en region eller én eller flere kommuner til at modtage personer i disse boformer, når disse personer:

- 1) efter retskendelse skal underkastes mentalundersøgelse,
- 2) i henhold til dom eller kendelse skal anbringes i en boform for personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne eller undergives tilsyn, herunder med mulighed for administrativ anbringelse, eller
- 3) som vilkår for tiltalefrafald eller prøveløsladelse skal anbringes i en boform for personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne eller undergives tilsyn, herunder med mulighed for administrativ anbringelse.

Bilag 2. Ordliste

Bekendtgørelse nr. 683 af 20. juni 2007 (takstbekendtgørelsen)	Bekendtgørelse om omkostningsbaserede takster for kommunale tilbud.
Bekendtgørelse nr. 381 af 28. april 2012	Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på specialundervisningsområdet.
Bekendtgørelse nr. 720 af 19. juni 2013	Bekendtgørelse om Tilbudsportalen samt godkendelse af og tilsyn med visse private tilbud.
Bekendtgørelse nr. 1021 af 20. august 2013	Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde.
Evaluerings af kommunalreform	Udvalg, der blev nedsat den 9. februar 2012 med den opgave at vurdere opgavefordelingen mellem kommuner, regioner og stat og overveje relevante justeringer af opgavefordelingen. Udvalget fik også til opgave at vurdere de eksisterende samarbejdsstrukturer og redskaber til koordination og styring mv. i den offentlige sektor og overveje mulige justeringer heraf.
Længerevarende ophold i boformer efter servicelovens § 108	Kommunerne skal tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til borgere, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.
Midlertidigt ophold i boformer efter servicelovens § 107	Kommunerne kan tilbyde midlertidigt ophold i boformer til borgere, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.
Rammeaftale	En årlig styrings- og udviklingsaftale mellem kommunerne og regionerne, som danner grundlag for kommunernes forsyningsansvar og regionernes forsyningsforpligtelse. Rammeaftalen skal bestå af en udviklingsstrategi, en styringsaftale og en bilagsoversigt over alle de omfattede tilbud.
Refusionshjemtagelse	Kommunernes administration af ordninger med statsrefusion skal give grundlag for korrekt afregning af refusion over for staten. Statsrefusionen til kommunerne administreres af Beskæftigelsesministeriet og Social-, Børne- og Integrationsministeriet.
Regnskabs- og revisionsbekendtgørelsen	Bekendtgørelse nr. 195 af 27. februar 2013 om statsrefusion og tilskud samt regnskabsaflæggelse og revision på Social-, Børne- og Integrationsministeriets, Beskæftigelsesministeriets, Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikters og Ministeriet for Børn og Undervisnings ressortområder.
Serviceloven	Lovbekendtgørelse nr. 1093 af 5. september 2013 af lov om social service.
Statsrefusion	Staten refunderer helt eller delvist kommunernes udgifter på en række borgernære ordninger, fx kontanthjælp, integrationsydelse og sygedagpenge. Størrelsen af refusionen er afhængig af aktiviteten, fx antallet af kontanthjælpsmodtagere.
Statstilskud	Statens tilskud til kommuner og regioner bliver hvert år fastlagt i politiske aftaler mellem regeringen og henholdsvis KL og Danske Regioner. Tilskuddene består bl.a. af generelle tilskud, øremærkede tilskud, fx til ældreområdet, og tilskud baseret på takster, dvs. tilskud, der er aktivitetsafhængige.
Særligt dyre enkeltsager	Efter § 176 i lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 929 af 5. september 2006, refunderer staten en del af kommunernes udgifter i konkrete sager om hjælp og støtte til personer under 67 år. Alt efter størrelsen af den kommunale udgift til en sag yder staten enten 25 % eller 50 % refusion. I 2012 blev 25 % af udgifterne (pr. sag) fra 940.000 kr. til 1.749.999 kr. refunderet. Udgifter derover blev refunderet med 50 % (pr. sag).

Takster

En *basistakst* kan fx dække nattevagt eller ledelse.

En *tillægstakst* vil derimod typisk dække en mere individuelt udmålt støtte.

Fysioterapi er et eksempel på en ydelse, der kan falde i begge kategorier.

I bekendtgørelse om Tilbudsportalen benævnes basistakst som hovedydelse og tillægstakst som delydelse. Rigsrevisionen har valgt at anvende betegnelserne basistakst og tillægstakst, idet disse anvendes i regioner og kommuner.

Tilbudsportal

Portalen blev oprettet i forbindelse med kommunalreformen i 2007 og er en landsdækkende, statslig database med oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud på det sociale område. Portalen drives af Socialstyrelsen og indeholder oplysninger om bl.a. pris på og indhold af de konkrete tilbud.

Tværkommunal undersøgelse af kommunernes specialiserede rehabiliteringsindsats over for voksne borgere med erhvervet hjerneskade

- en casebaseret auditundersøgelse

De 19 kommuner i regionen
og Region Midtjylland

© DASSOS, Den Administrative Styregruppe for
Social- og Specialundervisningsområdet i de
midtjyske kommuner og CFK • Folkesundhed og
Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2013
www.cfk.rm.dk

Konsulent Marianne Balleby
Marianne.balleby@stab.rm.dk
Tlf. 7841 4073

Konsulent Kirsten Overgaard
kirsten.overgaard@stab.rm.dk
Tlf. 7841 4049

DASSOS
Sekretariat for Rameaftaler
Prinsens Allé 5
8800 Viborg

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

Tværkommunal undersøgelse af kommunernes specialiserede rehabiliteringsindsats over for voksne borgere med erhvervet hjerneskade
- en casebaseret auditundersøgelse

Indhold

1 Indledning	6
1.1 Undersøgelsens baggrund og formål	6
1.2 Om denne rapport	6
2 Konklusion	7
3 Fokusområder og anbefalinger	9
3.1 Overgang og timing	9
3.1.1 Overlevering af neurofaglig viden mellem fase II og III prioriteres af hospital og kommune	9
3.1.2 Kommunen skal videregive information til relevante fagpersoner. Sundhedsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade	10
3.1.3 Brug de tværfaglige statusbeskrivelser aktivt	10
Individuelt caseeksempel om manglende inddragelse af neurofaglig viden.	10
Vurdering	10
3.2 Koordinering	10
3.2.1 Behov for tværfaglig behovsvurdering med inddragelse af den rette neurofaglige viden tidligt efter udskrivelsen	10
3.2.2 Behov for en organisatorisk koordinerende struktur – ikke kun en koordinator. . .	11
3.2.3 Bevilling af hjælpemidler skal ske ud fra et helhedsorienteret perspektiv.	12
3.2.4 Den praktiserende læge – en vigtig samarbejdspartner	13
3.2.5 Erhvervsevneafklaring – centralt med inddragelse af neurofaglig viden.	14
3.3 Borgerinddragelse	15
3.3.1 Borgeren skal inddrages i rehabiliteringsprocessen	15
3.4 Pårørendeindsats	16
3.5 Dokumentation	17
3.5.1 Journalvirvar	17
3.5.2 Tydelig dokumentation af faglige til- og fravalg i forløbet.	18
3.6 Økonomi	18
3.6.1 Helhedsorienteret indsats kan forventes at nedbringe udgifterne.	19

4 Diskussion	20
4.1 Hvad er en specialiseret fase III indsats?	20
4.2 Neurofaglig viden i den specialiserede fase III indsats	20
4.2.1 Inddragelse af eksperter fra VISO og Regionshospitalet Hammel Neurocenter	21
4.3 Dokumentation	21
4.3.1 Krav til dokumentation af den specialiserede fase III rehabiliteringsindsats	21
4.3.2 Dokumentationsudfordring angående pårørendeindsats og supervision	22
4.4 Det matrikelløse specialiserede fase III tilbud	22
4.5 Volumen og tilbud til unge	23
4.6 Førtidspensionsreform og koordinering i forhold til hjerneskaden	23
5 Undersøgelsens proces og metode	24
5.1 Auditundersøgelsens arbejdsgruppe	24
5.2 Auditundersøgelsens design	24
5.2.1 Den anvendte auditmetode	24
5.2.2 Operationaliseret definition af specialiseret rehabiliteringsindsats	24
5.2.3 Undersøgelsens tidsplan	26
5.2.4 Udvælgelse af borgerforløb	26
5.2.5 Sagsmateriale	26
5.2.6 Deltagere i auditpanelerne	27
5.3 Styrker og forbehold ved den anvendte auditmetode	28
Bilag 1 Vurderings spørgsmål	30
Bilag 2 Forløbsprogrammet og sundhedsaftalen om almen praksis' rolle i fase III	31

1 Indledning

1.1 Undersøgelsens baggrund og formål

Den Administrative Styregruppe for Social- og Specialundervisningsområdet i den midtjyske region (DASSOS) igangsatte i november 2012 i regi af Rammeaftale for 2012 en tværkommunal auditundersøgelse på området voksne borgere med erhvervet hjerneskade med behov for en specialiseret kommunal rehabiliteringsindsats i fase III.

Undersøgelsen er udformet som casebaseret audit af 12 borgerforløb i kommunerne. De udtrukne borgerforløb er forløb, hvor borgeren i løbet af 2011 er blevet udskrevet fra hospitalsindlæggelse. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) har varetaget undersøgelsesopgaven.¹

Undersøgelsen skal bidrage til tværkommunal læring på et område med komplicerede faglige snitflader og stor bevågenhed.

1.2 Om denne rapport

Denne rapport er udarbejdet af CFK's konsulenter og baserer sig på de fokuspunkter, konklusioner og anbefalinger til fremtidig praksis, som paneledeltagerne er fremkommet med under auditeringen af borgersagerne. Rapporten er gennemgået og korrigeret i et samarbejde mellem CFK og arbejdsgruppen.²

I de følgende kapitler gennemgås resultaterne af auditundersøgelsen. Først præsenteres konklusionerne i kort form, hvorefter de enkelte fokusområder uddybes og forklares ved beskrivelser af auditpanelernes drøftelser og konkrete eksempler fra borgersagerne. I et diskussionskapitel suppleres med en række temaer og spørgsmål til kvalitetssikring og udvikling af området, som dels auditpanelerne, dels arbejdsgruppen har fundet relevante at udlede på baggrund af auditundersøgelsen.

Af fortrolighedshensyn er borgerne anonymiseret. Caseeksempler, der er illustrative for konklusionerne og anbefalingerne, præsenteres således i en sløret og forkortet form. Efter opdrag fra DASSOS' Forretningsudvalg er også kommunenavne og tilbudsnavne anonymiserede. Dette krav til afrapporteringen skal markere det budskab, at undersøgelsen ikke har til formål at udpege kommuner eller faglige tilbud, som bedre eller dårligere i forhold til området erhvervet hjerneskade, men at den fælles læring er i højsædet.

¹ Læs mere om undersøgelsens baggrund og proces i kapitel 5

² Arbejdsgruppens sammensætning fremgår af kapitel 5

2 Konklusion

I dette afsnit sammenfattes resultaterne fra auditforløbet. På tværs af de tre afholdte auditmøder har der tegnet sig fælles fokusområder, anbefalinger og diskussionspunkter, som peger fremad i forhold til praksis på hjerneskadeområdet. Med øje for LEON princippet (Lavest Effektive Omkostnings Niveau) har fagfolkene i auditpanelerne fået til opgave at pege på, hvad der kan forbedre den fremtidige praksis. Efter gennemlæsning af anbefalingerne peger undersøgelsens arbejdsgruppe på, at nogle af forslagene ikke blot er omkostningsneutrale. Der er anbefalinger, der peger på, at ansatser til en bedre og mere strømlinet koordinering internt i kommunerne ligeledes vil være besparende målt i sagsbehandlingstimer. Arbejdsgruppen peger endvidere på, at anbefalingerne vil betyde en hurtigere, mere kvalificeret og mere rettidig indsats over for borgerne. Arbejdsgruppen vurderer endvidere, at der fra et borgerperspektiv forventeligt vil kunne opleves større brugertilfredshed.

I det følgende angives de konkrete anbefalinger, der på baggrund af auditundersøgelsen er blevet udpeget af auditpanelerne som centrale i den fremtidige udvikling af fase III indsatsen:

Overgang og timing

- Det anbefales, at overleveringen af neurofaglig viden i forbindelse med udskrivningen – det være sig via et fysisk møde eller et videomøde eller en anden form for overlevering af viden - prioriteres af såvel hospital som kommune.
- Det anbefales, at kommunen sikrer, at information om borgeren overdrages til de relevante fagpersoner for at sikre koordineringen i overgangen fra fase II til fase III i overensstemmelse med sundhedsaftalen.³
- Det anbefales, at kommunerne anerkender og aktivt gør brug af den neurofaglige vurdering af borgerens rehabiliteringsbehov, som er foretaget i fase II.

