

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 2. december 2009

Sagsnr.: 0907188

Sagsbeh.: SUMTK / Sygehuspolitisk center

Dok nr: 147447

Rapport fra arbejdsgruppen om afklaring af ansvarsforhold for tilbud om behandling ved visse af de foreningsejede specialsygehuse.

Indholdsfortegnelse:

1. Indledning
 - a. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse
 - b. Kommissorium og sammensætning
2. Lovgivning af betydning i forbindelse med henvisning til de foreningsejede specialsygehuse omfattet af arbejdsgruppens gennemgang
 - a. Sundhedsloven
 - i. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 79, stk. 2
 - ii. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 75, stk. 2
 - iii. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 140
 - iv. Sundhedslovens § 119 om ansvar og forebyggelse og sundhedsfremme
 - b. Anden lovgivning (benyttelse uden for fritvalgsrammen)
 - i. Ydelser i medfør af serviceloven
 - ii. Ydelser i medfør af lov om aktiv beskæftigelsesindsats
 - iii. Ydelser i medfør af lov om specialundervisning for voksne
 - c. Finansieringsregler
3. De foreningsejede specialsygehuses behandlingstilbud
 - a. Sclerosehospitalet i Ry og Haslev
 - b. PTU's RehabiliteringsCenter
 - c. Center for Sundhed og Træning i Århus
 - d. Center for Sundhed og Træning i Middelfart
 - e. Center for Sundhed og Træning i Skælskør
 - f. RehabiliteringsCenter for Muskelsvind
 - g. Vejle fjord Neurocenter
 - h. Center for Hjerneskade
4. Modeller for specialsygehusenes indplacering i det øvrige sundhedsvæsen under den nuværende opgavefordeling.
 - a. Model med kommunalt ansvar
 - b. Model med regionalt ansvar
5. Arbejdsgruppens overvejelser om modellerne
6. Arbejdsgruppens anbefalinger
 - a. Anbefaling om indplacering i sundhedsvæsenet

1. Indledning

1.a. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse

Med baggrund i sundhedslovens § 79, stk. 2, driver en række patientforeninger og fonde en ikke-kommerciel behandlingsvirksomhed i form af en række specialsygehuse. Specialsygehuse omfatter bl.a. sygehuse, der varetager et tværfagligt og sammenhængende behandlings- og rehabiliteringstilbud til patienter med kroniske sygdomme. Disse sygehuse retter sig hver især mod en specifik patientgruppe, nemlig patienter med muskelsvind, patienter med sclerose, svært bevægelseshandicappede, patienter med erhvervet hjerneskade og patienter med ryg-, led- og muskellidelser.

De nævnte specialsygehuse blev i forbindelse med den generelle indførelse af frit sygehusvalg i 1993 omfattet af disse fritvalgsregler. Formålet var at give patienterne frit valg til de foreningsejede specialsygehuse på lige fod med offentlige sygehuse for at bevare disse specialsygehuse og deres specialekspertise.

For at sikre, at patienterne i samme omfang som før lovændringen i 1993 kunne opnå behandling på de foreningsejede specialsygehuse afgrænsedes det frie valg til en nærmere fastsat økonomisk ramme. De daværende amtskommuner – og nuværende regioner – blev hermed forpligtet til at betale for behandling inden for denne ramme. Det fremgik således af lovbemærkningerne, at adgangen til gratis behandling efter eget valg på de foreningsejede specialsygehuse ophører, når den årlige økonomiske ramme for de enkelte specialsygehuse er opbrugt. Det fremgår også, at det forudsættes, at behandlingen på specialsygehuse sker efter lægehenvielse, og at den endelige visitation af patienterne foretages af specialsygehuset.

Fritvalgsrammen blev fastsat med udgangspunkt i amtskommunernes forbrug forud for indførelsen af frit valg på de af fritvalgsreglerne omfattede foreningsejede specialsygehuse, tillagt pris- og lønregulering. For de fra 1. januar 1993 omfattede foreningsejede specialsygehuse blev fritvalgsrammen tillige tillagt den hidtidige statslige finansiering.

I forbindelse med kommunalreformen, som trådte i kraft i 2007, fik kommunerne myndighedsansvaret for genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Alle de private (foreningsejede) specialsygehuse forblev en regional sygehusopgave, selvom en række af de foreningsejede specialsygehuses bl.a. udfører genoptræning.

Baggrunden var, at der dels ikke er tale om en homogen sygehusgruppe, dels at der under alle omstændigheder ville blive tale om en betydelig kommunal medfinansiering for genoptræningsydelse som følge af de generelle regler om kommunal medfinansiering af sygehusydelser, herunder genoptræning under indlæggelse.

Antallet af henvisninger til specialsygehuse er i de senere år steget, hvilket har medført, at de fleste af specialsygehuse har mange patienter på venteliste.

Det er muligt for regioner og kommuner at henvise patienter til specialsygehuse ud over fritvalgsrammen, herunder fx ved leverandøraftaler med regioner og kommuner, der imødeser en regional og kommunal efterspørgsel.

Denne mulighed støder imidlertid på problemer som følge af den ændrede opgavefordeling mellem regioner og kommuner, idet specialsygehusenes tilbud både spænder over opgaver, som regionerne har myndighedsansvaret for, og som kommuner har myndighedsansvaret for. Problemstillingen vedrører særligt den del af specialsygehusene, som leverer ydelser, som bl.a. inkluderer (genop)træning.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har derfor nedsat en arbejdsgruppe, som fik til opgave at vurdere og opstille modeller for, hvordan de foreningsejede specialsygehuse kan indplaceres i sundhedstilbuddene, således at der ikke er uklarhed over, hvilke(n) myndighed(er), der er ansvarlig for at tilbyde de ydelser, der leveres af de foreningsejede specialsygehuse, til de specifikke patientgrupper.

De foreningsejede specialsygehuse, som bl.a. varetager genoptræning, blev afgrænset til følgende: Sclerosecentrene i Ry og Haslev, PTU's Rehabiliteringscenter, Center for Sundhed og Træning i Middelfart, Center for Sundhed og Træning i Århus, Center for Sundhed og Træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejle fjord Neurocenter og Center for Hjerneskade.

Arbejdsgruppen har hovedsageligt set på den del af specialsygehusenes virksomhed, som er omfattet af reglerne om frit sygehusvalg, eller i øvrigt er finansieret af det offentlige sundhedsvæsen.

1.b. Kommissorium og sammensætning

Arbejdsgruppen fik følgende kommissorium:

1. Beskrive og vurdere de ydelser, førnævnte foreningsejede specialsygehuse leverer inden for fritvalgsrammen.
2. Opstille modeller for, hvordan ydelserne kan indpasses i det øvrige sundhedsvæsen med den opgavefordeling, som er gældende efter kommunalreformen.
3. Herunder overveje og vurdere, hvordan henvisningsreglerne kan tilgodese den omhandlede patientgruppes særlige behov.

Arbejdsgruppen har haft følgende sammensætning:

Kontorchef John Erik Pedersen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand)

Kontorchef Janet Samuel, Danske Regioner

Konsulent Helene Skude Jensen, Danske Regioner

Konsulent Maj-Britt Winther, Kommunernes Landsforening

Konsulent Lise Holten, Kommunernes Landsforening

Ergoterapeut Tóra Haraldsen Dahl, Sundhedsstyrelsen

Afdelingslæge Bente Møller, Sundhedsstyrelsen

Fuldmægtig Brit Borum Madsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Fuldmægtig Tove Kjeldsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

I arbejdsgruppens arbejde har været inddraget en spørgeskemaundersøgelse, som Danske Regioner foretog i 2008 vedrørende de foreningsejede specialsygehusenes ydelser.

Derudover har Sammenslutningen af Foreningsejede Specialsygehuse haft lejlighed til at kommentere rapporten forinden aflevering.

Arbejdsgruppen har afholdt 4 møder.

2. Lovgivning af betydning i forbindelse med henvisning til de foreningsejede specialsygehuse omfattet af arbejdsgruppens gennemgang

De foreningsejede specialsygehuse, der er omfattet af kommissoriet, leverer ydelser til henholdsvis regioner og kommuner med udgangspunkt i bl.a. sundhedsloven, serviceloven, lov om aktiv beskæftigelsesindsats og lov om specialundervisning for voksne.

2.a. Sundhedsloven

Der kan dels henvises til behandling inden for fritvalgsrammen (§ 79, stk. 2), dels uden for fritvalgsrammen i medfør af sundhedslovens regler.

2.a.i. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 79, stk. 2

Efter sundhedslovens § 79, stk. 2, yder regionsrådet sygehusbehandling ved de i bestemmelsen nævnte private specialsygehuse m.v.

Heri indgår de af arbejdsgruppens kommissorium omfattede foreningsejede specialsygehuse: Sclerosecentre i Ry og Haslev, PTU's Rehabiliteringscenter, Center for Sundhed og Træning i Middelfart, Center for Sundhed og Træning i Århus, Center for Sundhed og Træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskel-svind, Vejle fjord Neurocenter og Center for Hjerneskade.

