



Hjerneskadeforeningen

Protektor: Hendes Kongelige Højhed Kronprinsesse Mary

- Oplæg til foretræde for Social- og Sundhedsudvalget den 28. april 2011.

Hjerneskaderehabilitering handler om at kunne SE og bidrage til FORLØSNING af den skaderamtes potentialer!

Med strukturreformen fik de nye 98 kommuner pålagt en nærmest umulig opgave. De skulle være ansvarlige for rehabiliteringen af mennesker, der i deres livsforløb blev ramt af en skade i deres mest komplekse og overordnet styrende organ, hjernen.

Følggevirkningerne af en hjerneskada er ekstremt individuelle og afhænger bl.a. af skadens karakter og omfang. De mest invaliderende følggevirkninger er de usynlig – de cognitive skader – skader, som det er meget svært for andre at forstå, da der er tale om funktioner, der normalt bare fungerer, uden at vi tænker over det jf. Hjerneskadeforeningens pjeces "Usynlige handicap efter en hjerneskada", som vi medbringer ved foretrædet.

At kunne se hvilket rehabiliteringspotentiale en hjerneskadet person er i besiddelse af, kræver i mange tilfælde højt specialiseret viden. En viden som Sundhedsstyrelsens MTV om hjerneskaderehabilitering konstaterer ikke er tilsted i kommunerne.

Men er det nu hensigtsmæssigt og samfundsøkonomisk forsvarligt at alle 98 kommuner skal have det højt specialiserede beredskab, som en kvalificeret hjerneskaderehabilitering forudsætter? – Svaret er et klart NEJ.

Begrundelsen fremgår af bilag 1, som viser en statistisk oversigt over antal overlevende efter en hjerneskada pr. år i region Hovedstaden. I bilag 2 oplystes de 29 kommuner i region Hovedstaden efter befolkningstal og en statistisk baseret beregning over antal sager pr. år, hvor der sandsynligvis er behov for en specialiseret indsats.

Oversigten dokumenterer – efter Hjerneskadeforeningens opfattelse – at kun et par enkelte kommuner i regionen har et antal sager pr. år, der kunne danne grundlag for det fornødne specialiserede beredskab.

Et andet forhold, der bør indgå i en samlet vurdering er, at i forlængelse af Sundhedsstyrelsens redegørelse om traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser fra 1997 – også kaldet "den nationale strategi" – blev der i 2000 åbnet 2 højt specialiserede centre i Danmark: Afsnit for traumatisk hjerneskada på Hvidovre hospital og Hammel Neurocenter.

Netop denne centralisering har vist sig at være rigtig, og de skaderamte der i dag forlader disse 2 centre er i en langt bedre tilstand end tidligere. Derefter overlades de imidlertid til et decentraliseret system uden den fornødne viden til at bygge videre på det resultat, der er opnået i hospitalsrehabiliteringen – og samfundet høster ikke "gevinsten" ved den omkostningstunge højt specialiserede hospitalsrehabilitering. Set i et samfundsøkonomisk perspektiv en katastrofe – for slet ikke at tale om den menneskelige katastrofe!

Hjerneskadeforeningen har længe presset på for at få "oversat" anbefalingerne fra "den nationale strategi", så de passede til den ændrede opgavefordeling, der fulgte med strukturreformen. Fra starten har vi peget på, at det største behov for anbefalinger var i relation til det der sker efter udskrivning fra hospital. Arbejdet med 3 forløbsprogrammer er

ved at nærme sig sin afslutning i Sundhedsstyrelsen, men det står helt klart, at vi får ikke en ny national strategi.

Anbefalingerne vedrørende organiseringen af indsatsen efter udskrivning er så vage, at de ikke er noget værd!

Derimod tegner sig snarere et billede af anbefalinger, der lægger op til at lade regionernes sundhedsfaglige eksperter få mulighed for at løse opgaver, som rækker ind over kommunernes myndighedsansvar.

Det er efter Hjerneskadeforeningens opfattelse en forkert løsning, da hjerneskaderehabilitering er et kommunalt ansvar, at fordi der efter udskrivning skal fokus på "hverdagsrehabiliteringen" – job, uddannelse, selvhjulpethed, hele livssituation med familie og børn mmm. - Alle de lovgivninger, der her skal i spil vedrører den kommunale indsats.