Koordinering

- Det anbefales, at der tidligt efter udskrivelsen etableres et koordinerende møde i hjemkommunen med henblik på tværfaglig behovsvurdering og tilrettelæggelsen af de relevante indsatser i et helhedsorienteret perspektiv og med inddragelse af personer med den rette neurofaglige viden. Med den rette neurofaglige viden forstås, at der sker inddragelse af neurofaglig viden på det niveau, der er behov for i forhold til den aktuelle problemstilling. Der skal således ske en stratificering efter behovet for niveauet af den neurofaglige viden.
- Det understreges af auditpanelerne, at en koordinator ikke er en løsning på alle koordinationsudfordringer, idet det anbefales, at koordinatorens arbejde skal understøttes af en struktur, der er organisatorisk koordinerende.
- Det anbefales, at der foregår ledelsesmæssig opbakning til de ansatser, der gøres i forhold til forløbskoordination. Den ledelsesmæssige opbakning har fokus på hurtig og rettidig bevilling.
- Det anbefales, at bevilling af hjælpemidler sker i et helhedsorienteret perspektiv.
- Det anbefales, at der sættes fokus på almen praksis' ansvarsområder i fase III rehabiliteringsindsatsen.
- Jobcentre og deres tilknyttede lægekonsulenter er vigtige aktører i mange borgeres rehabiliteringsforløb, og det anbefales, at der er fokus på, at jobcentre er orienterede om, hvad der foregår i den øvrige del af rehabiliteringsindsatsen for borgeren med hjerneskade, således at der arbejdes ud fra fælles målsætninger.
- Det anbefales endvidere, at neurofaglig viden på rette niveau afhængig af problemstillingens karakter inddrages i erhvervsevneafklaringsforløbene.

³ Jf. den sundhedsfaglige sundhedsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade for perioden 2011-2014, udateret

Borgerinddragelse

- Det anbefales, at borgerens perspektiv spiller en central rolle i fase III rehabiliteringsindsatsen såvel som i den løbende evaluering af rehabilitering og målsætning.

Pårørendeindsats

- Det anbefales, at pårørende og det øvrige netværk medtænkes i rehabiliteringsindsatsen i det omfang, de pårørende og netværket magter og ønsker dette og i overensstemmelse med borgerens ønsker. En del af den specialiserede indsats er at tilbyde pårørende den relevante støtte.

Dokumentation

- Det anbefales, at det overvejes, hvordan et overblik kan etableres; både af hensyn til fagpersoner og af hensyn til borgere, der måtte ønske at få indsigt i det samlede sagsforløb. Der peges på de gevinster, der kan opnås ved en fælles rehabiliteringsplan, en tidslinje eller lignende.
- Det anbefales, at der skabes tydelighed om vigtigheden af at dokumentere de faglige overvejelser i forbindelse med beslutninger i forløbet.

I det følgende uddybes ovenstående fokuspunkter og anbefalinger med tilhørende illustrerende eksempler.

Diskussion

På baggrund af gennemgangen af de 12 borger-sager har dels auditpanelerne, dels arbejdsgruppen sat en række forhold til diskussion. Særligt drøftes kommunernes vanskeligheder med at operationalisere, hvad der kræves af en specialiseret indsats i fase III. Det sættes til diskussion, at pårørendeindsatsen og supervision og vejledning til fagpersonerne ikke umiddelbart er dokumenteret, og derfor er vanskelig at vurdere. Der peges i det hele taget på nødvendigheden af dokumentation af den specialiserede indsats.

Udfordringerne angående volumen trækkes frem og spørgsmålet om at sikre den nødvendige grad af erfaring med det tætte interdisciplinære teamsamarbejde. Det matrikelløse fase III tilbud og særlige forhold vedrørende tilbud til unge diskuteres endvidere.

Som led i auditundersøgelsen har der desuden været en perspektiverende drøftelse af, hvordan koordineringen af indsatsen på hjerneskadeområdet bedst kan korrespondere med reformerne af fleksjob og førtidspension.

3 Fokusområder og anbefalinger

I det følgende præsenteres de fælles fokusområder og anbefalinger, som fremkom på de tre auditmøder. De samlede anbefalinger er udarbejdet på baggrund af referater fra auditmøderne og i samarbejde med arbejdsgruppen.

På tværs af de tre auditpaneler tegner der sig en række fælles fokusområder og anbefalinger. Dette på trods af, at de 12 gennemgåede sager er af meget forskellig karakter. Der formuleres anbefalinger, som indeholder potentiale for forbedringer. Der er enkelte anbefalinger, der af arbejdsgruppen vurderes vigtige at fremhæve, på trods af, at ikke alle paneler havde anbefalinger på dette område. Som eksempel kan nævnes fokusområdet vedrørende almen praksis.

Fokusområderne og anbefalingerne med illustrerende eksempler fra de enkelte individuelle cases gennemgås nedenfor. Under hver anbefaling gives i en eller flere bokse et eller flere konkrete individuelle caseeksempler, som tjener det formål at illustrere baggrunden for anbefalingen. Det skal understreges, at der typisk ikke er to hjerneskesager, der er ens og at den individuelle tilgang i alle hjerneskesager er central. Som eksempel på dette kan angives, at et auditpanel i den konkrete case peger på vigtigheden af et egentligt udskrivningsmøde, men i anbefalingen i brødteksten ovenfor angives, at overlevering af viden i overgangen mellem fase II og III kan foregå på mange forskellige måder. Vigtigheden i overdragelsen af den konkrete viden og den gensidige forventningsafstemning påpeges imidlertid i hvert enkelt tilfælde.

3.1 Overgang og timing

3.1.1 Overlevering af neurofaglig viden mellem fase II og III prioriteres af hospital og kommune

Overlevering af neurofaglig viden mellem de involverede parter er centralt for forventningsafstemningen mellem borgere, pårørende og kommunen med henblik på målsætning, planlægning og koordinering af det videre rehabiliteringsforløb.

- Det anbefales, at overleveringen af neurofaglig viden i forbindelse med udskrivningen – det være sig via et fysisk møde eller et videomøde eller en anden form for overlevering af viden - prioriteres af såvel hospital som kommune.

Individuelt caseeksempel på positiv overgang mellem fase II og fase III

I en af de gennemgåede sager afholdes forud for udskrivelsen fra fase II et samarbejds-møde på baggrund af den foreløbige genoptræningsplan og tværfaglige status. Mødets deltagere er borgeren, teamet på hospitalet, hjerneskadekoordinatoren, en bostøttemedarbejder (efter servicelovens § 85) og en kommunal sagsbehandler.

Vurdering

Overgangen mellem fase II og fase III fremhæves i den konkrete case som et positivt eksempel på opstart af forløbskoordination i kommunen. Det fremhæves endvidere som positivt, at sagsbehandleren på hospitalet allerede under indlæggelsen varskoer kommunen om, at borgeren har ønske om et skånejob, så den nødvendige erhvervs- og mobilitetsafklaring kan igangsættes.

Individuelt caseeksempel om manglende vidensudveksling og dets betydning

I en af de auditerede sager ses det ikke af sagsmaterialet, om der er afholdt et udskrivningsmøde i forbindelse med udskrivelsen fra fase II indsatsen. Der synes ikke at have været dialog mellem hospital og kommune ud over fremsendelse af tværfaglig status og genoptræningsplan.

Vurdering

Auditpanelet vurderer i denne case, at kommunens manglende deltagelse i udskrivningssamtalen og den manglende dialog i øvrigt får betydning for tiden efter udskrivelse, idet der mangler en egentlig koordinering af sagen fra start. Auditpanelet fremhæver den hurtige, koordinerede indsats i kommunen som et opmærksomhedspunkt i forhold til forberedelsen af hjemtagningen af borgeren. Auditpanelet konstaterer endvidere, at genoptræningsplan og tværfaglig status ifølge dokumentationen ikke har været gennemgået med borgeren eller pårørende i forbindelse med udskrivelsen fra hospitalet.

3.1.2 Kommunen skal videregive information til relevante fagpersoner

Den hurtige koordinerede indsats i kommunen fremhæves som et opmærksomhedspunkt i forhold til forberedelse af hjemtagningen af borgeren.

- Det anbefales, at kommunen sikrer, at information om borgeren overdrages til de relevante fagpersoner for at sikre koordineringen i overgangen fra fase II til fase III i overensstemmelse med sundhedsaftalen.

Sundhedsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade

Kommunen gør følgende:

Videresender indlæggelsesadvis til relevant(e) medarbejder(e) i kommunen – eksempelvis hjerneskade koordinatoren og visitatoren, som involverer relevante samarbejdspartnere internt i kommunen. Forbereder hjemtagning af borgeren.

Kilde: Sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade side 13, Region Midtjylland (sundhedsfaglig sundhedsaftale), tillægsaftale til den generelle sundhedsaftale for perioden 2011-2014, udateret

3.1.3 Brug de tværfaglige statusbeskrivelser aktivt

Arbejdsgruppen og de tre auditpaneler vurderer, at brug af de neurofaglige vurderinger i den tværfaglige statusbeskrivelse kan være med til at sikre en rettidig rehabiliteringsindsats.

- Det anbefales, at kommunerne anerkender og aktivt gør brug af den neurofaglige vurdering af borgerens rehabiliteringsbehov, som er foretaget i fase II.

Individuelt caseeksempel om manglende inddragelse af neurofaglig viden

I en af de auditerede sager peges fra hospitalets side på behov for en specialiseret indsats i rehabiliteringsindsatsen i fase III. I den pågældende sag går der et år, inden borgeren får tildelt denne.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at kommunen i højere grad kunne have gjort brug af de neurofaglige beskrivelser, som fulgte med borgeren fra fase II indsatsen. Borgeren og dennes pårørende befinder sig i en uafklaret tilstand alt for længe på det kommunale midlertidige og ikke specialiserede genoptræningstilbud. De udførlige beskrivelser fra fase II indsatsen kunne have understøttet en rettidig indsats i forhold til borgerens behov.

3.2 Koordinering

3.2.1 Behov for tværfaglig behovsvurdering med inddragelse af den rette neurofaglige viden tidligt efter udskrivelsen

I flere sager observeres manglende viden om komplekse hjerneskader på myndighedsniveauet, hvor beslutninger om rehabiliteringsindsatsen foretages.

- Det anbefales, at der tidligt efter udskrivelsen etableres et koordinerende møde i hjemkommunen med henblik på tværfaglig behovsvurdering og tilrettelæggelsen af de relevante indsatser i et helhedsorienteret perspektiv og med inddragelse af personer med den rette neurofaglige viden. Med den rette neurofaglige viden forstås, at der sker inddragelse af neurofaglig viden på det niveau, der er behov for i forhold til den aktuelle problemstilling. Der skal således ske en stratificering efter behovet for niveauet af den neurofaglige viden.

Individuelt caseeksempel om vigtigheden af, at personer med den rette neurofaglige viden inddrages

I en auditeret sag har borgeren en svær og omfattende hjerneskade på grund af en massiv hjerneblødning, som påvirker borgeren på stort set alle livsområder. Borgeren har behov for støtte til at udføre alle daglige handlinger og aktiviteter og har ifølge den tværfaglige status fra hospitalet behov for overvågning døgnet rundt.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at der i den konkrete case på ingen måde er en positiv kommunikation mellem de involverede forvaltninger og at 'silo-tænkningen' påvirker rehabiliteringsindsatsen i negativ retning. Processen bliver langstrakt på grund af langvarig afklaring omkring, hvem der skal bevilge og dermed betale tilbudet. Auditpanelet har adgang til en omfattende mailudveksling mellem forskellige myndighedsafdelinger om placeringen af borgeren, og panelet kan ikke se af materialet, at man har mødtes for at afklare forløbet eller i denne del af forløbet har arbejdet med inddragelse af fagpersoner med viden om den konkrete hjerneskades kompleksitet.

Panelet efterspørger neurofaglig viden om hjerneskadens kompleksitet hos myndighedspersonerne, eller inddragelse af fagpersoner med denne viden. Det er vanskeligt for panelet at vurdere borgerens funktionsevneniveau på baggrund af sagsmaterialet, da borgerens hjerneskade er meget omfattende og kompleks. Ikke desto mindre vurderer panelet, at man i denne sag kunne have undgået megen spildtid og at borgeren eventuelt kunne have opnået et højere funktionsevneniveau, hvis der var sat ind med det intensive rehabiliteringstilbud først frem for et døgn-dækket kommunalt genoptræningstilbud, hvor borgeren opholder sig i knapt et år.