I medfør af sundhedslovens § 235, stk. 4, har bopælsregionens pligt til at yde vederlagsfri behandling i henhold til § 79, stk. 2, begrænset til en årlig økonomisk ramme, som for hver institution fastsættes af ministeren for sundhed og forebyggelse. Regionerne er således ikke forpligtet til at købe ydelser ud over fritvalgsrammen.

Der er således frit sygehusvalg til de i § 79, stk. 2, nævnte foreningsejede specialsygehuse inden for den fastsatte økonomiske ramme. Behandling inden for fritvalgsrammen på et af de i sundhedslovens § 79, stk. 2, nævnte specialsygehuse kan ske efter lægehenvi-sning fra praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller sygehuslæge. Den endelige visitation af patienterne foretages af specialsygehuset.

I medfør af sundhedslovens § 75, stk. 3, indgår regionsrådet driftsoverenskomst med de i § 79, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.v., som er beliggende i regionen. I overenskomsten aftales rammer for ydelser og prisen herfor. Det private specialsygehus kan herefter modtage patienter efter lægehenvi-sning til behandling inden for fritvalgsrammen. Sygehuset holder selv øje med, at der er plads inden for fritvalgsrammen og sørger for, at rammen bliver fordelt over hele året. Det private specialsygehus sender regning for behandlingen til den enkelte patients hjemregion, som betaler den med beliggenhedsregionen aftalte takst for behandlingen.

I tilfælde af at det specialsygehus, der er henvist til, har lang ventetid fx hvis fritvalgsrammen er opbrugt, kan patienten efter reglerne om frit sygehusvalg vælge at stå på venteliste, indtil der er plads, eller at blive omvisiteret til et andet sygehus. Såfremt ventetiden til specialsygehuset overskrider ventetidsfristen, har patienten efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg mulighed for at blive omvisiteret til et privat sygehus, der har indgået aftale med Danske Regioner om et tilsvarende tilbud i henhold til reglerne om udvidet frit sygehusvalg.

2.a.ii. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 75, stk. 2

Efter sundhedslovens § 75, stk. 2 kan et regionsråd indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver.

De enkelte regioner kan således i medfør af denne bestemmelse vælge at købe ydelser, ud over fritvalgsrammen, hos de private foreningsejede specialsygehuse. Dette kan enten ske ved at indgå en aftale om et nærmere fastsat antal ydelser eller ved henvisning af enkeltpatienter.

Regionen og det foreningsejede specialsygehus aftaler priser for de omhandlede ydelser ud over fritvalgsrammen.

2.a.iii. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 140

Kommunerne kan indgå leverandøraftaler med de foreningsejede specialsygehuse med henblik på – i medfør af sundhedslovens § 140 – at tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov herfor.

Regionerne kan ligeledes indgå aftaler om, at de foreningsejede specialsygehuse udfører specialiseret genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Henvisning til genoptræning i medfør af sundhedslovens § 140 sker via de i medfør af sundhedslovens § 84 udfærdigede genoptræningsplaner. I medfør af sundhedslovens § 84 er regionsrådet forpligtet til at tilbyde en genoptræningsplan – senest på udskrivningstidspunktet – til patienter med et lægefagligt behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

I praksis er det læger på det regionale sygehus, der har ansvaret for og kompetencen til at afgøre, om der skal udarbejdes en genoptræningsplan, herunder om patienten skal henvises til såkaldt specialiseret eller almindelig ambulans genoptræning. Selve genoptræningsplanen og den obligatoriske funktionsevnevurdering udføres af forskellige faggrupper, typisk ergoterapeuter, fysioterapeuter eller læger. Vurderingen af, om patienten har behov for specialiseret, ambulans genoptræning skal ske ud fra fastlagte kriterier for specialiseret, ambulans genoptræning.

Kommunerne kan enten levere ydelsen selv eller indgå aftaler om genoptræningstilbud med andre kommuner, det regionale sygehusvæsen eller private institutioner. Kommunerne har således adgang til at indgå aftale med de foreningsejede specialsygehuse om genoptræningstilbud.

Det er et regionalt driftsansvar at tilbyde specialiseret genoptræning, der ud fra fastlagte kriterier, jf. bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, skal ydes på et sygehus i en af følgende situationer:

1. Hvis patienten har behov for genoptræning, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
2. Hvis patienten har behov for genoptræning, der af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Fritvalgsreglerne på genoptræningsområdet er udmøntet i førnævnte bekendtgørelse. Heraf fremgår, at patienter med et lægefagligt begrundet behov for *almindelig* genoptræning efter udskrivning fra sygehus kan vælge mellem de genoptræningstilbud, som bopælskommunen har etableret ved egne institutioner eller indgået aftaler om med andre myndigheder eller private. Patienten kan også vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner.

Derimod har en patient ikke mulighed for at vælge genoptræningstilbud, som andre kommuner tilbyder egne borgere via en eller flere leverandører på grundlag af særlig aftale herom. Patienten har heller ikke mulighed for at vælge at modtage almindelig, ambulant genoptræning på et sygehus, medmindre der er indgået særlig aftale herom mellem bopælskommunen og regionsrådet.

Personer, der efter udskrivning fra et sygehus er henvist til *specialiseret* genoptræning, der skal foregå på et sygehus, kan vælge mellem enhver regions sygehuse, jf. bekendtgørelse nr. 1065 af 6. juni 2008. I det omfang de foreningsejede specialsygehuse udbyder specialiseret genoptræning, vil patienten også kunne vælge, at genoptræningen kan foregå der.

2.a.iv. Sundhedslovens § 119 om ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme

Kommuner og regioner varetager patientrettet forebyggelse som et delt ansvarsområde i medfør af sundhedslovens § 119.

Med kommunalreformen blev det generelle ansvar for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i forhold til borgerne overført til kommunerne, men regionerne har fortsat opgaver på området, navnlig i forhold til den patientrettede forebyggelsesindsats i det regionale behandlingssystem i forbindelse med behandling på sygehuse og i praksissektoren samt i forhold til kvalitetsudvikling og -sikring på forebyggelsesområdet.

Således fremgår det af sundhedslovens § 119, stk. 2, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne, mens det af § 119, stk. 3, fremgår, at regionerne tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren og rådgivning i forhold til kommunernes indsats, herunder i forhold til patientrettet forebyggelse.

Det fremgår af bemærkningerne til bestemmelsen, at patientrettet forebyggelse har til formål at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere, og at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer. Den patientrettede forebyggelse sigter således mod, at den enkelte patient i videst muligt omfang får de kompetencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at tage vare på eget helbred og udøve en god egenomsorg, fx ved patientundervisning.

Af bemærkningerne til sundhedsloven fremgår, at regionernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område specielt vedrører den patientrettede forebyggelse. Det drejer sig bl.a. om videreudvikling af forebyggelsesindsatser som led i sygehusbehandling, almen praksis og deres opgaver på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet og samarbejdet med kommunerne om især indsatsen i forhold til kronisk syge, langvarigt syge patienter med genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

Af bemærkningerne til sundhedsloven fremgår også, at forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling i sygehusvæsenet og i almen praksis, varetages af kommunerne.

Endvidere fremgår, at det i forbindelse med den patientrettede forebyggelse forudsættes, at kommunalbestyrelserne og regionsrådene indgår aftaler med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb (sundhedsaftaler i medfør af sundhedslovens § 205).

2.b. Anden lovgivning (benyttelse uden for fritvalsrammen)

Kommunerne kan indgå aftale med specialsygehusene med henblik på levering af ydelser på de foreningsejede specialsygehuse efter forskellige regler afhængig af, hvilken ydelse kommunen har behov for, og med hvilket formål. Kommunernes køb af ydelser ligger uden for fritvalsrammen.

2.b.i. Ydelser i medfør af serviceloven

Kommunerne kan bl.a. købe ydelser på de foreningsejede specialsygehuse med hjemmel i servicelovens §§ 85, 86 eller 102.

Efter servicelovens § 85 tilbyder kommunalbestyrelsen hjælp, omsorg og støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Efter servicelovens § 86 tilbyder kommunalbestyrelsen genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

Efter servicelovens § 102 kan kommunalbestyrelsen ud over tilbud efter lovens § 85 give tilbud af behandlingsmæssig karakter til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Tilbuddet gives, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.

2.b.ii. Ydelser i medfør af lov om aktiv beskæftigelsesindsats

Kommunerne kan indgå aftale om, at specialsygehusene leverer ydelser i forbindelse med beskæftigelsesrettede indsatser med henblik på afklaring af fremtidig arbejdsevne.

Denne del af tilbuddet kan bevilges efter § 32 i lov om aktiv beskæftigelsesindsats - særligt tilrettelagt tilbud, og forud for bevilling ligger en vurdering af, om borgeren er omfattet af persongruppen for revalidender iht. § 46 i lov om aktiv social

politik. Tilbuddet kan bevilges som forrevalideringsforløb, og der er lovkrav om, at kommunerne udarbejder en såkaldt ressourceprofil forud for bevilling. Ressourceprofilen belyser personens ressourcer og begrænsninger inden for funktionsevne og helbredsforhold. Ressourceprofilen er et redskab til afklaring af personens muligheder aktuelt og fremover i forhold til arbejdsmarkedstilknytning, og/eller personens muligheder i det hele taget til at opnå selvforsørgelse via revalidering, beskæftigelse på andre vilkår f.eks. som fleksjob eller, når alle muligheder er udtømte, førtidspensionering.

