



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Att. Pernille Westh
Mail pwn@sum.dk

KL's høringssvar vedr. udkast til revision af bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus samt til vejledning om træning i kommuner og regioner

KL har den 4. juli 2014 modtaget ovennævnte udkast i høring, som vi har følgende overordnede og specifikke bemærkninger til:

Overordnede bemærkninger til de nye rammer

KL hilser den nye bekendtgørelse om genoptræningsplaner og vejledning om træning i kommuner og regioner velkommen og anerkender det store arbejde.

Overordnet forekommer brugen af begreberne genoptræning og rehabilitering anvendt lidt tilfældigt og KL vil anbefale en stringent brug af begreberne med afsæt i konkrete definitioner.

KL ser positivt på opdeling af genoptræningsplanerne i fire niveauer og vurderer, at det kan bidrage til at styrke kvaliteten i genoptræningsindsatsen. Risikoen er dog, at inddelingen i fire grupper af genoptræningsplaner kan gøre det vanskeligere at overskue indholdet/målgruppen for de enkelte tilbud.

KL finder imidlertid, at de økonomiske konsekvenser af ændringerne er uklare, og præmissen om, at justeringerne skal kunne holdes inden for den eksisterende økonomi, virker helt urealistisk. Konkret savnes begrundelser for de forventede procentfordelinger i de fire specialiseringsniveauer. Det er afgørende for planlægning og styring af kommunernes økonomi, om estimerne for fordelingen af patienterne i de fire niveauer skal efterleves af regionerne, eller om der alene er tale om bedste bud på fordelingen.

Den 28. august 2014

Sags ID: SAG-2014-04122
Dok.ID: 1897721

LVI@kl.dk
Direkte 3370 3563
Mobil 4029 5712

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1/5

Erfaringerne fra de specialiserede genoptræningsplaner viser, at andelen af specialiserede genoptræningsplaner varierer – mellem kommuner og mellem hospitalsafdelinger. Det er derfor vigtigt, at forventningerne til tallene og fordelingen er afstemt på forhånd og, at udviklingen bliver fulgt tæt ift. de fire nye niveauer af genoptræningsplaner.

Det er afgørende for KL, at de nye specialiseringsniveauer og regionernes muligheder for at indgruppere patienten ikke fører til, at inddelingen sker efter i hvilke regi man ønsker opgaven løst, fremfor et sundhedsfagligt vurderet behov på de enkelte niveauer.

Det betyder også, at det er afgørende med meget tydelige beskrivelser af målgrupperne og indholdet i tilbuddene.

Konkret har KL en bekymring for, at der vil ske en stigning i antallet af genoptræningsplaner til genoptræning på avanceret niveau og til rehabilitering på specialiseret niveau.

KL vil derfor opfordre til, at der foretages tydeligere beskrivelse af målgrupperne af de fire specialiseringsniveauer og der gennemføres en økonomisk konsekvensvurdering af de to nye niveauer avancerede genoptræning og specialiserede rehabilitering. KL finder, at de økonomiske konsekvenser skal belyses inden bekendtgørelsen træder i kraft.

Med den nye bekendtgørelse og vejledning får sygehusene mulighed for at fastsætte det kommunale serviceniveau på genoptræningsområdet. Dette gælder såvel henvisning efter de fire specialiseringsniveauer og anbefaling i brugen af træningsmetoder samt tidspunkt for igangsætning af genoptræningen.

Anbefalingerne kan komme til at få karakter af krav, da det vil være vanskeligt for kommunalbestyrelsen at argumentere for en anden indsats, end den der er anbefalet fra sygehuset. Dermed undergraves kommunernes myndighedsansvar og man svækker kommunernes mulighed for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen med den bredere rehabiliteringsindsats.

KL anser det ikke for realistisk, at bekendtgørelse og vejledning kan træde i kraft den 1. oktober 2014. Ændringerne af bekendtgørelsen og vejledningen vil få store konsekvenser for kommunerne på træningsområdet, som blandt andet omfatter en organisatorisk implementering af stratificeringsværktøjet samt teknisk opdatering af it-systemer i såvel regioner og kommuner.

KL finder det for afgørende for en god implementering af de nye rammer, at den følges op af fælles uddannelsesaktiviteter, så de fagpersoner, som skal arbejde med den nye stratificeringsmodel, får en fælles forståelse af de nye rammer. Her finder vi desuden, at Sundhedsstyrelsen får en vigtig formidlingsrolle.

KL vurderer, at der er en væsentlig risiko for, at der vil ske et øget aktivitetsniveau og udgiftspres i kommunerne, som følge af den nye bekendtgørelse. KL tager derfor forbehold for økonomiske konsekvenser for kommunerne.

Specifikke bemærkninger til bekendtgørelsen om genoptræningsplaner

Ad § 2 stk. 2

Det forekommer som en irrelevant stramning, at det fremgår, at det er sygehuset, der skal angive tidspunkt for opstart af genoptræningen, hvis det er sundhedsfagligt begrundet. KL anbefaler, at dette ændres til, at der i genoptræningsplanen kan angives en markering af, at der er behov for en hurtig indsats. Derudover er det sygehusets beskrivelse af borgerens behov, der skal sikre denne formidling til kommunen.

Ad § 5.