Individuelt caseeksempel om en god overgang med hurtig tværfaglig behovsvurdering

I en af de gennemgåede sager udskrives borgeren i en ferieperiode. Borgeren har behov for en specialiseret rehabiliteringsindsats med flere forskelligartede indsatser, herunder taletræning.

Vurdering

Auditpanelet vurderer i den konkrete sag overgangen og timingen fra fase II til fase III rehabiliteringsindsatsen som værende henholdsvis i høj eller i nogen grad tilfredsstillende. På trods af, at der er udskrivningsmøde i ferieperioden, formår kommunen at tilrettelægge en indsats, hvor der er plan for hjemmepleje, fysioterapi og ergoterapi fra start. Auditpanelet vurderer det yderst positivt, at der ikke er 'slip' i træningen i overgangen fra sygehusregi til kommunalt regi. Jobcentret er endvidere også involveret tidligt i forløbet. Der sker således en fælles faglig behovsvurdering.

Det, der dog trækker ned i panelets vurdering, er, at det ikke fremgår klart af sagsmaterialet, hvornår talepædagogen deltager i rehabiliteringsindsatsen og panelet peger på, at der er behov for at se på, hvordan taletræning kan indgå i det samlede rehabiliteringsforløb.

3.2.2 Behov for en organisatorisk koordinerende struktur – ikke kun en koordinator

- Det understreges af auditpanelerne, at en koordinator ikke er en løsning på alle koordinationsudfordringer, idet det anbefales, at koordinatorens arbejde skal understøttes af en struktur, der er organisatorisk koordinerende.
- Det anbefales, at der foregår ledelsesmæssig opbakning til de ansatser, der gøres i forhold til forløbskoordination. Den ledelsesmæssige opbakning har fokus på hurtig og rettidig bevilling.

Individuelt caseeksempel på, at en hjerneskadecoordinator ikke kan stå alene

I en af de gennemgåede sager får borgeren ikke det specialiserede tilbud i fase III, som auditpanelet i den konkrete sag vurderer, at borgeren har behov for. Borgeren bevilges først ophold på et kommunalt døgn-dækket tilbud, som, auditpanelet vurderer, ikke er specialiseret. Borgeren udskrives derefter til eget hjem uden støtte. Borgeren oplever ifølge auditpanelet en social deroute.

Vurdering

Auditpanelet betragter det som kritisabelt, at der ikke bevilges den § 85 bostøtte efter serviceloven med neurofaglig baggrund, som er på tale ved udskrivelsen fra det døgn-dækkede ophold. Personalet på det døgn-dækkede tilbud fremsender først ansøgningen om § 85 bostøtte to dage forud for udskrivelsen, og sikrer sig derved ikke, at der er nogen til at tage over, når borgeren er hjemme. For en borger som denne er det uhensigtsmæssigt, at den fornødne støtte i hjemmet ikke er til stede.

Auditpanelet vurderer, at det i denne borgers tilfælde er et for stort skridt at flytte til egen bolig. I stedet burde der have været en lang række små skridt. Eventuelt ville borgeren have brug for et botilbud, en udslusningsbolig eller andet i en periode, vurderes det. Det vil sige et tilbud med struktur og rammer, hvor borgeren kunne blive klar til at bo i eget hjem. Som forløbet udvikler sig med et eskalerende misbrug og en forværring i borgerens sociale færdigheder, er arbejdet hen imod, at borgeren kan klare sig i eget hjem blevet vanskelig- og måske umuliggjort. Der synes at være sket en 'afvikling' af borgerens færdigheder, beskrives det af en paneldeltager.

Auditpanelet ser af hjerneskadecoordinatorens dokumentation, at hjerneskadecoordinatoren er opmærksom på borgerens udfordringer omkring sygdomsindsigt og hjerneskadens karakter og løbende forsøger at gøre opmærksom på, at borgeren ikke modtager den optimale støtte. Panelet drøfter, at hjerneskadecoordinatoren må have manglet den fornødne ledelsesmæssige opbakning til at få sikret tilstrækkelig støtte til at få etableret et tværfagligt samarbejde om borgeren og til at få iværksat den rette indsats. Auditpanelet ser det som en fordel, hvis koordinatoren i dette tilfælde havde formået at iværksætte tværfaglige møder og peger på, hvor vigtigt det er, at der er den tilstrækkelige ledelsesmæssige opbakning til, at dette kan lade sig gøre.

3.2.3 Bevilling af hjælpemidler skal ske ud fra et helhedsorienteret perspektiv

Hjælpemidler betragtes som vigtige neurorehabiliteringsredskaber. Ved sagsgennemgang på alle tre auditmøder ses eksempler på, hvordan søjler i det kommunale system kan blokere for helhedsorientering. Det konstateres, at forsinkelser af selv mindre bevillinger kan hæmme den kontinuitet, som kan være afgørende for rehabiliteringsforløbet.

- Det anbefales, at bevilling af hjælpemidler sker i et helhedsorienteret perspektiv.

Individuelt caseeksempel på manglende helhedsorientering i mindre bevillinger

I en af de gennemgåede sager er der et eksempel på et afslag på en ekstra badebænk, der i denne sag ville kunne lette tilværelsen for den pårørende til en borger med en omfattende hjerneskade. Den pårørende må transportere badebænken fra botilbuddet til hjemmet, når borgeren er på hjemmebesøg.

Vurdering

Panelet ser det at komme hjem på weekendbesøg under de rette rammer og strukturer som et led i rehabiliteringen. I denne kontekst skal hjælpemidlet ses som et neurorehabiliteringsredskab, som kan have ganske stor betydning, vurderer auditpanelet.

Individuelt caseeksempel på helhedsorientering i bevillinger

I en af de gennemgåede sager er der et eksempel på en bevilling af tilpasning af hjemmet til kørestol forud for, at det er afklaret, hvorvidt borgeren på længere sigt vil kunne komme til at gå.

Vurdering

Tilpasningen af hjemmet fremhæves som positivt. Auditpanelet anser det som tydeligt, at det i dette tilfælde er gavnligt for borgeren og for den pårørende, at disse tilpasninger finder sted med rampe, fjernelse af dørtrin med videre på det tidlige tidspunkt i forløbet. Det understøtter parrets oplevelse af at kunne håndtere situationen. Timing af hjælpemidler i hjemmet bidrager til borgerens grad af selvhjulpethed ved hjemmebesøg. Det drøftes i panelet, hvorvidt dette eksempel vil kunne have forekommet i deres egne kommuner. En paneldeltager konstaterer, at vedkommendes kommune formentlig aldrig ville have bevilget tilpasning af hjemmet til kørestol, forud for at det er afklaret, hvorvidt borgeren på sigt vil kunne komme til at gå. Auditpanelet konstaterer, at det i det konkrete tilfælde er 'billige' tilpasninger i forhold til de mål, der opnås i den samlede rehabilitering. "Dørtrinnet kan jo sættes på igen", som det lyder under drøftelsen.

Uden at det tydeligt kan udpeges i sagsmaterialet, er det panelets oplevelse, at man her synes at have at gøre med en kommune, hvor man får talt og arbejdet sammen på tværs af forskellige fagpersoner og forvaltninger.

3.2.4 Den praktiserende læge – en vigtig samarbejdspartner

Den praktiserende læge er en vigtig samarbejdspartner i en borgers rehabiliteringsforløb efter en erhvervet hjerneskade, som kræver en specialiseret rehabiliteringsindsats i fase III. Den praktiserende læge kan ikke forventes at have kompetence til at foretage udredninger i komplekse hjerneskadesager, men den praktiserende læge har behandlingsansvaret efter udskrivelsen. Dette indebærer ansvar for vurdering af igangværende behandling, herunder medicin, og ansvar for at henvise til relevante speciallæger og ambulatorier.

Almen praksis' rolle er kun drøftet indgående på et af de tre auditmøder, men arbejdsgruppen har fundet det relevant at fremhæve eksemplet og ser behov for at gøre opmærksom på de beskrivelser af den praktiserende læges opgaver, som allerede foreligger i henholdsvis Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade og Region Midtjyllands sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade (se bilag 2).

- Det anbefales, at der sættes fokus på almen praksis' ansvarsområder i fase III rehabiliteringsindsatsen.

Individuelt caseeksempel vedr. praktiserende læge

I en af de auditerede sager forværres borgers tilstand og borgeren har flere hospitalsindlæggelser i løbet af fase III. Der er blandt andet en episode i løbet af fase III, hvor borgeren får forværret sin dysfagi (problemer med synkning).

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at forværringen af borgerens dysfagi naturligvis kan skyldes den fysiologiske tilstand, men det kan også skyldes manglende stabil træning. Auditpanelet konstaterer, at der i den pågældende sag desuden mangler en lægelig udredning vedrørende borgerens synsproblematik. Den praktiserende læge følger ikke systematisk op på borgerens tab af funktionsevne og der tages ikke stilling til smerteproblematik. Der gives tonusdæmpende medicin, samtidig med at der er skade i basalganglierne og i lillehjernen. Dette vurderes af auditpanelet at kræve tæt lægelig opfølgning, hvilket i følge sagsmaterialet ikke synes at være sket. Auditpanelet stiller spørgsmålet, om det funktionsevnetab, borgeren har, skyldes medicinen, idet der sker en ændring af funktionsevneniveauet ved medicinændringen. Auditpanelet vurderer således, at den praktiserende læge kunne have været mere aktiv, end det ser ud til at have været tilfældet i den konkrete sag.

3.2.5 Erhvervsevneafklaring – centralt med inddragelse af neurofaglig viden

Det vurderes gentagne gange på tværs af de tre auditmøder, at koordineringen er mindre vanskelig i de forløb, hvor borgerens forsørgelsesforhold enten allerede er afklaret eller bliver det på et tidligt tidspunkt efter hjerneskadens indtræden.

- Jobcentrene og deres tilknyttede lægekonsulenter er vigtige aktører i mange borgeres rehabiliteringsforløb, og det anbefales, at der er fokus på, at jobcentrene er orienterede om, hvad der foregår i den øvrige del af rehabiliteringsindsatsen for borgeren med hjerneskade, således at der arbejdes ud fra fælles målsætninger.
- Det anbefales endvidere, at neurofaglig viden på rette niveau afhængig af problemstillingens karakter inddrages i erhvervsevneafklaringsforløbene.

Individuelt caseeksempel på manglende neurofaglighed i forbindelse med erhvervsevneafklaring

En borger med svær og kompleks hjerneskade og ringe sygdomserkendelse får tilbud om en arbejdsprøvning, mens borgeren opholder sig på et døgndækket kommunalt tilbud.

Vurdering

At der sættes en arbejdsprøvning i gang, imens borgeren opholder sig på kommunens døgn-dækkede tilbud, betragter auditpanelet som yderst problematisk på grund af hjerneskadens kompleksitet. Panelet peger på, at jobkonsulenten ikke i tilstrækkelig grad synes at være informeret om hjerneskadens konsekvenser for borgeren. Der afholdes et møde på det døgn-dækkede tilbud mellem jobcenterkonsulenten og personalet på døgntilbuddet. Auditpanelet anser det for positivt, at der holdes et møde, hvor borgeren bor. Panelet vurderer til gengæld, at det faglige indhold på mødet må have været mangelfuldt, hvad angår fagpersonernes neurofaglige viden om hjerneskaden og dermed den refleksion, der burde have været angående borgerens muligheder for arbejdsprøvning. Auditpanelet vurderer, at borgeren har brug for et erhvervsevneafklaringsforløb med tæt involvering af personer med relevant neurofaglig viden. Personalet i det døgn-dækkede ophold og i særdeleshed jobkonsulenten vurderes at mangle forståelse for borgerens situation og mangle viden om, hvordan man kan arbejde rehabiliterende med en så svært skadet og i øvrigt svært stillet borger.

Individuelt caseeksempel på manglende viden om den samlede rehabiliteringsindsats

I en af de gennemgåede sager får en borger med en meget stærk arbejdsidentitet tildelt førtidspension tre måneder efter udskrivelsen fra fase II indsatsen. Dette sker på trods af, at det på hospitalet blev vurderet, at der var behov for en specialiseret indsats i fase III rehabiliteringen.