2.b.iii. Ydelser i medfør af lov om specialundervisning for voksne

Kommunerne kan indgå aftaler om levering af ydelser fra specialsygehusene i forhold til fx audiologopædisk træning og andre specialpædagogiske indsatser efter lov om specialundervisning for voksne.

Ydelserne efter denne lov, herunder specialpædagogisk indsats og kompenserende specialundervisning, er et kommunalt myndighedsansvar. Bopælsregionen er forpligtet til, som en del af sygehusydelsen, vederlagsfrit at tilbyde ydelser under indlæggelse på sygehuse svarende til de ydelser, der tilbydes i medfør af lov om specialundervisning for voksne.

2. c. Finansieringsregler

Nedenfor redegøres for, i hvilket omfang en ydelse finansieres af regionen, kommunen og staten.

Sundhedsloven

Sygehusydelser finansieres primært af regionerne, men i forbindelse med kommunalreformen blev der indført kommunal medfinansiering på sygehusydelser.

Ved betaling for ydelser leveret på basisniveau fra regionernes somatiske sygehuse benyttes de af Sundhedsstyrelsen fastsatte DRG-takster.

Ved stationær indlæggelse udgør den kommunale medfinansiering 30 pct. af DRG-taksten – dog maks. 4.615 kr. (2008 – pl-niveau).

Ved ambulat behandling udgør den kommunale medfinansiering 30 pct. af DAGS-taksten – dog maks. 307 kr. (2008 – pl-niveau).

Ved genoptræning under indlæggelse betaler kommunerne 70 pct. af genoptræningstaksten.

For genoptræning i medfør af § 140 er der 100 pct. kommunal finansiering. Det bemærkes i den forbindelse, at der for specialiseret, ambulat genoptræning på sygehus er fastsat særlige genoptræningstakster.

Afregning af kommunal medfinansiering forudsætter korrekt indberetning i Landspatientregistret.

Service-loven

Ydelser efter servicelovens §§ 85, 86, 102 og 114 finansieres af kommunerne, dog med mulighed for statslig refusion i særligt dyre enkeltsager svarende til 50 pct. af udgiften.

Lov om aktiv beskæftigelsesindsats

Ydelser efter § 32 finansieres med 50 pct. statslig refusion.

Lov om specialundervisning for voksne

Ydelserne efter denne lov (specialpædagogisk indsats og kompenserende specialundervisning) finansieres af kommunerne når patienten er udskrevet fra sygehus. Specialundervisning under sygehusindlæggelse finansieres af regionerne i henhold til sundhedslovens bestemmelser.

3. De foreningsejede specialsygehuses behandlingstilbud

De foreningsejede specialsygehuses virksomhed, der er omfattet af arbejdsgruppens kommissorium, har deres oprindelse i patientorganisationer og ejes af disse, for så vidt angår PTU, Scleroseforeningen, Gigtforeningen og Muskelsvindfonden, og i ét tilfælde en fond (Vejlefjordfonden) samt en selvejende institution (Center for Hjerneskade).

Fælles for specialsygehuses tilbud er, at de retter sig mod specifikke, afgrænsede grupper af patienter. Et andet fællestræk er, at de i princippet er landsdækkende. Der er således tale om sygehuse med multidisciplinære specialistkompetencer, som tilgodeser målgruppens særlige behov, som generelt ikke tilbydes på samme måde andre steder i sundhedsvæsenet. Specialsygehuse dækker derfor et behov hos nogle patientgrupper med omfattende og komplekse problemstillinger, helbredsmæssigt og i forhold til nedsat funktionsevne.

Specialsygehuse, som beskrives her, arbejder ud fra principper, som kan beskrives som:

1. Helhedsorienteret tilgang til patienten og patientens behov for bedring af den samlede funktionsevne indenfor områderne fysiske funktioner, aktivitet og deltagelse.
2. Tværdisciplinær teamorganisering i opgaveløsningen, hvor der indgår relevante faggrupper med særlig ekspertise inden for området.
3. Inddragelse af patienten og dennes nærmeste med hensyn til prioritering af indsatsområder og mål for indsatsen samt støtte undervejs i processen.
4. Styrkelse af patientens egenomsorgsevne og ressourcer – herunder patientuddannelse/information med henblik på håndtering af helbredsmæssige aspekter, som relaterer sig til den specifikke helbredstilstand og den nedsatte, permanente funktionsevne i form af udredning, behandling, rehabilitering, herunder patientrettet forebyggelse.

Specialsygehuses indsatser tilbydes således i udgangspunktet som samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb, som retter sig mod et kompleks af problemstillinger, både i relation til patientens helbredstilstand og den samlede funktionsevne. Den overvejende del af målgruppen er personer, som har omfattende begrænsninger af deres funktionsevne, og som har behov for en samlet, intensiv behandlings- og rehabiliteringsindsats. Der er tale om patienter med neurologiske og reumatologiske sygdomme, hvor nogle er progressive sygdomme.

Patienterne i specialsygehuses målgruppe er karakteriseret ved, at deres behov for lægeindsats ikke er akut. Nogle af patientgrupperne behandles og kontrolleres desuden behandlingsmæssigt i andre regier, som i almen praksis, speciallægepraksis og på specialafdelingerne på regionernes sygehuse (reumatologi, pædiatri og neurologi). Nogle patienter har behov for mere end ét behandlings- og rehabiliteringsforløb på specialsygehus i løbet af deres liv, fx når der er tale om progressive sygdomme og tiltagende begrænsninger af funktionsevnen.

Den overvejende del af fagpersonerne som indgår i opgaveløsningen er: fysioterapeuter, ergoterapeuter, pædagoger, neuropsykologer, sundhedspsykologer, audiologopæder, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ernæringsterapeuter og socialrådgivere. Alle sygehuse har speciallæger i varierende omfang. I nogle tilfælde er der tale om ansatte speciallæger, mens der i andre tilfælde er tale om

speciallæger tilknyttet på konsulentbasis fra relevante specialer (typisk neurologi, pædiatri, reumatologi og psykiatri). Lægerne visiterer, udreder og indgår i den samlede indsats med planlægning og lægelig behandling.

Specialsygehusenes behandlings- og rehabiliteringstilbud er overordnet tilrettelagt ud fra en viden om og erfaring med, at der er behov for flere samtidige indsatser, som retter sig mod et kompleks af problemstillinger i forhold til patientens funktionsevne og livssituation. Det multidisciplinære team løser opgaven samlet, hvor de enkelte faglige indsatser indgår som dele af et planlagt behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Specialsygehusenes tilbud adskiller sig fra sædvanlig sygehusvirksomhed ved, at mange patienter har levet med den nedsatte funktionsevne i længere tid og at nogle patienter har behov for intensive behandlings- og rehabiliteringsindsatser – eventuelt på forskellige tidspunkter i et livsforløb som ikke nødvendigvis ligger i direkte forlængelse af forudgående sygehusbehandling.

Det generelle billede er, at der er tale om intensive, målrettede, multidisciplinære behandlings- og rehabiliteringsforløb, som bl.a. kan bestå af:

Lægelig udredning og behandling, hvor patienterne i udgangspunktet er udredt og diagnosticerede på en specialafdeling. Specialsygehuset kan iværksætte supplerende udredning og behandling af tilstande, som relaterer sig til den oprindelige sygdom og følgerne af denne, som for eksempel medicinsk smertebehandling, behandling af tonusforstyrrelser og anden relevant lægelig behandling, som en del af den samlede rehabiliteringsindsats. Desuden foretages der udredning af andre helbredsforhold i varierende omfang.

Intensiv træning i ambulant eller stationært regi som retter sig mod optimering af kropsfunktioner, herunder kognitive funktioner og træning af daglige færdigheder som er nødvendige og relevante for patientens hverdagsliv og daglige livsførelse. En del af genoptræningsindsatsen kan være indlæring af kompenserende strategier for mistede funktioner og færdigheder, så den samlede funktionsevne kan optimeres.

Patientrettet forebyggelse med vægt på mestring i forhold til tab af funktionsevne, patientuddannelse i form af viden og håndtering om sygdommen og dens konsekvenser, inddragelse af de nærmeste i rehabiliteringsforløbet med henblik på håndtering af problemstillinger i relationen til disse, samt behandling og forebyggelse af komplikationer i relation til respiration, ernæring, kostvejledning, urinveje og fordøjelse fx på grund af lammelser og manglende mobilitet m.v.

Vurdering, afprøvning, rådgivning og indsats i forhold til omgivelser: Her vil det typisk dreje sig om hjælpemidler fx kørestole og andre mobilitetshjælpemidler, hjælpemidler til kommunikation, boligforhold, forhold på arbejdsplads eller uddannelsesinstitution.

Afklaring, rådgivning og vejledning i forhold til fx personlig assistance, skolegang, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, transport og økonomisk kompensation i form af merudgifter og forsørgelsesgrundlag.

Samarbejde og koordinering med relevante fagpersoner og myndigheder med henblik på at facilitere en smidig proces, så den rette indsats kan iværksættes på det rigtige tidspunkt af den ansvarlige myndighed.