Det er vigtigt, at det fortsat fremgår af genoptræningsplanen, at borgeren har frit valg af genoptræningssted – tilsvarende den nuværende vejledning. I dette udkast til bekendtgørelse fremgår det, at det påhviler kommunalbestyrelsen at oplyse borgeren om det. Det vil være både forsinkende for borgerens genoptræning og omkostningstungt for kommunen at indkalde borgeren til opstart på genoptræning og her informere om frit genoptræningssted.

Bilag 1

I forhold til gruppe 4 (rehabilitering på specialiseret niveau) savner KL en præcisering af hvem, der overordnet har ansvar for og kompetence til at etablere og godkende disse særlige rehabiliteringsenheder.

KL finder, at der er uoverensstemmelser mellem beskrivelse af de fire specialiseringsniveauer i bilag 1 til bekendtgørelse og vejledningen for træning i kommuner og regioner. Generelt lægges der i bilag 1 til bekendtgørelsen vægt på forekomsten af patienter med samme problemstilling som kriterium for stratificering. I vejledningen lægges der omvendt vægt på, hvor komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser der er tale om.

Specifikke bemærkninger til vejledning om træning i kommuner og regioner:

Ad side 9-13: afsnit 4.4.2

KL har forståelse for, at der er taget afsæt i forløbsprogrammet for hjerne-skadeområdet i udviklingen af de fire niveauer for genoptræningsplaner. KL finder dog, at der fortsat er behov for at præcisere definitionerne af de fire niveauer. Fx forekommer niveauet avanceret genoptræning uklart i forhold til patientgrupper, hvor der ikke kan tages udgangspunkt i et nationalt forløbsprogram.

KL finder, at målgruppebeskrivelserne for avanceret genoptræning og specialiseret genoptræning er meget enslydende og der er behov for en yderligere præcisering af målgrupperne.

KL mener, at det også bør fremgå af vejledningen, at der også bør finde forskning sted på det basale niveau og ikke kun på det avancerede og specialiserede niveau.

Ad side 14: afsnit 4.5.2

Anden sidste sætning lyder som følger: ”For patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, skal genoptræningsplanen indeholde en beskrivelse af det samlede rehabiliteringsbehov, hvor samlet levering af ydelser og indsatser er en forudsætning for, at patienten kan opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne”. KL skal opfordre til, at sætningen afsluttes efter samlede rehabiliteringsbehov.

Ad side 15: afsnit 4.5.2

Det fremgår af vejledningen, at der kun skal udarbejdes én genoptræningsplan, hvis sygehuset vurderer, at et specialiseret genoptræningsforløb skal følges op med fx et basalt genoptræningsforløb. KL vil opfordre til, at dette ændres af to grunde. For det første, er der behov for, at kommunen får de aktuelle oplysninger på patienten, når patienten afslutter det specialiserede forløb. For det andet er der brug for, at alle genoptræningsplaner indgår i de nationale dataopgørelser for at kunne monitorere udviklingen på området.

Ad side 33: afsnit 10.1

KL finder, at der er behov for, at reglerne for befordring til specialiseret rehabilitering præciseres. Kommunerne har i 2007 fået DUT-midler til befordring til ambulant genoptræning, men den nye kategori specialiseret rehabilitering vurderes ikke at være indeholdt i disse midler. Denne kategori forventes at være dyr i forhold til befordring, idet der formentlig vil blive tale om lange afstande.

Ad side 7: afsnit 4.2

Kommunerne oplever generelt et godt samarbejde med regionen, hvorfor de fleste uenigheder vil kunne afklares med dialog. Det bør imidlertid fremgå, at det er kommunerne, der har genoptræningsforpligtelsen, og dermed også kommunerne, der i sidste ende vurderer borgernes behov, hvis der ikke kan opnås enighed.

Desuden vil der være borgere, hvor (dele af) genoptræningsplanen hurtig bliver uaktuel. Kommunerne oplever, at borgernes beskrevne funktionsniveau ved udskrivningstidspunktet ikke nødvendigvis harmonerer med det funktionsniveau, borgeren udviser, når han/hun kommer hjem i vante omgivelser. Funktionsniveauet ændres fra kontekst til kontekst – og flere borgere med fx opstået senhjerneskeade klarer sig bedre i vante omgivelser end beskrevet. Nogle klarer sig dårligere og her er det kommunens opgave at tilpasse genoptræningen efter borgerens behov.

Ad side 34: afsnit 11.1

KL vil opfordre til, at klagemulighederne ift. den nye stratificeringsmodel kommer til at fremgå tydeligt. Kan en borger fx klage over det niveau, som borgeren bliver henvist til eller ikke mener, han eller hun får? Hvilken retslig karakter vil de lægelige anbefalinger til metode, omfang og karakter af den videre indsats for gruppe 4 modtagere af specialiseret rehabilitering have?

Patientens genoptræningsbehov kan udvikle sig efter udskrivning fra sygehus. Det bør derfor fremgå, at det er en kommunal opgave at foretage den løbende vurdering af behovet under genoptræningsforløbet.

KL finder desuden at det bør fremgå, hvilke muligheder kommunen har for at genhenvise borgere til behandling og yderligere udredning på sygehus.

KL tager forbehold for en senere politisk behandling.

Med venlig hilsen



Christian Harsløf