Vurdering

Auditpanelet spørger, om jobcentret i denne sag har været for lidt undersøgende hvad angår borgerens erhvervs muligheder, idet borgeren før hjerneskaden har haft en meget stærk arbejdsidentitet. Kun tre måneder efter udskrivelsen vurderer jobkonsulent og lægekonsulent, at der ikke er nogen erhvervsevne. Auditpanelet undrer sig over, hvad der er sket i forhold til hospitalets vurdering af, at det kunne svare sig at tilbyde en specialiseret genoptræning i fase III rehabiliteringen. Ægtefællen bliver ifølge sagsmaterialet overrasket over beslutningen om førtidspension, og det ser ud som om, at ægtefællen både mangler information herom og begrundelse hvorfor. Auditpanelet vurderer, at beslutningen om førtidspension kan have taget noget af motivationen og begejstringen fra borgeren, hvilket formentlig ikke har fremmet borgerens rehabilitering. Auditpanelet anbefaler derfor, at Jobcenter og lægekonsulent følger med i, hvilke initiativer der igangsættes i den øvrige del af rehabiliteringsindsatsen for borgeren.

3.3 Borgerinddragelse

3.3.1 Borgeren skal inddrages i rehabiliteringsprocessen

Det drøftes løbende under auditmøderne, hvordan der i rehabiliteringsindsatsen skal tages hensyn til, at en hjerneskade kan ændre en borgers livssituation markant på grund af de funktionsnedsættelser, hjerneskaden medfører. Borgeren skal reorientere sig i eget liv og det er centralt for rehabiliteringen at borgeren får skabt ny mening og sammenhæng i tilværelsen. Panelerne og arbejdsgruppen fremhæver, at rehabilitering således fordrer en neurofaglig orienteret tilgang, der favner alle de problemstillinger, der er i tilværelsen efter en hjerneskade og som fokuserer på borgers egne ønsker og mål.⁴

I gennemgangen af borgersagerne vurderer auditpanelerne i flere tilfælde, at inddragelsen af borgerens perspektiver ikke er tilstrækkeligt tydeliggjort. Det stiller krav til neurofagligheden at inddrage borgerens perspektiver, i de tilfælde, hvor borgeren har manglende sygdomserkendelse. Eksempelvis kan borgere med ringe sygdomserkendelse nå til en højere grad af sygdomserkendelse gennem inddragelse i målsætning og evaluering af rehabiliteringen, hvilket fremmer rehabiliteringsprocessen.

- Det anbefales, at borgerens perspektiv spiller en central rolle i fase III rehabiliteringsindsatsen såvel som i den løbende evaluering af rehabilitering og målsætning.

Individuelt caseeksempel på, at inddragelse af borgeren skal være faglig funderet

I en af de gennemgåede sager visiteres borgeren til flere hospitals-genoptræningsophold. Borgeren følger ad flere omgange kompenserende specialundervisning. Borgeren og dennes pårørende er meget aktive i sagen.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at borgeren og dennes pårørende har været meget styrende i forhold til de tilbud, borgeren bevilges. Auditpanelet fremhæver den ulempe, det er for borgerens rehabilitering, at der mangler sammenhæng i forløbet. Der er således adskillige genoptræningsplaner imellem sagsakterne, men ingen samlet plan for rehabiliteringen.

Auditpanelet vurderer på den ene side, at

inddragelsen af borgeren har været omfattende, men bagsiden af dette er, at sygdomserkendelsen hos borgeren i forhold til det nye liv, borgeren skal lære at leve med sine funktionsnedsættelser, har været udskudt. Som det fremgår af sagsmaterialet, synes ingen fagpersoner at have taget denne fagligt vigtige neuro-pædagogiske indfaldssamtale med borgeren.

Der mangler således en gennemgående neuro-pædagogisk strategisk tankegang. Manglen på et fokuseret og målrettet samarbejde fra starten af fase III indsatsen gør, at borgeren reelt set aldrig får bearbejdet og erkendt sit tab af kognitiv funktionsevne. Rehabilitering handler om at få et meningsfuldt liv efter hjerneskaden og at re-orientere sig selv i den nye situation. Auditpanelet kan ikke se, at borgeren får hjælp til dette.

⁴ Arbejdsgruppen henviser i denne forbindelse til Glintborg, Charlotte og Svejstrup, Ole (2012): Rehabilitering – mere end genskabelse af funktionsniveau i: Rehabilitering, koordination og neurofaglighed, Hjerneskadeområdet anno 2012, Videnscenter for Handicap, Hjælpebidler og Socialpsykiatri, 2012, 1. udgave, 1. oplag.



Individuelt caseeksempel på, at inddragelse af borgeren skal være fagligt funderet

I en af de auditerede sager inddrages borgerens ønsker, men der tages for lidt hensyn til borgerens manglende sygdomserkendelse.

Vurdering

Arbejdet med borgerens sygdomserkendelse kunne ske gennem inddragelse af borgeren i træningen. Gennem målsætninger og evalueringer sammen med borgeren kan man opnå øget erkendelse og realisme hos borgeren i forhold til egen formåen. Det fremgår ikke af sagsmaterialet, at borgeren har været inddraget i træningen på denne måde, konstaterer panelet. Den manglende sygdomserkendelse fremgår tydeligt af den tværfaglige status fra fase II indsatsen og denne viden skal således indgå i alt arbejde med borgeren.

Individuelt caseeksempel på manglende arbejde med borgerinddragelse

I en af de gennemgåede sager fremgår det, at borgeren gerne vil hjem fra det kommunale tilbud, men det ses ikke ud af sagsmaterialet, at man på det kommunale genoptræningstilbud taler med borgeren om denne problemstilling. En samtale, der med inddragelse af neurofaglig viden kunne synliggøre, hvilke mange skridt på vejen og små delmål, der eventuelt i bedste fald ville kunne føre til opnåelse af ønsket.

Vurdering

Panelet vurderer, at personalet mangler forståelse for borgerens situation og viden om, hvordan man kan arbejde neuropædagogisk i sit målsætningsarbejde med inddragelse af borgeren. Panelet sætter spørgsmålstegn ved personalets vurdering af, at borgeren ikke har selvindsigt og erkendelse af situationen. Auditpanelet vurderer, at borgeren har en form for erkendelse og en grad af forståelse, som personalet bør trække på som led i arbejdet med borgerens sygdomserkendelse.

3.4 Pårørendeindsats

En hjerneskade rammer ikke kun borgeren, men påvirker i høj grad også de pårørendes livssituation.

- Det anbefales, at pårørende og det øvrige netværk medtænkes i rehabiliteringsindsatsen i det omfang, de pårørende og netværket magter og ønsker dette og i overensstemmelse med borgerens ønsker. En del af den specialiserede indsats er at tilbyde pårørende den relevante støtte.

Individuelt caseeksempel på inddragelse af pårørende til svært skadede borgere

I et forløb, hvor en ung borger får en svær hjerneskade efter et hjertestop, spiller de pårørende en stor rolle.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at der i denne sag sker koordination på rette tidspunkt for at finde det rette tilbud, men vurderer, at det primært er de pårørende, der koordinerer, frem for kommunens sagsbehandler. De pårørende er i høj grad inddraget, men de pårørende kunne i højere grad indgå som en målgruppe for en mere faglig bevidst støtte, vurderer auditpanelet. I forløb som dette er de pårørende centrale for borgerens nye livssituation og for rehabiliteringens succes, men de pårørende er samtidig også potentielt psykisk belastede af den store omstilling. Hvis der har været en indsats møntet på de pårørende, er den ikke dokumenteret i sagen, bemærker auditpanelet.

Individuelt caseeksempel på, hvordan den pårørende ikke klædes på til at være en del af rehabiliteringsindsatsen

I et rehabiliteringsforløb, hvor den hjerneskadede borger har et godt netværk, kommer borgeren på hjemmebesøg i weekenderne.

Vurdering

Panelet er skeptiske over for, om den pårørende er klædt på til at varetage opgaven med at hjemtage borgeren i weekenderne. På grund af hjerneskadens karakter kræves en særlig struktur i dagsprogrammet for, at borgeren kan mestre tilværelsen. Af sagsmaterialet fremgår endvidere, at borgeren er meget udtrættet efter besøg i hjemmet. Auditpanelet konstaterer, at kommunen ikke forholder sig helhedsorienteret til, hvad der kan sætte den pårørende i stand til at magte at have borgeren hjemme i weekenderne. Den pårørende klædes ikke videnskabsmæssigt på med hensyn til at kunne skabe en struktur, som borgeren profiterer af.

Auditpanelet ser endvidere, at den pårørende pådrager sig en fysisk belastningsskade på grund af et manglende hjælpemiddel, hvilket er problematisk, idet der burde have været foretaget en sikkerhedsvurdering af arbejdsmiljøet. Arbejdsskader skal undgås, uanset om det drejer sig om personale eller pårørende, lyder det fra panelet. Auditpanelet vurderer endvidere skaden ydermere uheldigt, da den pårørende er central for borgerens rehabilitering og derfor ikke skal overbelastes.

Problemstillinger i forhold til både større og mindreårige børn af borgeren med erhvervet hjerneskade indgik i enkelte af borgersagerne og blev drøftet på to af auditmøderne, men ikke i indgående grad. Arbejdsgruppen har fundet det relevant at fremhæve temaet omkring børn, da indsatserne over for børn af den skadesramte vurderes at være et underbelyst område, der potentielt kan spille en stor rolle i en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats på tværs af de organisatoriske søjler og lovgrundlag.

3.5 Dokumentation

Sagsmaterialet til de tre auditmøder har været indhentet fra de forskellige kommunale forvaltningsområder og har dækket myndighedsskrivelser, korrespondance mellem fagpersoner og mellem fagpersoner og borgere samt de forskellige fagområders journalark. Det har været en udfordring for auditpanelerne at overskue alt dette sagsmateriale, men har også givet udbytterig læring for paneldeltagerne at forsøge at etablere et overblik over sagerne på baggrund af de mange sagsakter.

3.5.1 Journalvirvar

Mange og forskellige journaliseringssystemer internt i kommunerne gør det vanskeligt at etablere overblik over borgerens rehabiliteringsforløb.

- Det anbefales, at det overvejes, hvordan et overblik kan etableres; både af hensyn til fagpersoner og af hensyn til borgere, der måtte ønske at få indsigt i det samlede sagsforløb. Der peges på de gevinster, der kan opnås ved en fælles rehabiliteringsplan, en tidslinje eller lignende.

Individuelt caseeksempel på et fragmenteret forløb

I en af de gennemgåede borgersager er der mange forskellige rehabiliteringsindsatser og adskillige genoptræningsplaner imellem sagsakterne, men der er ingen samlet plan for rehabiliteringen.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at der i denne sag mangler en rød tråd i de mange typer af tilbud, som borgeren modtager. Auditpanelet vurderer, at de relevante fagpersoner er repræsenteret i sagen, men vurderer, at koordineringen imellem dem mangler. Forløbet er gennemsyret af en mangel på en gennemgående neuropædagogisk strategisk tankegang. En gennemgående forløbskoordination bør sikre denne tankegang i en rehabiliteringsplan, som tager højde for borgerens sygdomserkendelse som afgørende element i rehabiliteringen, vurderer auditpanelet.

3.5.2 Tydelig dokumentation af faglige til- og fravalg i forløbet

Det bemærkes i flere sager, at utydelig dokumentation af rehabiliteringsindsatsen, opstart og afslutning af de enkelte indsatser og hvilken lovparagraf, rehabiliteringsindsatsen er bevilget efter, kan afstedkomme retssikkerhedsmæssige problemer for borgeren. Som eksempler kan det fremhæves, at det er vigtigt at dokumentere, at det er et bevidst fagligt valg, hvis der eksempelvis er ventetid i rehabiliteringsforløbet, at borgeren selv forestår sin træning, at borgeren skal have mange forskelligartede tilbud eller, at der fraviges fra tidligere truffne beslutninger om rehabiliteringsindsats.

- Det anbefales, at der skabes tydelighed om vigtigheden af at dokumentere de faglige overvejelser i forbindelse med beslutninger i forløbet.

Eksempel på manglende dokumentation af faglige valg i forløbet

I et af de gennemgåede forløb konstaterer auditpanelet, at kommunen henvender sig til borgeren inden for ganske få dage, men ifølge journalark fra ergoterapeuten igangsættes genoptræningen imidlertid først en måned efter udskrivelsen. Den egentlige specialiserede rehabiliteringsindsats opstartes et halvt år efter hjerneskadens opståen.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at denne ventetid formentlig ikke er hensigtsmæssig for borgerens rehabilitering. Auditpanelet er enig om, at der går for lang tid (et halvt år), før borgeren modtager et tilstrækkeligt specialiseret tilbud i forhold til den kognitive træning og fysiske genoptræning, men anerkender, at der kan være en grund hertil (eksempelvis kun optag nogle få gange årligt). Auditpanelet mangler en dokumenteret vurdering af, at ventetiden er meningsfuld ud fra et fagligt synspunkt; eksempelvis at borgeren skal have tid til restitution.