Opfølgning og kontrol. Nogle specialsygehuse har opfølgningsprogrammer med henblik på justering af indsatser, fx til monitorering af børns udvikling og funktionsevne. De patienter, som har fast tilknytning til en specialafdeling på et sygehus i forbindelse med behandling, vil desuden være omfattet af opfølgning og kontrol.

Danske Regioner har i 2008 foretaget en spørgeskemaundersøgelse i forhold til de foreningsejede specialsygehuse. Undersøgelsens resultater er ikke publiceret, men materiale fra undersøgelsen er indgået i beskrivelsen af de enkelte sygehuse, sammen med Sundhedsstyrelsens faglige vurderinger. Endelig har de enkelte specialsygehuse haft mulighed for at kommentere beskrivelsen af sig selv.

Nærværende beskrivelser af specialsygehuse er en del af grundlaget for arbejdsgruppens vurderinger af indholdet i specialsygehuses tilbud og udgør en del af grundlaget for arbejdsgruppens anbefalinger.

3. a. Sclerosecentrene i Ry og Haslev

Sclerosecentret i Haslev og Ry har driftsoverenskomst med Region Midtjylland. Sclerosecentrene ejes af Scleroseforeningen. Der er tale om landsdækkende tilbud.

Målgruppen er patienter med dissemineret sclerose, en kronisk og progressiv sygdom. Patientgruppen er karakteriseret ved, at dissemineret sclerose manifesterer sig hos personer i arbejdsduelig alder. Forekomsten af nye tilfælde pr. år er ca. 350 nye patienter. Scleroseregistrets seneste data, fra 2005, opgør antallet til 9.500 personer, som har dissemineret sclerose.

Målgruppen er primært nydiagnosticerede patienter, som er diagnostisk afklarede fra specialafdeling samt patienter med progression i sygdomsforløbet, som har behov for en samlet, multidisciplinær, intensiv behandlings- og rehabiliteringsindsats med henblik på at genvinde funktionsevne i relation til hverdagsliv i hjemmet og evt. arbejdsplads, og med fokus på mestring af den varige nedsatte funktionsevne og håndtering af et progressivt sygdomsforløb. Der kan tilbydes intensive behandlings- og rehabiliteringsophold, både i tilknytning til specialafdelingens diagnostik af dissemineret sclerose, men også i overgangssituationer fx i forbindelse med progression af sygdommen og tiltagende tab af funktionsevne. Af Sclerosecentrenes hjemmeside fremgår det, at rehabiliteringstilbuddene er tematiserede i forhold til kerneproblematikker.

Alle rehabiliteringsforløb udføres i stationært regi, med forskellig varighed og med fokus på den enkelte patients specifikke og aktuelle problemstillinger, som er typiske for patientgruppen på forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet.

Det fremgår af det tilgængelige materiale, at der foretages specifik udredning af helbredsforhold, som relaterer sig til sygdommen, som fx mave-tarm problemer, kognitive problemer, urologiske problemer samt depression, som er typiske og relaterer sig specifikt til sygdommen. De nævnte udredninger foretages af specialsygehuset.

Lægedækningen på Sclerosecentret i Ry tilvejebringes via en samarbejdsaftale med Århus Universitetshospital, Neurologisk afdeling. Sclerosecentret i Haslev har en fastansat, fuldtids overlæge. Neurologens primære opgave er visitation af henvisninger, iværksættelse af og opfølgning på behandling efter en fuldgældig neurologisk undersøgelse med optagelse af sygehistorie og objektiv klinisk undersøgelse. Hertil kommer forskningsopgaver.

Henvisningsmønster

60 % henvises fra almen praksis, 1 % fra praktiserende speciallæge, 39 % henvises fra specialafdeling, hyppigt neurologisk specialafdeling. Den eneste ydelse, der leveres udover fritvalgsrammen, er behandling af lægehenviste personer med sclerose fra Færøerne.

Venteliste ultimo april 2009:

Det er oplyst, at der i alt står 592 patienter på venteliste fordelt med 242 på venteliste til Sclerosecenter Haslev og 350 på venteliste til Sclerosecenter Ry.

Den gennemsnitlige ventetid er 14 måneder på Sclerosecenter Haslev og 20 måneder på Sclerosecenter Ry.

Den gennemsnitlige ventetid dækker over væsentlige forskelle, idet Sclerosecentrenes bestyrelse har besluttet, at nydiagnosticerede/førstegangsbrugere af centrene maksimalt må vente 6 måneder fra henvisning er modtaget til ydelsen kan leveres. De, som venter længst, er patienter, som har behov for 2 personers assistance under opholdet, d.v.s. de patienter hvis funktionsevnedssættelse er mest omfattende. Ventetiden for disse er 24 måneder på Sclerosecenter Haslev og 31 måneder på Sclerosecenter Ry.

Indberetning til Landspatientregistret

Der indberettes til Landspatientregisteret.

Centrene er i gang med en akkrediteringsproces i henhold til DDKM (kvalitetsakkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel).

3.b. PTU's RehabiliteringsCenter

PTU's RehabiliteringsCenter har driftsoverenskomst med Region Hovedstaden og ejes af PTU (Landsforening af Polio- trafik- og ulykkesskadede). Der er tale om landsdækkende tilbud.

Målgruppen er polioramte, rygmærsskadede, samt patienter med bevægehandicap efter ulykke. PTU har en hovedafdeling i Rødovre og en mindre afdeling i Århus. Der er tale om et landsdækkende tilbud. Rehabiliteringsindsatsen ydes overvejende i ambulante regi. Patienter, der af geografiske årsager er afskåret fra at komme ambulant, kan tilbydes at bo i en af PTU's patientlejligheder i Rødovre, mens de er på et rehabiliteringsophold af 1 – 3 ugers varighed.

Kerneydelsen er ambulant, intensiv behandling/rehabilitering, herunder genoptræning i multidisciplinært specialistregi. Visitationen baseres på en forundersøgelse som foretages af RehabiliteringsCentrets speciallæger, og den endelige visitation foretages af det multidisciplinære rehabiliteringsteam.

Patientgruppen er patienter med poliofølger og patienter med følger efter en rygmærskade eller svære følger af ulykker. Patientgruppen med følger efter polio består primært af etnisk danske patienter på 50 år (eller derover) som med tiden har udviklet post-poliosyndrom og dermed også tiltagende nedsættelse af den samlede funktionsevne, samt en lang række andre neurologiske symptomer. Hertil kommer et antal yngre danskere med anden etnisk baggrund, der er blevet ramt af polio i deres tidligere hjemland. Endelig omfatter målgruppen patienter med svære følger efter rygmærskader og andre svære skader. Disse patienter udvikler i længden senfølger, der kan sidestilles med postpolio. PTU's RehabiliteringsCenter har særlig ekspertise og kompetencer i håndtering af disse patientgruppers særlige problemstillinger. Udover fysisk træning i form af fysioterapi og træning i bassin, er der en betydelig rådgivningsfunktion i relation til vurdering af behov for og afprøvning af hjælpemidler, boligforhold, arbejdsplads, socialrådgivning og psykologiske problemstillinger. PTU's RehabiliteringsCenter rådgiver og tilbyder undervisning til sundhedsfaglige personer vedrørende målgruppens særlige problemstillinger og håndteringen af disse.

Rehabiliteringsindsatsen foregår som multidisciplinær indsats med løbende justeringer. Lægens rolle er at lede og planlægge sammen med teamet. Derudover varetages lægefaglig udredning, diagnosticering og medicinsk behandling, herunder medicinsk og tværfaglig og ikke-medicinsk smertebehandling og rådgivning om de særlige forhold, der gør sig gældende ved medicinering af poliopatienter. I alt er der speciallæger svarende til knap 3 årsværk.

I forhold til personer med rygmærskader samarbejder PTU's RehabiliteringsCenter med Rigshospitalets Klinik for Rygmærskader i Hornbæk og Århus Sygehus' afdeling for rygmærskadede i Viborg. I relation til poliopatienter samarbejdes med respirationscentrene på Rigshospitalet og Århus Sygehus samt neurologisk afdeling på Rigshospitalet og Gastroenheden på Hvidovre Hospital.

Henvisningsmønster

70 % henvises fra almen praksis, 10 % fra praktiserende speciallæge og 20 % henvises fra hospitalsafdelinger.

Udover fritvalgsrammen leveres ydelser til private, Røde Kors og efter særskilte aftaler til kommuner.

Venteliste ultimo april 2009:

Det oplyses, at i alt 82 patienter venter på lægelig forundersøgelse. Ventetiden til forundersøgelse er fra 5 til 160 dage og er længst for førstegangspatienter. Ventetiden til et efterfølgende rehabiliteringsforløb ligger på 3-17 uger afhængigt af, om lægen vurderer, at der er behov for en akut indsats, eller patienten kan komme på venteliste til behandling.

Indberetning til Landspatientregisteret

PTU's RehabiliteringsCenter har fra og med 2008 indberettet ydelser til Landspatientregisteret.

3.c. Center for Sundhed og Træning i Århus

Center for Sundhed og Træning i Århus ejes af Gigtforeningen og har driftsoverenskomst med Region Midtjylland.