Hjerneskadeforeningens forslag om fælles kommunale hjerneskadecentre skal ses som en mulighed for en hensigtsmæssig organisering, der fastholder det kommunale ansvar og giver kommunerne et øget ejerskab i forhold til opgaveløsningen.

Det vil kun i begrænset grad influere på det kommunale selvstyre, da de kommuner, der indgår i fællesskabet, er ansvarlige for at fastlægge serviceniveau og økonomi. Mål og rammestyring sker gennem bestyrelsesarbejde.

Forslaget reducerer også den enkelte kommunes behov for selv at ansætte et højt specialiseret multidisciplinært rehabiliteringsteam, da kommunen ikke har årlige sager nok til at et sådant rehabiliteringsteam ville kunne vedligeholde og udbygge et højt fagligt niveau.

Kommunernes udviklingsarbejde på hjerneskadeområdet er især rettet mod at håndtere vanskeligheder som følge af den specialiserede kommunale forvaltningsstruktur. Derfor ansætter mange kommuner en hjerneskadekoordinator, hvilket ofte fremhæves som en kvalificering af den kommunale indsats. Hjerneskadeforeningen påskønner denne tendens, som bestemt er en væsentlig positiv udvikling. Men en hjerneskadekoordinator varetager kun den forvaltningsmæssige koordineringsopgave – både egentlige myndighedsafgørelser og selve rehabiliteringsopgaven varetages af andre kommunale fagpersoner, som ikke nødvendigvis opkvalificeres af hjerneskadekoordinatoren. Derfor er det afgørende, at hjerneskadekoordinatoren kan indgå i og have direkte adgang til et forum med tilstrækkelig volumen og dermed tværfaglig specialistfaglighed.

Hjerneskadeforeningen mener derfor, at vores forslag vil medføre:

- Bedre kvalitet uden brug af flere ressourcer.
- Bedre opfølgning på/udnyttelse af hospitalsrehabiliteringen.
- Giver kommunerne en organisatorisk ramme, der gør det muligt for dem at løfte denne opgave på en økonomisk bæredygtig måde.
- Gør rehabiliteringsindsatsen mindre "post-nummer"-afhængig.



Hjerneskadeforeningen

Hjerneskaderehabilitering handler som nævnt om at kunne SE og medvirke til FORLØSNING af den skaderamtes potentialer – eller med Hjerneskadeforeningens slogan

LIV DER REDDES – SKAL OGSÅ LEVES

Med venlig hilsen

Niels-Anton Svendsen

Landsformand

Bilag 1:

Faktaboks: Region Hovedstaden	Regionen i alt	Kbh. Kom.	Kommune med ca. 60.000 borgere	Kommune med ca. 40.000 borgere	Kommune med ca. 20.000 borgere
Antal overlevende efter en hjerneskode i alt pr. år	3.251	1.000	119	80	40
Heraf i den erhvervsaktive alder	944	291	34	23	11
Heraf med sandsynligt behov for specialiseret indsats	568	175	21	14	7
Apopleksitilfælde i alt	2.516	774	92	62	31
Heraf i den erhvervsaktive alder	503	155	18	12	6
Heraf med sandsynligt behov for specialiseret indsats	303	93	11	7	4
Traumatiske hjerneskader i alt pr. år	735	226	27	18	9
Heraf i den erhvervsaktive alder	441	136	16	11	5
Heraf med sandsynligt behov for specialiseret indsats	265	82	10	7	3

Kilde: www.hjernekasen.dk

Bilag 2:

Kommune	Befolkningstal (ca.)	Ca. antal personer med sandsynligt behov for specialiseret indsats pr. år
København	540.000	175
Frederiksberg	93.000	33
Gentofte	72.000	25
Gladsaxe	65.000	23
Helsingør	61.000	21
Rudersdal	55.000	19
Lyngby-Tårnbæk	51.000	18
Hvidovre	50.000	18
Hillerød	49.000	17
Ballerup	47.000	16
Høje-Tåstrup	46.000	16
Frederikssund	44.000	15
Bornholm	43.000	15
Egedal	43.000	15
Gribskov	41.000	14
Tårnby	41.000	14
Fredensborg	39.000	14
Furesø	38.000	13
Rødovre	36.000	13
Brøndby	34.000	12
Halsnæs	31.000	11
Albertslund	28.000	10
Herlev	27.000	9
Allerød	24.000	8
Hørsholm	24.000	8
Glostrup	21.000	7
Ishøj	21.000	7
Vallensbæk	15.000	5
Dragør	13.500	5
I alt		578