Individuelt caseeksempel på manglende dokumentation af faglige valg i forløbet

En borger har i en af de gennemgåede cases fået stillet i udsigt at modtage et specialiseret rehabiliteringstilbud uden for kommunen, men dette effektueres ikke.

Vurdering

Auditpanelet bemærker, at kommunen i begyndelsen i fase III forløbet vurderer, at borgeren bør modtage et specialiseret tilbud efter en periode med rehabilitering i egen kommune. Der fremgår imidlertid ingen faglig begrundelse for, at denne anbefaling fraviges.

3.6 Økonomi

I alle sager har auditpanelerne forholdt sig til, hvad der kan gøres fremadrettet i lignende forløb under hensyntagen til LEON- princippet (lavest effektive omkostningsniveau), jf. bilag 1.

Arbejdsgruppen konstaterer, at nogle af forslagene ikke blot er omkostningsneutrale, men at anbefalingerne peger på ansatser til en bedre og mere strømlinet koordinering internt i kommunerne, der ifølge arbejdsgruppen vil være besparende målt i sagsbehandlingstimer. Arbejdsgruppen peger endvidere på, at forslagene er direkte forbundet med en hurtigere, mere kvalificeret og mere rettidig indsats overfor borgerne. Arbejdsgruppen peger på vigtigheden af at der fokuseres på: 'Rette borger, rette tilbud, rette tid'.

3.6.1 Helhedsorienteret indsats kan forventes at nedbringe udgifterne

Auditpanelerne antager, at den tværfaglige og koordinerede indsats, som tager afsæt i borgerens specifikke behov og samlede livssituation kan bidrage til et optimeret forløb i fase III. Auditpanelerne erkender, at antagelsen baserer sig på vanskeligt dokumenterbare forhold, men ønsker ikke desto mindre at pege på, at en koordineret og helhedsorienteret indsats i kommunen på langt sigt må forventes at nedbringe udgifterne.

Individuelt caseeksempel på, at det kan betale sig at sætte ind med den intensive indsats først

I et tidligere nævnt eksempel vurderer panelet, at der i forbindelse med genoptræning og arbejdsprøvning i den konkrete sag ikke indrages tilstrækkelig neurofaglig viden. Borgeren oplever, hvad auditpanelet betegner som en social deroute og kommer ikke til at klare sig i eget hjem.

Vurdering

Auditpanelet er enigt om at vurdere, at der er et stort udviklingspotentiale i at sikre en fælles strategi over for borgeren og fastholde et neurofagligt perspektiv på borgerens manglende sygdomserkendelse kombineret med fokus på borgerens sociale problemer og misbrug. En fælles faglig behovsvurdering kunne styrke et forløb som dette, vurderer auditpanelet og kunne muligvis have forhindret borgerens sociale deroute. Hvor borgeren ser ud til fremover at være afhængig af omfattende støtte og måske ikke kommer til at kunne klare sig i eget hjem, vurderer auditpanelet, at man med en mere intensiv indsats i et specialiseret tilbud i starten af fase III ville have kunnet hjælpe borgeren til at kunne klare sig i eget hjem med mindre støtte. Den intensive indsats i fase III skulle omfatte misbrugsbehandling, og bestå af mange små skridt i forhold til nedjustering af intensiteten i træning og støtte.

Individuelt caseeksempel på, at det kan betale sig at koordinere indsatsen fra start

I en af de tidligere nævnte auditerede sager modtager borgeren det intensive specialiserede tilbud et år efter udskrivelsen fra hospitalets fase II indsats på trods af, at det fra hospitalet blev anbefalet, at borgeren fik et specialiseret tilbud i fase III.

Vurdering

Panelet anbefaler, at der fra starten af forløbet i fase III etableres et møde mellem de involverede parter, således at der kan ske en fælles faglig behovsvurdering med inddragelse af relevante fagpersoner med den rette neurofaglige viden. Der skal således ske en effektivisering af samarbejdet på forvaltningsniveau. Auditpanelet finder det ikke tilfredsstillende, at der går en måned med mailkorrespondance mellem forvaltningerne. Auditpanelet vurderer, at det ud fra en helhedsbetragtning ville have været omkostningseffektivt, hvis der fra start havde været fokus på borgerens komplekse problemstillinger og på hvilke tiltag, der skulle til for at understøtte borgerens rehabilitering. Her ses eksemplet på, at bureaukratiske søjler og tendens til silotænkning hæmmer rehabiliteringsforløbet og koster ressourcer på bundlinjen i form af mange sagsbehandlingstimer.

Panelet vurderer, at det kunne have gavnet forløbet og øget sandsynligheden for forbedring af borgerens funktionsevneniveau, hvis borgeren havde modtaget det intensive tilbud først og med den rette indsats. Bag denne betragtning ligger, at der er størst mulighed for spontan remission i den første tid efter hjerneskadens opståen. Herved kunne det ikke-specialiserede kommunale tilbud ifølge auditpanelet eventuelt have været af væsentligt kortere varighed. Panelet vurderer således, at forløbet er fragmenteret i alle retninger, og at det reelt koster ressourcer ikke at have en samlet plan.

4 Diskussion

4.1 Hvad er en specialiseret fase III indsats?

Paneldeltagerne finder den form for bredt sammensatte auditanalyse, der er anvendt i nærværende undersøgelse relevant i forhold til operationaliseringen af, hvad der kræves af en specialiseret hjerneskadeindsats i kommunerne. Flere kommunale paneldeltagere kommenterer, at de i kommunerne ville have vanskeligt ved at foretage audit på samme faglige niveau, som denne audit, da de ikke har fagpersoner nok til auditpanelet. Flere auditpaneldeltagerne har i undersøgelsesforløbet efterspurgt muligheden for at se resultaterne af auditeringen af egne sager for at bruge resultaterne til intern læring. Ønsket har dog ikke kunnet imødekommes på baggrund af undersøgelsens principper om at sætte fælles læring i centrum frem for at fokusere på eventuelle mangler i den enkelte kommune.

Analyserne af de 12 sagsforløb har vist, hvordan selve definitionen af specialiseret fase III rehabiliteringsindsats rummer udfordringer. Arbejdsgruppen konstaterer, at auditpanelerne i otte ud af de 12 fremsendte borgersager vurderer, at borgeren har behov for en specialiseret indsats i fase III. Det vil sige, at fire borgere bliver vurderet til ikke at høre ind under udvælgelseskriterierne. Fagpersonerne i de to paneler, der havde disse borgersager, mener, at en del af forklaringen på, hvorfor sagerne er fremsendt til audit, er, at det i kommunerne kan være en udfordring at vurdere, hvad der kræver en specialiseret indsats.

I seks ud af de otte sager, der vurderes at kræve en specialiseret indsats, vurderer panelerne på baggrund af dokumentationen, at der i første del af fase III indsatsen ikke har været tilstrækkelig neurofaglig viden og specialiseringsgrad. Af de seks borgersager, vurderes to borgere efter henholdsvis et halvt og et år at få en indsats på specialiseret niveau. Det vil sige, at ud af de otte sager, hvor borgeren vurderes at have behov for specialiseret indsats, finder auditpanelerne i fire tilfælde, at borgerne samlet set har fået tilbudt en fase III indsats på specialiseret niveau. Denne analyse skal tages med store forbehold, da den baserer sig på ganske få sager, og udvælgelsen af sagerne ikke er statistisk repræsentativ.⁵ Desuden baserer analysen sig kun på tilgængeligt skriftligt materiale, og der kan være faglige indsatser, som ikke fremgår af dokumentationen. Auditpanelerne finder dog borgersagerne repræsentative for den type af sager, de kender, og det er paneldeltagernes oplevelse, at kommu-

nerne har udfordringer med at definere, hvad der kræver en specialiseret indsats og hvad den skal bestå af. Arbejdsgruppen ønsker at sætte til diskussion, hvordan sådanne udfordringer imødekommes, men er samtidig opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen er i gang med et arbejde herom. Arbejdsgruppen peger endvidere på, at emnet kan være et opmærksomhedspunkt i Hjerneskadesamrådet i Region Midtjylland i lighed med de nationale drøftelser.

4.2 Neurofaglig viden i den specialiserede fase III indsats

Auditundersøgelsen viser, at det er en udfordring at definere kravet om neurofaglig viden på rette niveau og, at alle relevante parter, herunder egen læge, jobcenter og lægekonsulenter skal have adgang til neurofaglig viden på rette niveau. Arbejdsgruppen ønsker i den forbindelse at præcisere, at alle faggrupper involveret i forløbet kan bidrage med den neurofaglige viden om hjerneskadens omfang og skadens placering i hjernen samt, at neurofaglig vejledning og supervision skal stratificeres efter problemstillingerne.

Den specialiserede indsats betyder, at der arbejdes ud fra en gennemgående neuropædagogisk tankegang, således at der udover fokus på genoptræning af funktioner også arbejdes med borgerens egen erkendelse af sygdommen og at borgeren sættes i stand til at orientere sig i sin tilværelse. Arbejdsgruppen nævner blandt andet "Håndbog i neuropædagogik" som inspirationskilde til forståelsen af neuropædagogik som individuelle pædagogiske tiltag på baggrund af:

- En generel viden om hjernen og hjerneskader
- En specifik viden om den givne hjerneskade
- En specifik viden om den hjerneskadede borger og borgerens kontekst.⁶

Den nødvendige viden om hjerneskader findes i forskellige faglige regier, vurderer arbejdsgruppen, men spørger, hvordan det bedst sikres, at den neurofaglige viden og erfaring indgår i kommunernes specialiserede fase III indsats.

5 Se udvælgelseskriterier i kapitel 5

6 Hjerneskaderådgivningen, Odense Kommune og 8 øvrige fynske kommuner, 2012, se kapitel 1.

4.2.1 Inddragelse af eksperter fra VISO og Regionshospitalet Hammel Neurocenter

I en af de auditerede sager har den nationale specialrådgivningsorganisation VISO været involveret, hvilket betyder, at undersøgelsen ikke bibringer megen viden om, hvad ekspertinddragelse gennem VISO kan bidrage med i fase III indsatsen. Arbejdsgruppen vurderer, at det bør drøftes, hvorvidt VISO i tilstrækkelig grad udnyttes i forhold til de behov for rådgivning, der findes i kommunerne. Arbejdsgruppen peger desuden på, at det i fremtidige borgersager bliver interessant at se, hvorvidt det kan løfte den neuropædagogiske tilgang, at kommunerne får faglig understøttelse fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter i de specialiserede hjerneskadesager i den midtjyske region. Projektet løber i perioden fra medio 2013 til ultimo 2014.

4.3 Dokumentation

4.3.1 Krav til dokumentation af den specialiserede fase III rehabiliteringsindsats

Arbejdsgruppen og auditpanelerne peger på, at den specialiserede fase III rehabiliteringsindsats fordrer en tydelig dokumentation. Af borgersagerne kan panelerne kun i få tilfælde se, at dokumentationen er tydelig nok til, at den kan understøtte teamarbejdet omkring borgeren. Panelerne efterspørger løbende dokumentation og mere tydeligt målsætningsarbejde og evaluering af indsatsen, når der er tale om et tilbud, der omtales som specialiseret. I de tilfælde, hvor en fagperson, f.eks. bostøtte-medarbejder efter serviceloven, fysioterapeut, hjerneskadekoordinator eller andre skriver uddybende om deres del af indsatsen, drøfter auditdeltagerne, hvordan det sikres, at de øvrige fagpersoner omkring borgeren får læst og brugt de relevante oplysninger.

Individuelt caseeksempel om auditpanelets vanskeligheder ved at vurdere, om en indsats er på specialiseret niveau

Auditpanelet har i denne sag svært ved at vurdere indsatsen i det mere intensive tilbud, som borgeren visiteres til efter nogle måneder i fase III. Auditpanelet har som udgangspunkt en positiv indstilling til specialisering, hvad angår de neurofaglige kompetencer på stedet på baggrund af deres egne erfaringer med tilbuddet, som de godt kender. Det er dog vigtigt at forholde sig til, at der tilbydes forskellige typer af forløb med forskellig specialiseringsgrad i dette tilbud, alt afhængig af taksten og eventuelle tillægsydelse. Auditpanelet kan ikke se, hvad borgeren tilbydes konkret og kan derfor dårligt vurdere specialiseringsgraden. Blandt andet fremgår det ikke af sagsmaterialet, om de neuropædagogiske strategier omsættes til synlige målbare parametre i daglig praksis.