Målgruppen er patienter med:

- Alle former for kroniske inflammatoriske lidelser eksempelvis kronisk leddegigt og Mb.Bechterev.
- Alle medicinske muskel- og bindevævssygdomme, eksempelvis Sjøgrens syndrom.
- Alle former for artrose inklusive degenerative rygsygdomme herunder discusprolaps og spinalstenose.
- Uspecifikke kroniske nakke-, ryg- og lændesmerter.

Patienter med kroniske inflammatoriske lidelser prioriteres højt.

Kerneydelsen er et tværfagligt behandlings- og rehabiliteringsprogram, der kan foregå ambulært eller i stationært regi. Rehabiliteringsprogrammet, der er af fire ugers varighed, indeholder på specialistaniveau:

- Klinisk reumatologisk undersøgelse
- Intensiv træning efter individuelt tilrettelagt program (individuelt og på hold)
- Individuel samtale/coaching
- Praktisk afprøvning af dagligdagsfunktioner/ergonomi
- Teoretisk undervisning og uddannelse.
- Krav om 2 gange selvtræning dagligt efter instruktion

Lægedækning

Patienterne visiteres sammen med reumatologisk speciallæge fra Reumatologisk afdeling ved Århus Sygehus, hvorfra der er lægedækning 24 timer pr. uge. Ved første konsultation gennemgås patientens sygehistorie og der foretages en klinisk reumatologisk undersøgelse med henblik på udarbejdelse af startstatus, som danner udgangspunkt for behandlingsstrategien. Lægen vurderer desuden patientens medicinske smertestillende behandling, der ændres ved behov.

Centrets samarbejde med Reumatologisk afd. U Århus Sygehus, omfatter overlægefunktion samt lægesekretærassistance til journal- og epikriseskrivning. Overlægestillingen, som finansieres fuldt ud af Gigtforeningen, deles mellem centret (3 hele dage om ugen) og Reumatologisk afdeling U. Samarbejdet med afdeling U omhandler desuden optimering af patientbehandlingen gennem dialog/undervisning, samt henvisning af patienter til rehabiliteringsforløb.

Henvisningsmønster

65 % henvises fra almen praksis, 1 % fra praktiserende speciallæge og 34 % fra hospital, fortrinsvist ambulatorier. De praktiserende læger der henviser til CST Århus kommer fra 21 forskellige kommuner, hovedsageligt i Jylland.

Der leveres ydelser til private patienter ud over fritvalgsrammen.

Venteliste ultimo april 2009

Ved en opgørelse ultimo april 2009 var der i alt 164 patienter på venteliste, fordelt på 22 patienter med leddegigt, 36 patienter med slidgigt, 93 med degenerative ryg-lidelser og 13 uden specificerede oplysninger. Der foretages differentieret visitation, med ventetider på mellem 5-7 måneder, kortest for patienter med leddegigt. De angivne ventetider gælder for patienter inden for fritvalgsrammen.

Indberetning til Landspatientregistret

Det er aftalt med Region Midtjylland, at CST Århus indberetter til Landspatientregisteret fra 1.1.2010.

Centeret har i august 2008 opnået en 3-årig akkreditering af den uafhængige amerikanske organisation CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities).

3 d. Center for Sundhed og Træning i Middelfart

Center for Sundhed og Træning i Middelfart ejes af Gigtforeningen og har drifts-overenskomst med Region Syddanmark.

Primær målgruppe er patienter med:

- Alle former for kroniske inflammatoriske lidelser eksempelvis kronisk leddegigt og Mb.Bechterev.
- Alle medicinske muskel- og bindevævssygdomme, eksempelvis Sjøgrens syndrom.
- Alle former for artrose inklusive degenerative rygsygdomme herunder discusprolaps og spinalstenose.
- Uspecifikke kroniske nakke-, ryg- og lændesmerter.

Patienter med kroniske inflammatoriske lidelser prioriteres højt.

Kerneydelsen er stationære intensive rehabiliteringsforløb med tværfaglig deltagelse af fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker og læge.

- Intensiv genoptræning efter individuelt tilrettelagt program (individuelt og på hold)
- Praktisk afprøvning af dagligdagsfunktioner/ergonomi
- Patientuddannelse
- Mestring og håndtering af hverdagens aktivitetsproblemer.

Lægedækning

Der er tilknyttet speciallæge, som indgår i visitationen. Speciallægen varetager visitation, journaloptagelse, samt justering af den almen medicinske og reumatologiske behandling sideløbende med, og integreret i, den samlede genoptræningsindsats. Overlægestillingen, som finansieres fuldt ud af Gigtforeningen, deler sin tid mellem centret og forskning på Odense Universitetshospital.

Henvisningsmønster

68 % henvises fra almen praksis, 12 % henvises fra praktiserende speciallæge, 20 % henvises fra hospital. De praktiserende læger, der henviser til CST Middelfart, kommer fra 45 forskellige kommuner, hovedsageligt fra Region Syddanmark.

Der leveres ydelser til private patienter ud over fritvalgsrammen.

Venteliste ultimo april 2009

Ultimo april 2009 ventede 61 patienter med leddegigt, 63 patienter med slidgigt, 91 med ryglidelser og 44 med andre diagnoser. Den gennemsnitlige ventetid for patienter med leddegigt er 4 måneder, mens der for øvrige sygdomsgrupper er 11 måneders ventetid. De angivne ventetider gælder for patienter inden for fritvalgsrammen.

Indberetning til Landspatientregistret

Centret har oplyst, at indberetning til Landspatientregisteret skal foretages fra 1.1.2011.

Centeret har i august 2008 opnået en 3-årig akkreditering af den uafhængige amerikanske organisation CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities).

3 e. Center for Sundhed og Træning i Skælskør

Center for Sundhed og Træning i Skælskør ejes af Gigtforeningen og har drifts-overenskomst med Region Sjælland.

Centeret modtager reumatologiske patienter fra hele landet, til intensive rehabiliteringsforløb efter lægelig visitation.

Målgruppen er:

- Alle former for kroniske inflammatoriske lidelser eksempelvis kronisk leddegigt og Mb.Bechterev.
- Alle medicinske muskel- og bindevævssygdomme, eksempelvis Sjøgrens syndrom.
- Alle former for artrose inklusive degenerative rygsygdomme herunder discusprolaps og spinalstenose.
- Uspecifikke kroniske nakke-, ryg- og lændesmerter.
- Reumatologiske patienter, der er nyopererede i ryg eller led, og som har et særligt genoptræningsbehov.

Patienter med kroniske inflammatoriske lidelser prioriteres højt.

Kerneydelsen er stationære eller ambulante intensive rehabiliteringsforløb med tværfaglig deltagelse af fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker og læge.

Rehabiliteringsprogrammet lægger vægt på aktiv og praktisk deltagelse, hjælp til selvhjælp og fokus på ressourcer og raske sider. Det omfatter:

- Individuelt tilrettelagt intensiv fysisk træning, såvel individuel som på hold
- Praktisk afprøvning og træning af dagligdagsfunktioner/ergonomi
 - Teoretisk undervisning og patientuddannelse

Lægedækning

Visitation foretages af speciallægen Der er ansat en reumatologisk speciallæge. Ved første konsultation gennemgås patientens sygehistorie og der foretages en klinisk reumatologisk undersøgelse med henblik på udarbejdelse af startstatus, som danner udgangspunkt for behandlingsstrategien. Lægen vurderer desuden patientens medicinske smertestillende behandling, der ændres ved behov. Centret har desuden samarbejdsaftale med Parker Instituttet, Frederiksberg Hospital og der samarbejdes om forskning i effekt af rehabilitering.

Henvisningsmønster

16 % henvises fra hospital, 3 % henvises fra praktiserende speciallæge, 81 % henvises fra almen praksis. De praktiserende læger, der henviser til CST Skælskør kommer fra 49 forskellige kommuner, hovedsageligt fra Region Sjælland.

Der leveres ydelser til private patienter ud over fritvalgsrammen.

Venteliste ultimo april 2009

Ved en opgørelse ultimo april om fattede ventelisten 58 patienter med leddegigt, 54 patienter med slidgigt, 67 patienter med ryglidelser og 34 med andre diagnoser. Den gennemsnitlige ventetid er differentieret fra 1-6 måneder afhængig af diagnose og sociale situation. De angivne ventetider vedrører patienter inden for fritvalgsrammen.

Indberetning til Landspatientregistret

Centret har oplyst, at CTS Skælskør begynder indberetning til Landspatientregistret fra 1.1.2011.

Centeret har i august 2008 opnået en 3-årig akkreditering af den uafhængige amerikanske organisation CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities).

3.f. RehabiliteringsCenter for Muskelsvind

RehabiliteringsCenter for Muskelsvind ejes af Muskelsvindfonden. Rehabiliteringscentret har indgået driftsoverenskomst med Region Midtjylland.

Den primære målgruppe er børn og voksne med neuromuskulære sygdomme. Derudover er der en særlig konsulentfunktion for patienter med ALS (Amyotrofisk Lateral Sclerose)

Der er ansat 2 speciallæger som indgår i visitationen, samt indgår i den tværdisciplinære opgaveløsning. Centret har speciallæger ansat, som kan kontaktes døgnet rundt.