En specialiseret indsats betyder ifølge auditpanelerne, at der arbejdes ud fra en gennemgående neuropædagogisk tankegang, således at der udover fokus på genoptræning af funktioner også arbejdes med neuropædagogiske strategier i forhold til at arbejde med borgerens nærmeste udviklingszone. Auditpanelerne efterspørger i flere tilfælde, at den neuropædagogiske strategi omsættes til konkrete mål og synlige dokumenterede handlinger i den daglige praksis, hvilket er nødvendigt for, at der kan være tale om et specialiseret tilbud.

Individuelt caseeksempel om behovet for dokumentation af den specialiserede indsats

I denne borgersag ser auditpanelet det som en mangel i dokumentationen fra det kommunale genoptræningscenter, at det ikke fremgår, at der arbejdes bevidst efter en neuropædagogisk strategi.

Vurdering

Panelet efterspørger, at det bør kunne ses, at personalet arbejder bevidst efter at afsøge borgerens ressourcer eller er nysgerrige på borgerens sanse- og perceptionsproblematik. Auditpanelet leder forgæves efter tegn på neurofaglig viden i sagsmaterialet fra det kommunale genoptræningstilbud. Auditpanelet vurderer, at denne borger kunne have profiteret af og eventuelt kunne have højnet sit funktionsniveau ved, at der havde været arbejdet målrettet med et struktureret dagsprogram med aktivitetsbaserede neuropædagogiske strategier, som lægges ind i hverdagen. Auditpanelet kan ikke se ud fra dokumentationen, at der arbejdes ud fra en neuropædagogisk tankegang i den tværfaglige indsats, eller at der opstilles fælles mål, der evalueres på.

4.3.2 Dokumentationsudfordring angående pårørendeindsats og supervision

Vejledning og supervision af fagpersoner udgør sammen med indsatsen over for pårørende områder, som det har været vanskeligt for paneldeltagerne at vurdere i gennemgangen af de 12 borgersager. Udfordringen er, at vejledning og supervision til fagpersoner og tilbud til den pårørende yderst sjældent dokumenteres på sagsniveau, om end de kan være ganske centrale for et borgerens forløb på specialiseret niveau. Arbejdsgruppen ønsker at pege på, at områderne er vanskelige at vurdere og kvalitetssikre. Det anbefales, at det undersøges nærmere, hvordan dokumentationsudfordringen i forhold til supervision og pårørendeindsats imødekommes, så disse områder kan omfattes af fremtidig kvalitetssikring.

4.4 Det matrikelløse specialiserede fase III tilbud

Auditpanelerne drøfter, at et specialiseret tilbud ikke skal sættes lig med et samlet rehabiliteringstilbud. Specialisering må ikke forveksles med "mursten", da et specialiseret tilbud kan sammenstykkedes fra sag til sag, og gennem inddragelse af et fagligt kompetent team af medarbejdere, der etableres uafhængigt af, om borgeren opholder sig i eget hjem eller på et tilbud, som ikke er specialiseret.

Individuelt caseeksempel om auditpanelets overvejelser om specialiseret indsats

En ung borger får en svær hjerneskade efter et hjertestop. På baggrund af råd fra hospitalet om sværhedsgraden af borgerens hjerneskade og kravene til genoptræningen, beslutter borgerens hjemkommune at visitere borgeren til et døgn dækket, midlertidigt ophold efter servicelovens § 107 i en anden kommune. Senere visiteres borgeren til et længelevende botilbud, som også ligger uden for kommunen.

Vurdering

Paneldeltagerne drøfter, at nogle kommuner ville have valgt at beholde en tilsvarende borger i egen kommune og stykke fase III indsatsen sammen af en række tilbud. Det kunne betyde ophold på et plejecenter og træningstilbud fra flere instanser. Auditpanelet vurderer, at det at lade en borger som denne blive i hjemkommunen ikke nødvendigvis ville nedbringe omkostningerne i rehabiliteringsindsatsen, da der ville skulle opbygges og sikres koordinering af en neurofagligt funderet tværfaglighed, hvis den faglige kvalitet skulle opretholdes.

Auditpanelerne drøfter, hvordan det at lade borgeren blive i hjemkommunen kan give en øget grad af geografisk nærhed til vante rammer og pårørende. Løsningen vil skulle vurderes fra sag til sag, med afsæt i borgerens perspektiv og i samråd med pårørende. Ved en såkaldt "matrikelløs" løsning fremhæver panelerne, at det sætter særlige krav til det interdisciplinære teamsamarbejde, at det skal etableres fra gang til gang. Den neuropædagogiske strategi bør være tydelig i den enkelte borgers forløb.

4.5 Volumen og tilbud til unge

Det vurderes på tværs af auditpanelerne, at specialisering kræver volumen, og det ses som en udfordring for kommunerne at sikre den nødvendige grad af erfaring med det tætte interdisciplinære teamsamarbejde.

Hvad angår unge borgere med erhvervet hjerneskade, vil det nogle gange være centralt, at borgeren får et tilbud, hvor der er andre unge, mens nærhedsprincippet for andre vil vægte højere end at bo et sted med jævnaldrende. På området unge borgere med erhvervet hjerneskade peger auditpanelerne på behovet for, at det sikres, at et specialiseret tilbud tilgodeser unges eventuelle behov for at være sammen med andre unge, og at der på dette område kan være brug for botilbud.

Angående unge med behov for specialiseret indsats er det et opmærksomhedspunkt for alle auditpaneler, at kommunerne sikrer, at der er mulighed for botilbud til de unge ved, at kommunerne går sammen om at drifte sådanne tilbud med den rette specialviden eller anvender regionale eller andre tilbud med den rette volumen og specialiserede tilgang.

4.6 Førtdspensionsreform og koordinering i forhold til hjerneskaden

Auditundersøgelsen peger på en risiko for koordineringsmæssige problemer for borgere med erhvervet hjerneskade som følge af, at der med reformen vedrørende førtdspension og fleksjob oprettes en teamstruktur, der skaber risiko for, at samme borgers sag behandles i to forskellige regier. Arbejdsmarkedsrådets teamdannelser og individuelt tilrettelagte ressourceforløb var ikke en del af audit, da sagsforløbene, der blev auditeret, var fra før reformerne trådte i kraft i 2013. Flere borgere med erhvervet hjerneskade og behov for en specialiseret indsats vil komme til at være i målgruppen for en særligt koordinerende indsats i regi af arbejdsmarkedsområdet, og arbejdsgruppen finder det relevant at trække frem som et diskussionspunkt, hvordan koordineringen på hjerneskadeområdet bedst kommer til at spille sammen med koordineringen i forbindelse med erhvervsevneafklaringen.

5 Undersøgelsens proces og metode

5.1 Auditundersøgelsens arbejdsgruppe

CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har udviklet og gennemført undersøgelsen i samarbejde med DASSOS-sekretariatet og en fagligt funderet arbejdsgruppe bestående af fagpersoner fra kommunerne og Region Midtjylland. Nedenstående fem arbejdsgruppemedlemmer har samarbejdet med CFK om gennemførelse af undersøgelsen, herunder stået for udarbejdelse af en foreløbig operationaliseret definition af specialiseret fase III indsats og udvælgelse af sager til audit, ligesom de selv har deltaget i audit-panelerne:

1. Helle Nybo Mørn, faglig konsulent, Aarhus Kommune
2. Charlotte Brøndum, faglig koordinator, Silkeborg Kommune
3. Marianne Halfdaner, hjerneskadekoordinator, Syddjurs Kommune
4. Lis Kleinstrup, ledende terapeut, Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Region Midtjylland
5. Trine Blomgreen, fagkonsulent, specialområdet hjerneskade, Region Midtjylland

Nedenstående personer deltog i øvrigt i arbejdsgruppen i forbindelse med det indledningsvise undersøgelsesdesign. De udtrådte af arbejdsgruppen i slutningen af 2012.

6. Birgitte Randrup Krog, projektleder, Aarhus Kommune
7. Charlotte Glintborg, på daværende tidspunkt Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri
8. Heinz Jacob, daværende centerleder, Center for Voksensocial, Region Midtjylland

Karsten Binderup, Line Pedersen og Christina Lindgaard Ovesen fra Sekretariat for rammeaftaler har fungeret som formandskab og sekretariat for arbejdsgruppen.

5.2 Auditundersøgelsens design⁷

5.2.1 Den anvendte auditmetode

Auditmetoden, der har været anvendt i undersøgelsen, er en kvalitativ, casebaseret form for audit, hvor fagpersoners analyser af 12 borgersager har dannet afsæt for udvikling af anbefalinger af mere generel karakter. Som det er

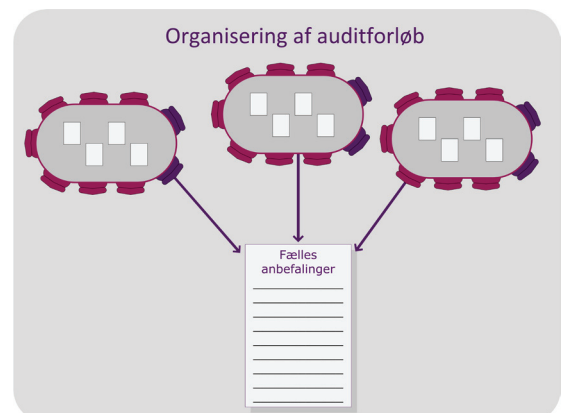
⁷ Opdraget for undersøgelsen fremgår af: Undersøgelsesdesign, Undersøgelse af kommunernes indsats over for borgere med erhvervet hjerneskade, godkendt den 14. november 2012 af DASSOS' forretningsudvalg. Revideret den 20. december 2012 på grund af ændringer i procesplanen, Sekretariat for Rammeaftaler.

illustreret i figur 2 nedenfor, er der gennemført tre auditmøder med tre forskellige paneler af fagpersoner. Hvert panel har bestået af syv erfarne videnspersoner fra området borgere med erhvervet hjerneskade.

Auditten er gennemført som en ekstern audit, idet ingen kommuner auditerede egne sager. Det forhold, at paneldeltagerne vurderer andres borgersager på baggrund af egen viden og erfaringer fra forskellige kommuner og fra regionen vurderes i denne type af audit at styrke auditresultaternes rækkevidde og den læring, der opnås på tværs af kommuner i den midtjyske region.

Efter hvert auditmøde er der udarbejdet et referat. Referaterne har gengivet panelernes vurderinger og drøftelser og anbefalinger ud fra de fire borgersager, som hver audit omhandlede. Referatet fra auditmøderne er gennemgået og godkendt af de enkelte auditpaneler. Herefter har CFK samlet anbefalingerne fra de tre audits og samarbejdet med arbejdsgruppen om denne samlede afrapportering.

Figur 2. Organisering af auditforløb



5.2.2 Operationaliseret definition af specialiseret rehabiliteringsindsats

Arbejdsgruppens definition af rehabilitering har fulgt Forløbsprogrammets og den forudgående MTV's henvisning til WHO's definition:

"Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse."

Oversat af Sundhedsstyrelsen i 2010; se Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade 2011, side 7 og Sundhedsstyrelsens, Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering 2011, s. 65

MTV'en henviser endvidere til definitionen i "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" fra MarselisborgCenteret:

"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 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"

Kilde: Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret, Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Aarhus: MarselisborgCentret 2004; se Sundhedsstyrelsens, Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering 2011, s 65

Forud for auditforløbet fik arbejdsgruppen til opgave at udarbejde en operationaliseret definition af en specialiseret rehabiliteringsindsats på området voksne med erhvervet hjerneskade. Arbejdsgruppen tog afsæt i Forløbsprogrammets beskrivelse:

"Rehabiliteringsforløbet varetages af de specialiserede hjerneskadetilbud som samlede, helhedsorienterede og intensive forløb. Der er involveret faggrupper med specialiseret neurofaglig ekspertise (inden for alle relevante områder), som fungerer i tæt, interdisciplinært samarbejde. Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision og deltager desuden ofte i udviklingsarbejde og forskning."

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade 2011, side 45.

Arbejdsgruppen afgrænsede ovenstående til, at det skulle undersøges i hvor høj grad borgere med erhvervet hjerneskade modtager en rehabiliteringsindsats, der kan karakteriseres som et samlet, helhedsorienteret og intensivt forløb, jf. ovenstående definition fra Forløbsprogrammet. Operationaliseringen lød således:

"Rehabiliteringsforløbet varetages af de specialiserede hjerneskadetilbud som samlede, helhedsorienterede og intensive forløb."

Det har været arbejdsgruppens vurdering, at det ikke er muligt at opstille direkte målbare indikatorer på ovenstående definition. Der har således været tale om mere kvalitative indikatorer, som samlet set danner et billede af i hvor høj grad et rehabiliteringsforløb kan karakteriseres som samlet, helhedsorienteret og intensivt.

På baggrund af denne operationaliserede definition, udarbejdede CFK et vurderingsskema, som paneldeltagerne udfyldte forud for auditmødet. Vurderingsskemaet har haft følgende tematiske opdeling:

1. Overgang og timing
2. Koordination mellem fagområder/forskellig forvaltninger
3. Tilbuddets karakter og intensitet
4. Borgerinddragelse
5. Specialiseringsgrad i rehabiliteringsindsatsen
6. Udviklingsspørgsmål på baggrund af den aktuelle sag⁸

I auditvurderingsskemaet er der fem svarkategorier: "I høj grad tilfredsstillende", "I nogen grad tilfredsstillende", "I mindre grad tilfredsstillende", "Slet ikke tilfredsstillende" og "Stillingtagen ikke mulig på grund af manglende viden/dokumentation". De fire første svarkategorier skulle anvendes til at vurdere et spørgsmål på baggrund af foreliggende dokumentation og/eller viden. I de tilfælde, hvor et spørgsmål ikke kunne vurderes, blev deltagerne bedt om at sætte kryds i feltet "Stillingtagen ikke mulig på grund af manglende viden/dokumentation".

I et felt til begrundelse er auditpaneldeltagerne opfordret til at begrunde deres svar. Begrundelserne er en vigtig del af audit, da de giver mulighed for, at drøftelserne på auditmødet kan foldes ud ved at få nuancer og perspektiver vendt.

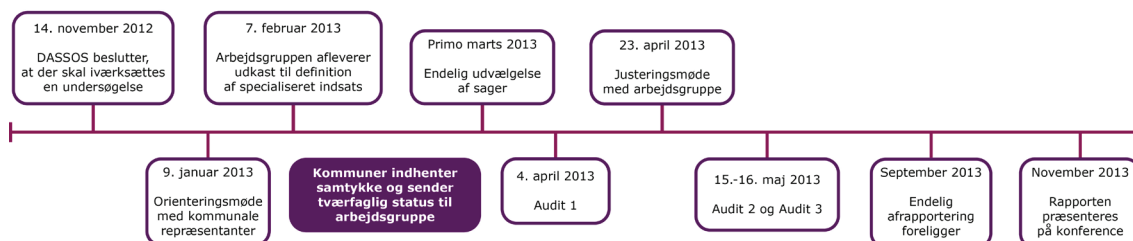
⁸ Se bilag 1 for de konkrete spørgsmål og tilhørende vejledning.

5.2.3 Undersøgelsens tidsplan

DASSOS besluttede som nævnt at iværksætte undersøgelsen i november 2012. Den 9. januar 2013 var der orienteringsmøde med kommunale repræsentanter, som blev introduceret til undersøgelsen og til auditmetoden. Mens arbejdet

med definition af 'specialiseret indsats' og udviklingen af vurderingsskemaet foregik, skete sagsudvælgelse og indhentning af samtykker i kommunerne. De tre auditmøder er gennemført i april – maj 2013.

Figur 2. Tidslinje



5.2.4 Udvalgelse af borgerforløb

Arbejdsgruppen udvalgte de 12 borgerforløb til auditering blandt en bruttoliste af borgerforløb, der blev tilvejebragt af regionens 19 kommuner. Hver kommune blev bedt om at indhente samtykke og fremsende anonymiserede tværfaglige statusbeskrivelser på to borgerforløb, hvor borgeren i løbet af 2011 var udskrevet fra hospitalsindlæggelse.

Hver kommune, for så vidt de havde borgere inden for kriterierne, fremsendte i foråret 2013 anonymiserede tværfaglige statusbeskrivelser på to borgerforløb. Det var kommunerne frit for at vælge borgersager, man vurderede var gået godt eller dårligt. Arbejdsgruppens betragtning var, at der ville være læring at hente i alle typer af sager. Kriterierne for valg af sager var:

Borgere i den erhvervsaktive alder (18-65 år) med komplekse problemstillinger i forhold til ICF, der kræver yderligere multidisciplinær indsats på specialiseret niveau i kommunerne efter udskrivelse i 2011 fra fase II-behandling.

I alt 27 sager blev fremsendt til bruttolisten. Arbejdsgruppens endelige udvælgelse af de 12 borgerforløb skete på baggrund af følgende kriterier:

- Repræsentativitet i forhold til små og store kommuner samt geografisk spredning
- Bredde i forhold til skadens kompleksitet. Der udvælges både forløb, hvor borgeren har været indlagt på højt specialiseret niveau på Hammel Neurocenter og forløb, hvor borgeren har været indlagt på regions-

funktionsniveau på Hammel Neurocenter eller hospitalsenhederne Skive, Lemvig eller Holstebro.

- Spredning i indsatsens omfang og tværfaglighed forstået på den måde, at der udvælges sager, hvor forskellige forvaltninger (i forskelligt omfang) er involveret.

De borgersager, der blev udvalgt, repræsenterede både mænd (6/12) og kvinder (6/12), de repræsenterede forskellige størrelser af kommuner og for 5 ud af 12 borgeres vedkommende, var der igangsat en eller anden form for erhvervsve-neafklaring i fase III.

5.2.5 Sagsmateriale

Sagsmaterialet er i anonymiseret form fremsendt til paneldeltagerne. Sagsmaterialet har været ganske omfattende og bestået af alt tilgængeligt kommunalt journalmateriale vedrørende rehabilitering efter hjerneskaden, dvs. materiale fra socialafdelinger, sundhedsafdelinger, job og beskæftigelse. Den tværfaglige status, en genoptræningsplan og eventuelt øvrigt materiale fra fase II indsatsen har været vedlagt.

Det var i flere tilfælde udfordrende for deltagerne at få overblik over sagsforløbet på baggrund af sagsakterne. Faglige refleksioner og konkrete forhold har generelt været meget lidt dokumenteret. Auditpanelerne har til tider overvejet, om der på nogle borgeres sager har manglet sagsakter. Desuden har der været tendens til anonymisering i en grad, som har været meningsforstyrrende i forhold til fx beskrivelser af tilbud og personer i teamet omkring borgeren.

5.2.6 Deltagere i auditpanelerne

Auditpanelerne har været sammensat af i alt 20 fagpersoner, hovedsageligt fra de midtjyske kommuner. Der deltog to personer fra Region Midtjylland (fra specialområdet for hjerneskade og fra Hammel Neurocenter). En af disse personer var med i to paneler. Sammensætningen af de tre auditpaneler kan ses nedenfor.

Hovedparten af paneldeltagerne arbejder i koordinerende funktioner i kommunerne, hvilket har været fremmede for drøftelserne angående

ende koordinering og organisering i kommunerne. Panelerne har også repræsenteret erfaringer med og konkret viden om genoptræning, hvilket har styrket vurderingen af denne del af rehabiliteringsindsatsen i borgereksemplerne. Der har været enkelte ledere og repræsentanter fra myndighedsafdelingerne i kommunerne med i panelerne, hvilket anses for at have øget drøftelsernes kobling til den kommunale hverdag. Panelerne kunne have været styrket med deltagelse fra arbejdsmarkedsområdet, som i mange forløb spillede en central rolle.

Sammensætning af auditpanel 1

Navn	Funktion	Arbejdssted	Øvrigt
Lotte Bendix Mikkelsen	Hjerneskadekoordinator	Favrskov Kommune	
Bente Kierk Jørgensen	Hjerneskadekoordinator	Horsens Kommune	
Charlotte Brøndum	Projektleder og faglig koordinator for hjerneskadeområdet	Silkeborg Kommune	Medlem af arbejdsgruppen
Linda Trier Hald	Hjerneskadekoordinator	Herning Kommune	
Villy Linde	Faglig konsulent og hjerneskadekoordinator	Viborg Kommune	
Alice Ervolder	Centerleder, Dag- og Døgncenter Lemvig	Lemvig Kommune	
Trine Blomgreen	Fagkonsulent, specialområdet hjerneskade	Region Midtjylland	Medlem af arbejdsgruppen

Sammensætning af auditpanel 2

Navn	Funktion	Arbejdssted	Øvrigt
Hanne Sandgaard	Hjerneskadekoordinator	Skive Kommune	
Rikke Sodemann	Fysioterapeut	Norddjurs Kommune	
Marianne Halfdaner	Hjerneskadekoordinator	Syddjurs Kommune	Medlem af arbejdsgruppen
Lone Aagaard	Forløbskoordinator for senhjerneskadede	Randers Kommune	
Ane Katrine Beck	Projektleder og hjerneskadekoordinator	Skanderborg Kommune	
Birgit Madsen	Samarbejdskoordinator	Ringkjøbing-Skjern Kommune	
Lis Kleinstrup	Ledende terapeut, Regionshospitalet Hammel Neurocenter	Region Midtjylland	Medlem af arbejdsgruppen

Sammensætning af auditpanel 3

Navn	Funktion	Arbejdssted	Øvrigt
Lisbeth Jensen	Fysioterapeut	Hedensted Kommune	
Lisbeth R. Majgaard	Hjerneskadekoordinator, fysioterapeut	Struer Kommune	
Sølvi Mathiasen	Hjerneskadekoordinator, ergoterapeut	Samsø Kommune	
Helle Mørn	Faglig konsulent	Aarhus Kommune	Medlem af arbejdsgruppen
Bettina Møller	Visitator	Ikast-Brande Kommune	
Anne-Marie L. Kristensen	Hjerneskadekoordinator, visitator	Holstebro Kommune	
Trine Blomgreen	Fagkonsulent, specialområdet hjerneskode	Region Midtjylland	Medlem af arbejdsgruppen

Konsulenter fra CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland varetog funktionerne som mødeleder og referent.

5.3 Styrker og forbehold ved den anvendte auditmetode

Det har ikke været en forventning, at denne form for audit har kunnet belyse omfanget af kommunernes forskellige rehabiliteringsindsatser. Den anbefalede auditmetode har i stedet belyst forløb og indsats i de udvalgte borgerforløb og på denne baggrund er identificeret vanskeligheder, problemstillinger og forbedringspotentialer generelt set. Det er løbende af arbejdsgruppen blevet understreget, at det i undersøgelsesforløbet ikke har været interessant, hvordan bestemte kommuners rehabiliteringsindsats foregår. Fokus har været på den fælles læring, som kan udledes af audit af konkrete borgerforløb fra forskellige kommuner.

I det forudgående er præsenteret fokusområder, anbefalinger og diskussionspunkter, som har kunnet udledes fra de tre audits. De fokusområder, der er behandlet på baggrund af auditundersøgelsen er ikke udtømmende for de fokusområder, der kan knytte sig til kommunernes udvikling af fase III rehabiliteringsindsatsen.

Enkelte områder har enten ikke eller i meget lille grad optrådt i borgersagerne, og har derfor i mindre grad været genstand for auditpanelernes drøftelser, ligesom drøftelsernes fokus også formes af den viden og de interesser, der har været til stede i auditpanelerne. Et område, der eksempelvis kun sporadisk er behandlet i auditundersøgelsen, er taleundervisningens rolle i rehabiliteringsforløbet.

Det var forventet ved undersøgelsens start, at nye snitflader, der inden for de seneste år er vokset frem mellem regionens og kommunernes tilbud på hjerneskodeområdet, har skullet synliggøres gennem auditten med henblik på udvikling af opmærksomhedspunkter for en fælles fremadrettet indsats på området.⁹ Dette resultat er ikke kommet ud af auditundersøgelsen, da der i de auditerede sager kun i mindre grad har optrådt rehabiliteringsforløb på tværs af regionale og kommunale specialiserede tilbud. Panelerne har dog på baggrund af auditeringen af enkeltsagerne konkluderet, at der er behov for en eller anden form for sikring af volumen for den nødvendige grad af erfaring med det tætte interdisciplinære teamsamarbejde.

9 Jævnfør undersøgelsesdesign fra DASSOS, note 6

Det skal bemærkes, at det for de auditerede borgersager gælder, at borgeren er udskrevet fra hospitalets fase II indsats i 2011, og sagsakterne fra kommunen kun dækker perioden frem til primo 2013. Dette betyder, at auditundersøgelsen ikke har omfattet ændringer i kommunerne efter denne tid. Her tænkes blandt andet på reformer på arbejdsmarkedsområdet vedrørende førtidspension og fleksjob samt indsatser i de midtjyske kommuner, der er sat i værk på baggrund af Sundhedsstyrelsens puljemidler til kompetenceudvikling og hjerneskadekoordinering. Disse og andre ændringer vil kunne få betydning for kommunernes hjerneskadeindsats, som kunne tænkes at afspejle sig i sagsforløb udtaget på et senere tidspunkt.