Kerneydelsen er en helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats i forhold til børn med muskelsvindsygdomme og deres familier. Centrets virksomhed er hovedsagelig tilrettelagt som udgående virksomhed i hjemmet eller andre steder, fx på sygehuset. Der arbejdes tæt sammen med specialafdelinger, hvilket blandt andet ses i henvisningsmønstret hvor 80 % henvises fra specialafdeling. Der modtages kun patienter, som er diagnosticerede på specialafdeling med sygdomme, som ligger inden for Rehabiliteringscentrets virksomhedsområde.

Der udføres ikke træning og behandling i centret. Aktiviteterne er overvejende rådgivning til familien, rådgivning og samarbejde med fagpersoner inden for forskellige områder, læger, terapeuter, skolelærere m.v. samt rådgivning og samarbejde med myndigheder. En del af Rehabiliteringscentrets indsats afvikles som weekend-kurser, som kan være aldersopdelt eller tematiseret i forhold til nydiagnosticerede, skolegang, arbejde, sygdomsgrupper fx ALS, m.v. Indholdet i kurserne vedrører viden om sygdom inkl. genetik, erfaringsudveksling med andre ligestillede, individuel vejledning, håndtering og mestring for både forældre, børn, søskende og ægtefæller i forhold til ændrede vilkår i familien.

I forhold til patienter med ALS er kerneydelsen rådgivning, samarbejde og koordinering samt direkte vejledning af patienten og samarbejdsparter. Der arbejdes tæt sammen med relevante specialafdelinger fx med deltagelse i konferencer.

Udover kerneydelserne leveres enkeltydelser fx som VISO ydelser til kommuner. Rehabiliteringscentret har egen forskningsenhed.

Venteliste ultimo april 2009

Personer med ALS står som udgangspunkt ikke på venteliste. Nyhenviste børn prioriteres højt og tilbydes hjemmebesøg, tværfagligt møde og rehabiliteringsplan inden for 2 måneder fra modtagelse af samtykke fra familien.

Unge og voksne med progredierende sygdomsforløb prioriteres højt og tilbydes hjemmebesøg, tværfagligt møde og rehabiliteringsplan indenfor 2-3 måneder.

Den samlede venteliste som udgør ca. 200 personer, anvendes som et dynamisk planlægningsværktøj i prioriteringen.

Indberetning til Landspatientregistret

Der indberettes til Landspatientregistret fra 2010 iht. overenskomst med Region Midtjylland.

3.g. Vejlefjord Neurocenter

Vejlefjord Neurocenter er en enhed på Vejlefjord, som udover Neurocentret har andre aktiviteter. Vejlefjord Neurocenter ejes af Vejlefjordfonden og har drifts-overenskomst med Region Midtjylland.

Vejlefjord Neurocenters primære målgruppe er patienter med erhvervede hjerneskader, opstået i forbindelse med apopleksi og eller traumer. Behandlings- og rehabiliteringsforløbene retter sig mod børn og voksne, og ydes i stationært regi.

Kerneydelserne er genoptræning i stationært regi med særlig vægt på træning af fysiske funktionsnedsættelser- og ADL færdigheder, med særlig vægt på kognitive dysfunktioner (neuropsykologiske syndromer) samt personlighedsændringer, som følge af hjerneskaden. Derudover ydes udredning og afklaring af forhold relateret til uddannelse og arbejdsmarked.

Vejlefjord varetager intensiv helhedsorienteret behandling og rehabilitering i stationært regi, med særligt fokus på neuropsykologiske syndromer.

Henvisningsmønster

Ca. 60 % henvises fra egen læge og ca. 40 % henvises fra hospital.

Der modtages desuden ud over fritvalgsrammen private patienter, patienter henvist fra kommuner og i mindre grad patienter via forsikringsselskaber.

Venteliste ultimo april 2009

Det oplyses, at i alt 75 patienter står på venteliste. Vejlefjord Neurocenter har indsendt opdateret information om, at 108 patienter står på venteliste (november 2009).

Indberetning til Landspatientregistret

Der indberettes til Landspatientregistret efter aftale med Region Midtjylland.

Vejlefjord Neurocenter er internationalt akkrediteret af Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) og forestår IKAS akkreditering.

3.h. Center for Hjerneskade

Center for Hjerneskade er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Region Hovedstaden.

Den primære målgruppe er voksne og børn med erhvervet hjerneskade efter hovedtraumer, apopleksi, tumor, betændelsestilstande eller anden akut opstået hjerneskade. Målet for voksne med erhvervet hjerneskade er tilbagevenden til arbejde, uddannelse og socialt liv. Til børn med erhvervet hjerneskade tilbydes rehabilitering med afklaring af behov, rådgivning og behandling. Til børn med medfødt hjerneskade og udviklingsforstyrrelser tilbydes udredning, diagnosticering og rådgivning. Målet kan være at træne skole- og studiemæssige færdigheder og at arbejde med identitet og venskaber.

Kerneydelsen er neuropsykologisk/neurologisk udredning, diagnosticering og rådgivning og medicinsk behandling ved speciallæge samt intensiv neuropsykologisk, audiologopædisk, fysioterapeutisk og neuropædagogisk genoptræning.

Region Hovedstaden har været i dialog med centret om, hvilke ydelser der kan leveres inden for fritvalgsrammen som sygehusydelser. Centret har også tæt kontakt med og samarbejder med sygehusenes specialafdelinger.

Der foreligger detaljerede beskrivelser af forskellige typer rehabiliteringsforløb, rettet mod specifikke målgrupper og problemstillinger. De forløb, som ikke finansieres inden for fritvalgsrammen (enten fordi rammen er opbrugt – eller fordi forløbet ikke er omfattet af aftalen med Region Hovedstaden), finansieres privat, med sundhedsforsikringer eller af kommunen.

Venteliste ultimo april 2009

Det oplyses, at i forhold til patienter som visiteres indenfor fritvalgsrammen, er der løbende er 20-40 personer på venteliste. Der oplyses om varierende ventetider op til 1½ år. Gennemsnitlig ventetid opgives til 2-3 måneder. Hyppigste årsag til ventetiden er den kommunale sagsbehandlingstid på betalingstilsagn – samt at fritvalgsrammen er opbrugt. Nogle venter længere, hvis det i visitationen skønnes, at træning først skal iværksættes på et senere tidspunkt.

Indberetning til Landspatientregistret

Der er siden 2008 indberettet til Landspatientregisteret.

4. Modeller for specialsygehusenes indplacering i det øvrige sundhedsvæsen under den nuværende opgavefordeling

På baggrund af gennemgangen af de foreningsejede specialsygehusers ydelser vurderer arbejdsgruppen, at de omhandlede specialsygehuse leverer samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb, som retter sig mod et kompleks af problemstillinger, som løses af multidisciplinære teams.

Billedet er således, at de foreningsejede specialsygehuse i forbindelse med behandlings- og rehabiliteringsforløb i varierende omfang varetager opgaver, som er et kommunalt myndighedsansvar, og opgaver, som er et regionalt myndighedsansvar.

I dag er de foreningsejede sygehuse en regional sygehusopgave. Med udgangspunkt i det forhold, at de foreningsejede specialsygehuse både leverer ydelser, der uden for fritvalgsrammen er henholdsvis et regionalt og kommunalt ansvar, har arbejdsgruppen bl.a. overvejet, om de opgaver, som specialsygehusene løser inden for fritvalgsrammen, mere hensigtsmæssigt bør placeres som et kommunalt ansvar.

Arbejdsgruppen har således drøftet to modeller for placering af ansvaret for ydelser leveret inden for den nuværende fritvalgsramme – en model med kommunalt ansvar og en model med fortsat regionalt ansvar.

4.a. Model med kommunalt ansvar

I denne model bliver de foreningsejede specialsygehuse en kommunal opgave, og kommunerne forpligtes derved til at benytte de omhandlede foreningsejede specialsygehuse inden for en nærmere fastsat økonomisk ramme. Den nuværende økonomiske ramme vil ved denne model blive overført til kommunerne. Kommunerne vil ikke være forpligtet til at købe ydelser ud over fritvalgsrammen hos de omhandlede specialsygehuse.

De kommuner, som specialsygehusene er beliggende i, overtager også forpligtelsen til at indgå driftsoverenskomst med specialsygehusene på de øvrige kommuners vegne med henblik på indgå aftale om målgruppe og at sikre en hensigtsmæssige opgaveportefølje samt effektive henvisnings- og visitationskriterier, der tilgodeser den berettigede patientgruppes særlige behov.

De ydelser, der kan henvises til i medfør af denne model, skal være ydelser, som efter reformen primært er et kommunalt ansvar. Dette skal beliggenhedskommunen have mulighed for at sikre sig på egne og øvrige kommuners vegne i forbindelse med indgåelse af ovennævnte driftsoverenskomst.

For en kommunal model har det blandt andet været fremført, at kommunerne har ansvaret for rehabiliteringsindsatser uden for sygehusregi, herunder genoptræning, vederlagsfri fysioterapi, vedligeholdelsestræning, socialpædagogisk træning/bistand, specialundervisning, arbejdsmarkedsrettede indsatser, formidling af hjælpemidler, boligændringer m.v.