Auditten er gennemført på baggrund af journalmateriale fra kommunerne, og det har begrænset paneldeltagernes mulighed for at aflæse graden af involvering af neurofaglig ekspertise, hvorvidt de involverede faggrupper har fungeret i et tæt, interdisciplinært samarbejde, har modtaget fast og hyppig supervision samt ofte del-

taget i udviklingsarbejde og forskning. Det har hele tiden været arbejdsgruppens vurdering, at denne form for audit ikke har kunnet omfatte samtlige forhold i Forløbsprogrammets definition af en specialiseret rehabiliteringsindsats, men at det ville forudsætte en udvidelse af undersøgelsen med andre metoder end den valgte, fx feltobservationer og interviews på tilbud for borgere med erhvervet hjerneskade. Det var således forventet, at det ville være vanskeligt for auditpanelerne at få indblik i disse områder på baggrund af de metodemæssige begrænsninger, der ligger i, at undersøgelsen udelukkende er foretaget på baggrund af sagsakter. Til trods for begrænsningerne ved kun at have skriftlige kilder om den enkelte borgers forløb har paneldeltagerne i flere tilfælde dog alligevel foretaget vurderinger af det tværfaglige samarbejdes form samt af, hvilke faggrupper der har været involveret i borgersagerne. Auditpaneldeltagernes viden og erfaringer har dannet afsæt for drøftelser af, hvad der ville fungere godt i de enkelte borgersager på disse områder.

Bilag 1 Vurderingsspørgsmål

1. Vurder hvorvidt borgeren på rette tidspunkt modtager det første tilbud fra kommunen efter overgang fra fase II behandling i sygehusregi til fase III rehabilitering (se instruktion til spørgsmålet)
2. Vurder inddragelsen af relevante fagområder/forvaltninger (se instruktion til spørgsmålet)
3. Vurder hvorvidt borgeren modtager tilbud, der er relevant og dækkende i forhold til borgerens problemstillinger (se instruktion til spørgsmålet)
4. Vurder borgerinddragelsen i fase III rehabiliteringsforløbet (se instruktion til spørgsmålet)
5. Vurder graden af specialiseret rehabiliteringsindsats i denne borgers forløb (se instruktion til spørgsmålet)
6. Hvilke forslag har du til, hvad der kan bruges fremadrettet i lignende forløb eller omvendt, hvad der bør gøres anderledes i lignende forløb - under hensyntagen til LEON-princippet (lavest effektive omkostningsniveau).

Instruktion til spørgsmålene

Spørgsmål 1 handler om det første, der sker hos kommunen, når borgeren udskrives. Du bedes vurdere, hvorvidt formelle krav vedr. genoptræning overholdes, herunder om "patienten kontaktes senest 3 hverdage efter at genoptræningsplanen er modtaget..." jf. sundhedsaftalerne for 2011-2014. Det somatiske område, Lommehåndbog s. 49 (se i vedlagte baggrundsmateriale). Desuden bedes du vurdere, om borgeren modtager det første tilbud på rette tidspunkt ud fra din faglige vurdering af borgerens øvrige behov på daværende tidspunkt.

Din vurdering af **spørgsmål 2** skal omfatte såvel om de relevante fagområder/forvaltninger inddrages som hvorvidt det sker på det rigtige tidspunkt. Du bedes i dette spørgsmål vurdere, hvorvidt organiseringen af rehabiliteringsforløbet har været tilfredsstillende, jf. KL's udspil vedrørende en styrket rehabilitering af borgere med hjerneskade, anbefaling 4 (se i vedlagte baggrundsmateriale)

Når du besvarer **spørgsmål 3** bedes du i din vurdering inddrage, at der med relevant og dækkende tænkes på:

- Hvorvidt tilbuddene har den rette karakter/det rette indhold
- Hvorvidt tilbuddene har den rette timing og det rette tidsperspektiv

Eksempler på tilbud fremgår af nedenstående liste:

- Fysisk træning i forskellige rammer
- Kognitiv træning ved computer eller i dagligdagsaktiviteter
- Træning af sociale kompetencer
- Træning i daglige færdigheder (at stå op om morgenen, kropspølse, spise og drikke osv.)
- Træning af bo-færdigheder på fastlagte hjemmedage (rengøring, indkøb, madlavning, kontakt til læge, tandlæge, frisør osv.)
- Psyko-education (undervisning i hjernen/skaden, samtalegrupper, livsstilsgrupper o. lign.)
- Tilbud til pårørende (samtaler/undervisning)
- Støtte til borgeren til mestring af vedkommendes sociale liv
- Udredning af arbejdsevne og indsats i forhold til arbejdsidentitet

Spørgsmål 4 vedrører inddragelse af såvel borgeren med en hjerneskade som dennes pårørende (under hensyntagen til afgivet samtykke).

I **spørgsmål 5** bedes du vurdere, hvorvidt denne borger har fået tilstrækkeligt specialiserede tilbud set i lyset af de niveauer for indhold og målgruppe i de graduerede rehabiliteringstilbud, der fremgår af forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, 2011, tabel 2 s. 46-47 (se vedlagte baggrundsmateriale).

Spørgsmål 6 handler om, hvad der kan læres af dette borgerforløb. Hvad er godt og bør udbredes og hvad bør ændres i lignende forløb - under hensyntagen til LEON-princippet (lavest effektive omkostningsniveau). Spørgsmålet lægger op til en generel vurdering og drøftelse af centrale kvalitetsområder for denne type af rehabiliteringsforløb.

Det gælder blandt andet graden af:

- neurofaglig ekspertise,
- tværfagligt samarbejde,
- supervision og
- deltagelse i udviklingsarbejde og forskning

Bilag 2 Forløbsprogrammet og sundhedsaftalen om almen praksis' rolle i fase III

Forløbsprogrammet om almen praksis' rolle

Almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet er at være generalist, tovholder for den lægelige behandling, og gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen. Almen praksis' opgaver i forhold til personer med erhvervet hjerneskade er:

- Henvisning til sygehusbehandling, herunder til ambulant udredning (både i den akutte fase og på et senere tidspunkt i forløbet)
- Kontrol og behandling af følgetilstande og komorbiditet efter udskrivelsen, eventuelt i samarbejde med sygehuset, herunder opfølgning på patientrettet forebyggelse til personer med apopleksi/TCI
- Opfølgning på psykosociale forhold, herunder støtte, udredning og behandling af krisereaktioner hos pårørende (inklusive mindreårige børn)
- Legale forhold, herunder vurdering af køreevne
- Samarbejde med og eventuelt rådgivning til kommunen og sygehuset i forhold til konkrete personer med erhvervet hjerneskade, herunder eventuelt deltage i udskrivningssamtale

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade 2011, side 40-41

Sundhedsaftalen om almen praksis' rolle

I forbindelse med udskrivningen fra hospitalet anbefales at, at den praktiserende læge gør følgende [moderat til svært hjerneskadede borgere, red]:

Den udskrivende afdeling bestiller tid sammen med borgeren til en konsultation hos den praktiserende læge ca. 4 uger efter udskrivelsen. Hvis borgeren udskrives til en institution, kan den udskrivende afdeling kontakte den praktiserende læge og aftale nærmere ang. 1. kontrol.

Udskrivningskort og genoptræningsplan forventes at foreligge hos den praktiserende læge før konsultationen.

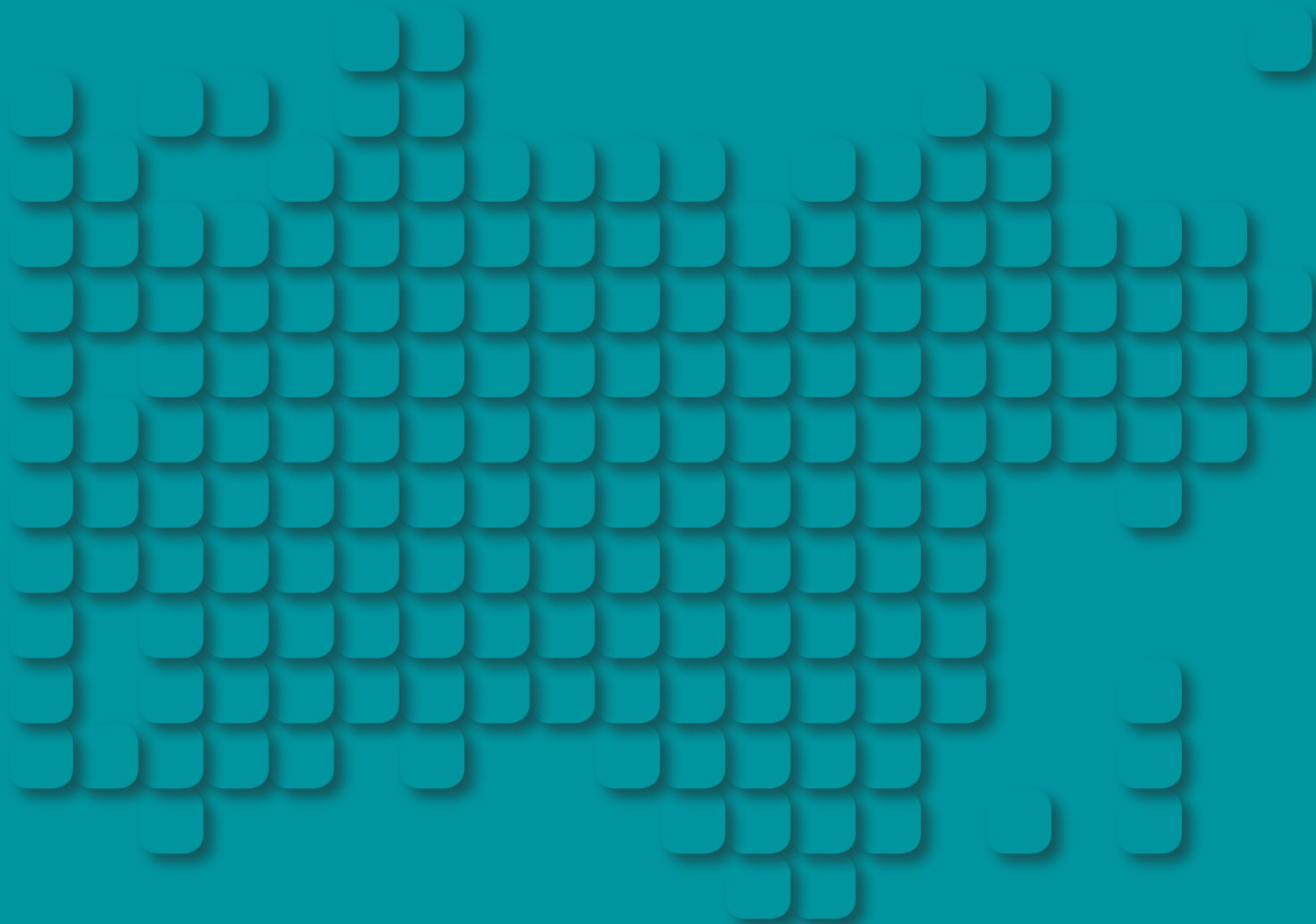
Den 1. konsultation tilpasses de aktuelle problemstillinger for borgeren og vil typisk indeholde følgende elementer som evt. fordeles over flere konsultationer:

- Den aktuelle fysiske og psykiske tilstand sat i relation til udskrivelsesstatus
- Socialmedicinske problemstillinger
- Vurdering af igangværende behandling inkl. medicin og neurorehabilitering/ genoptræning
- Der lægges plan for supplerende undersøgelser og kontroller inkl. vedrørende eventuelle kroniske lidelser
- Kontakt til hjerneskadekoordinator eller anden neurorehabilitering alt efter behov

Senere i forløbet kan det blive relevant med en opfølgende vurdering angående:

- Habilitet vedrørende bilkørsel. Attester vedr. eventuel arbejdsskade, ulykke og kritisk sygdom. Mulighedsattest til arbejdsgiver og socialmedicinske attester udfærdiges efter behov
- Der overvejes henvisning til praktiserende speciallæge eller specialafdeling ved progression af specifikke neurologiske symptomer
- Årskontrol planlægges

Kilde: Sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade side 18, Region Midtjylland (sundhedsfaglig sundhedsaftale), tillægsaftale til den generelle sundhedsaftale for perioden 2011-2014, udateret



De 19 kommuner i regionen
og Region Midtjylland