Behandlings- og rehabiliteringsforløb på de foreningsejede specialsygehuse kan iværksættes ofte uden forudgående sygehusindlæggelse. Dertil kommer, at de foreningsejede specialsygehusers tilbud spænder langt bredere end til at omfatte genoptræning, idet de dækker et bredt spekter fra udredning og behandling, herunder

medicinsk smertebehandling, til rehabilitering, herunder (genop)træning efter forskellig lovgivning, patientrettet forebyggelse, herunder i form af intensiv, diagnosespecifik patientuddannelse, rådgivning m.v.

Ydelsesmønsteret og det faktum, at der ofte ikke er behov for forudgående indlæggelse på regionalt sygehus betyder, at det vil være hensigtsmæssigt, at henvisning/indstilling til specialsygehusenes intensive multidisciplinære rehabiliteringsforløb kan foretages af sygehuslæger i forbindelse med udskrivning, af kommunerne som led i den kommunale opgavevaretagelse samt af de praktiserende læger, som det er tilfældet i dag.

Henvisningen sendes til specialsygehuset, som foretager en visitation på baggrund af henvisningerne. De nærmere visitationsretningslinier kan aftales mellem specialsygehuset og beliggenhedskommunen.

En entydig placering af finansieringsansvaret hos kommunerne betyder, at kommunerne har ansvaret for de borgere, som ikke kan behandles inden for fritvalgsrammen, og dermed også er ansvarlige for at beslutte om og i givet fald hvilket alternativt tilbud, borgeren tilbydes.

Ved denne model vil kommunalt ansvar være gældende, uanset om specialsygehuset benytter sig af stationære tilbud eller ambulante tilbud.

Nogle af specialsygehusene leverer alene ambulante ydelser, mens andre leverer ydelser i stationært regi. Baggrunden for at levere ydelserne i stationært regi kan fx være hensynet til, at patienterne har behov for en intensiv indsats, kommer langvejs fra, eller at dele af ydelsen leveres om aftenen og i weekenden.

De private specialsygehuse med stationære forløb kan opfordres til at overveje, om man kunne lade hele eller dele af forløbet foregå ambulant og med mulighed for tilkøb af overnatning på patienthotel, ligesom man vil kunne benytte sig af mulighederne for evt. at etablere tilknyttede, midlertidige botilbud. Spørgsmålet om patienternes overnatningsmulighed vil også med fordel kunne indgå i driftsoverenskomsten mellem specialsygehuset og beliggenhedskommunen.

I det omfang der henvises flere patienter, end der kan rummes inden for fritvalgsrammen, vil disse patienter kunne modtage ydelsen enten som følge af, at bopælskommunen tilkøber yderligere ydelser ved specialsygehuset med hjemmel i sundhedsloven og/eller anden lovgivning eller tilbyder patienten et alternativt tilbud efter relevant lovgivning.

Arbejdsgruppen bemærker i den forbindelse, at de foreningsejede specialsygehuse er private sygehuse, som ud over fritvalgsrammen er frit stillet til at sælge ydelser, herunder til private, til kommuner og til regioner. De foreningsejede sygehuse udgør således et supplement både til de regionale og kommunale tilbud, og vil kunne tilrette tilbud afhængigt af eksempelvis en kommunal efterspørgsel.

4.b. Model med regionalt ansvar

Med fortsat regionalt ansvar vil de foreningsejede specialsygehuse fortsat indgå som et sygehusstilbud efter sundhedslovens § 79, stk. 2.

Beliggenhedsregionen skal – som tilfældet er i dag – indgå driftsoverenskomst med de foreningsejede sygehuse med henblik på at aftale målgruppe og sikre en hensigtsmæssige opgaveportefølje samt effektive henvisnings- og visitationskriterier, der tilgodeser den berettigede patientgruppes særlige behov.

Da der med denne model er tale om et sygehustilbud, kan der primært henvises til ydelser, som kan defineres som en sygehusopgave. Sygehusopgaver er relativt bredt defineret og giver mulighed for at levere samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb, som retter sig mod komplekse problemstillinger og løses af multidisciplinære teams.

Når ydelserne er sygehusydelser, gælder de samme regler for henvisning som til andre sygehusydelser. Det betyder, at praktiserede læger, speciallæger og læger på sygehusafdelinger som hidtil kan henvise til udredning og visitation med henblik på behandling på specialsygehusene.

Patienter, som henvises til de foreningsejede specialsygehuse, er omfattet af reglerne om frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg.

Henvisningen sendes til specialsygehuset, som foretager en visitation på baggrund af henvisningerne. De nærmere visitationsretningslinjer aftales mellem specialsygehuset og beliggenhedsregionen.

Det vil også fortsat være en sygehusopgave og dermed bopælsregionernes ansvar at give et behandlingstilbud til de personer, som har behov for det, og som bliver stillet en lang ventetid i udsigt ved henvisning til de foreningsejede specialsygehuse. Dette tilbud kan regionerne enten give ved tilkøb af ydelser hos de foreningsejede specialsygehuse eller ved at tilbyde tilsvarende ydelser i eget sygehusvæsen eller på andre offentlige eller private sygehuse.

Arbejdsgruppen bemærker i den forbindelse, at de foreningsejede specialsygehuse er private sygehuse, som ud over fritvalgsrammen er frit stillet til at sælge ydelser, herunder til private, til kommuner og til regioner. De foreningsejede sygehuse udgør således et supplement både til de regionale og kommunale tilbud, og vil kunne tilrette tilbud afhængigt af eksempelvis en regional efterspørgsel.

Nogle af specialsygehusene leverer alene ambulante ydelser, mens andre leverer ydelser i stationært regi. Baggrunden for at levere ydelserne i stationært regi kan fx være hensynet til, at patienterne har behov for en intensiv indsats, kommer langvejs fra, eller at dele af ydelsen leveres om aftenen eller i weekenden.

I forbindelse med fastsættelse af takster, kan de foreningsejede specialsygehuse med stationære forløb overveje, om man kunne lade hele eller dele af forløbet foregå ambulante og med mulighed for tilkøb af overnatning på patienthotel eller lignende.

5. Arbejdsgruppens overvejelser om modellerne

I afsnittet diskuteres fordele og ulemper ved de to modeller.

Udfordringen består grundlæggende i, at specialsygehusene tilbyder intensive multidisciplinære behandlings- og rehabiliteringsforløb, som både indeholder opgaver, som kommunerne er ansvarlige for, og opgaver, som regionerne er ansvarlige for. Det er således ikke umiddelbart muligt entydigt at placere ansvaret som enten regionalt eller kommunalt i henhold til den gældende lovgivning.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der fortsat er behov for en særlig indsats overfor den del af patienterne, som i særlig grad har behov for ét samlet, afgrænset behandlings- og rehabiliteringsforløb, dvs. ét sammenhængende tilbud, der rækker på tværs af sektoransvar og faggrupper i en institutionel ramme.

For både en kommunal model og en regional model peger arbejdsgruppen imidlertid på risikoen for, at de samlede, intensive og multidisciplinære behandlings- og rehabiliteringsforløb som i dag tilbydes ved de foreningsejede sygehuse fremover vil blive splittet op således, at tilbuddet fremover tilrettes primært kommunale ydelser i en kommunal model eller regionale ydelser i en fortsat regional model.

Dvs., at beliggenhedskommunen ved indgåelse af driftsoverenskomst vil kunne forventes alene at indgå aftaler for ydelser, som overvejende er et kommunalt ansvar, og derved at det nuværende intensive multidisciplinære tilbud bliver splittet op. Tilsvarende vil kunne forventes at finde sted ved en fortsat regional model. Begge scenarier vil efter arbejdsgruppens opfattelse være til skade for en del af de patienter, som i dag modtager specialsygehusenes tilbud.

Arbejdsgruppen finder derfor ikke, at der entydigt kan peges på, at den ene model er mere hensigtsmæssig end den anden. Begge modeller vil have ulemper.

Arbejdsgruppen lægger vægt på, at en fortsat placering af tilbuddet under sygehusvæsenet kan understøttes ved en tæt tilknytning til det specialiserede sygehusvæsen bl.a. med det sigte at understøtte samordning dels i forhold til den regionale udviklings- og forskningsforpligtelse, dels i forhold til den regionale tværgående opgave i relation til faglig udvikling og kvalitetssikring.

Arbejdsgruppen peger på, at man ved en regional model bedst muligt understøtter, at de leverede ydelser er tidssvarende i forhold til den faglige udvikling, det øvrige sundhedsvæsen undergår.

Efter § 75, stk. 3, i sundhedsloven indgår beliggenhedsregionen driftsoverenskomst med de omfattede private specialsygehuse m.v.

Der er ikke i sundhedsloven fastsat nærmere bestemmelser om, hvad driftsoverenskomsten skal indeholde. Det fremgår dog af bemærkningerne til den bestemmelse i den tidligere sygehuslov, som sundhedslovens § 75, stk. 3, er en fortsættelse af, at formålet med bestemmelsen er, at beliggenhedsamtskommunen – nu beliggenhedsregionen – på de øvrige amtskommuners – nu regioners – vegne skal sikre en i økonomisk henseende rationel drift samt en faglige udvikling af det enkelte private specialsygehus m.fl.

Det er ikke nærmere præciseret i lovbemærkningerne, hvad der menes med ”faglige udvikling”. Det må imidlertid antages, at man med formuleringen har ønsket, at de foreningsejede specialsygehuse skulle udvikle deres behandlingstilbud på samme måde som det øvrige sygehusvæsen, herunder i forhold til den forskning, som findes på området nationalt og internationalt, ligesom det må antages, at man har ønsket, at sygehusene skulle følge den almindelige udvikling med hensyn til kvalitetssikring m.v.

Det fremgår videre af bemærkningerne til § 75, stk. 3, at det forudsættes, at beliggenhedsamtskommunen – nu beliggenhedsregionen – også fører tilsyn med, at tilgangen af patienter, der ønsker behandling på specialsygehuset, tilrettelægges hensigtsmæssigt.

Arbejdsgruppen finder, at der i forbindelse med driftsoverenskomsten skal ske en afgrænsning af, hvem målgruppen for behandling er, sådan at visitationen sikrer, at det intensive, multidisciplinære tilbud tilgodeser målgruppens særlige behov.

Det betyder samtidigt, at den del af patienterne, som i stedet kan modtage andre - og mindre intensive tilbud - i regioner og kommuner, i stedet med fordel kan blive henvist hertil.

Arbejdsgruppen har i den forbindelse også drøftet henvisningsreglerne, hvor der i dag kan ske henvisning fra praktiserende læge efter reglerne om frit sygehusvalg. Det har herunder været overvejet, at man for at sikre, at patienter med størst behov for det særlige tilbud henvises, kunne ændre henvisningsreglerne, sådan at henvisning alene kan ske fra en sygehusafdeling.

De omhandlede patientgrupper er imidlertid patienter med kroniske sygdomme og varig funktionsevnedesættelse, som har modtaget behandling på sygehus, men som efter et stykke tid hjemme har behov for et intensivt, multidisciplinært behandlings- og rehabiliteringsforløb med henblik på fortsat at kunne klare sig i eget hjem. Disse patienter har ikke nødvendigvis behov for sygehusbehandling forud for et behandlingsforløb på specialsygehuset.

Det vil derfor heller ikke hverken ud fra et ressourcemæssigt synspunkt eller i et patientperspektiv være hensigtsmæssigt at anvende unødigt sygehuskapacitet på udredning med henblik på henvisning til de foreningsejede specialsygehuse.

Derimod vil det være hensigtsmæssigt, at specialsygehuset i samarbejde med regionens specialafdeling tilrettelægger visitationskriterier, som nøje præciserer hvilke patienter, der skal henvises til tilbuddet. Disse kriterier vil herefter også kunne fremgå af specialsygehusets hjemmeside.

Mange af de patienter, som behandles på specialsygehusene, modtager allerede eller har efterfølgende behov for at modtage ydelser fra bopælskommunen. Arbejdsgruppen finder derfor, at det er vigtigt, at specialsygehusene på så tidligt et tidspunkt som muligt inddrager bopælskommunen med henblik på at skabe sammenhæng mellem specialsygehusets ydelser og de kommunale ydelser, som patienten modtager eller eventuelt vil skulle modtage efter afslutning af forløbet på specialsygehuset.

Arbejdsgruppen finder herunder, at det skal sikres, at specialsygehuset er bekendt med og agerer i forhold til de sundhedsaftaler, der er indgået mellem regioner og

kommuner med det formål at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, som går på tværs af de to myndigheder; region og kommune. Det fremgår således af vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at det, når regionsrådet og/eller kommunalbestyrelsen indgår en aftale med en privat aktør om varetagelse af sundhedsopgaver, skal sikres, at den private aktør gennem (leverandør)aftalen forpligtes af sundhedsaftalen i den udstrækning, det er relevant.

Arbejdsgruppen finder, at der i driftsoverenskomsten skal stilles krav om registrering i Landspatientregistret, bl.a. for at sikre den korrekte kommunale medfinansiering i henhold til reglerne.

I det omfang regionerne og specialsygehusene har behov herfor, kan Sundhedsstyrelsen bidrage med rådgivning og vejledning om, hvordan ydelserne skal registreres og indberettes, således at reglerne om fx kommunal medfinansiering opfyldes.

Arbejdsgruppen bemærker i den forbindelse, at der er behov for en målrettet anvendelse af takstsystemet, der tilgodeser patienternes behov for et samordnet forløb, der omfatter elementer, der er et regionalt ansvar og elementer, der er et kommunalt ansvar for at undgå ovennævnte opsplitning af specialsygehusenes særlige tilbud.

Arbejdsgruppen finder også, at der skal igangsættes et arbejde med deltagelse af regioner, specialsygehuse og Sundhedsstyrelsen med henblik på at gennemgå DRG/DAGSs-afregningssystemet i forhold til de særlige ydelser, specialsygehusene leverer, og vurdere, om der skal ske afledte tilpasninger i DRG/DAGS-systemet og/eller udarbejdes referencetakster. Målet er at arbejde hen imod at specialsygehusenes ydelser finansieres efter samme modeller som det øvrige sundhedsvæsen, det vil som hovedregel sige DRG/DAGS-takster.

Arbejdsgruppen har i forbindelse med valg af model drøftet behovet for en langsigtet strategi og eventuelt lovgivning for den patientgruppe, som specialsygehusene særligt henvender sig til. Det vil sige kroniske patienter, hvis livslange sygdom giver anledning til fysiske handicap, og hvor der er brug for et intensivt, multidisciplinært forløb. Arbejdsgruppen er enig om, at dette er en problemstilling, som eventuelt kan afstedkomme behov for yderligere tiltag, ikke alene i forhold til de her omfattede patientgrupper, men mere generelt. Man er samtidig enige om, at dette ligger ud over kommissoriet for arbejdsgruppen.

6 Arbejdsgruppens anbefalinger

Arbejdsgruppen har haft til opgave at beskrive og vurdere de ydelser, de af gennemgangen omfattede foreningsejede specialsygehuse leverer inden for fritvalgsrammen, og på den baggrund opstille modeller for, hvordan ydelserne kan indpasses i det øvrige sundhedsvæsen med den opgavefordeling, som er gældende efter kommunalreformen. Arbejdsgruppen har herunder overvejet og vurderet, hvordan henvisningsreglerne kan tilgodese den omhandlede patientgruppes særlige behov.

Arbejdsgruppen afgiver på den baggrund en anbefaling til, hvordan de omhandlede foreningsejede specialsygehuses ydelser bedst indpasses i det øvrige sundhedsvæsens opgavefordeling, samt for henvisningsreglerne hertil.

6.a. Anbefaling om indplacering i sundhedsvæsenet

Arbejdsgruppen anbefaler, at de af gennemgangen omfattede foreningsejede specialsygehuse fortsat bør være omfattet af sundhedslovens § 79, stk. 2.

Arbejdsgruppen finder samtidig, at det bør sikres, at de omhandlede specialsygehuses ydelser udvikler sig i takt med det øvrige sundhedsvæsen.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at beliggenhedsregionerne gennem driftsoverenskomsterne med specialsygehuse skal stille krav til specialsygehuse om følgende:

- Målgruppen for det enkelte specialsygehus afgrænses ved fastsættelse af visitationsretningslinier, hvorved det sikres, at personer med størst behov får det intensive tilbud. Specialsygehuset tilrettelægger visitationskriterierne i samarbejde med relevante regionale specialafdelinger, som der etableres tæt samarbejde med.
- Specialsygehuse etablerer formaliseret samarbejde med relevante regionale specialafdelinger for at sikre, at deres behandlings- og rehabiliterings-tilbud indgår i den samlede udvikling og prioritering af sundhedsvæsenets indsatser med hensyn til udvikling af behandlingsmetoder, forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling.
- Specialsygehuse inddrager på så tidligt et tidspunkt som muligt bopælskommunen med henblik på at skabe sammenhæng mellem specialsygehuse ydelser og de kommunale ydelser, som patienten modtager eller skal modtage efter afslutning af behandlings- og rehabiliteringsforløbet på specialsygehuset.
- Specialsygehuset skal være bekendt med og agere i henhold til relevante dele af de indgåede sundhedsaftaler.
- Registrering i Landspatientregistret, bl.a. for at sikre den korrekte kommunale medfinansiering i forhold til reglerne.

Arbejdsgruppen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at indkalde specialsygehuse og relevante parter til et møde med henblik på at afklare behovet for assistance til at sikre den pligtige indberetning til Landspatientregistret og muliggøre afregning af den kommunale medfinansiering.

Endvidere anbefales igangsat et arbejde med deltagelse af regioner, specialsygehuse og Sundhedsstyrelsen med henblik på at gennemgå DRG/DAGSs-afregningssystemet i forhold til de særlige ydelser, specialsygehusene leverer, og vurdere, om der skal ske afledte tilpasninger i DRG/DAGS-systemet og/eller udarbejdes referencetakster. Målet er at arbejde hen imod at specialsygehusene anvender DRG/DAGS-takster for alle ydelser.