



Ministeren, Holmens Kanal 22, 1060 København K  
Tlf. 3392 9300, Fax. 3393 2518, E-mail vfm@vfm.dk  
J.nr. 2007-1489

Hjernesagen  
Kløverprisvej 10B  
2650 Hvidovre  
admin@hjernesagen

---

Dato:

**Kære Bruno Christiansen og Lisa Beha Erichsen**

Tak for HjerneSagens åbne brev af den 28. april 2008, hvor I beskriver forskellige forhold i genoptræningen efter erhvervelsen af en hjerneskade og kommer med forslag til nye tiltag. Jeres åbne brev er ligeledes sendt til sundheds- og forebyggelsesministeren. Jeg svarer hermed på vegne af os begge.

*Vedrørende rehabiliteringsplaner*

For at sikre en sammenhængende indsats over for mennesker, der får en hjerneskade, foreslår I, at der indføres rehabiliteringsplaner. Som I selv påpeger, er rehabilitering ikke et begreb, der som sådan optræder i lovgivningen, og hverken sundheds- og forebyggelsesministeren eller jeg som velfærdsminister mener, at der er behov for at indføre endnu et redskab til koordinering og styring af træningsindsatsen.

Vi vil gerne understrege, at kommunalbestyrelserne allerede har pligten såvel som redskaberne til at sikre en helhedsorienteret indsats. Kommunalbestyrelserne har i forbindelse med kommunalreformen fået det fulde ansvar for al genoptræning og andre relevante tilbud efter udskrivning fra sygehus inden for både social- og specialundervisningsområdet ligesom de samtidig fik ansvar for genoptræningsopgaver efter udskrivning fra sygehus. Kommunalbestyrelsen skal følge de genoptræningsplaner, der udarbejdes i sygehusregi. De skal endvidere, ifølge lov om social service og på baggrund af en konkret individuel vurdering af borgerens behov, tilbyde en borger med erhvervet hjerneskade genoptræning, vedligeholdelsestræning, socialpædagogisk bistand og/eller behandling, hvis denne hjælp ikke gives efter anden lovgivning.

Kommunerne har med det samlede ansvar for indsatsen fået mulighed for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen i sammenhæng med kommunens andre tilbud, herunder taleundervisning og kognitiv træning. Den entydige struktur og ansvarsfordeling er blandt andet skabt med henblik på at sikre den nødvendige tværfaglige koordination, således at alle borgere kan få den behandling, de har behov for.

Med kommunalreformen er grundlaget for en mere sammenhængende og målrettede indsats over for borgeren blevet styrket, både på tværs af myndighedsgrænser og ansvarsområder og i forhold til indholdet af træningsindsatsen og det tidsmæssige perspektiv.

Som redskab til at styre indsatsen over for en borger med hjerneskade findes der både de i sygehusregi udarbejdede genoptræningsplaner og de af kommunerne udarbejdede handleplaner.

Som velfærdsminister vil jeg gerne fremhæve, at ifølge lov om social service skal kommunalbestyrelsen udarbejde en individuel plejeplan til ældre over 65 år, der bor på plejehjem, i plejeboligbebyggelser eller tilsvarende, ligesom de skal tilbyde voksne under 65 år, som har behov herfor, at udarbejde en handleplan. Såvel pleje- som handleplan skal så vidt muligt udarbejdes i samarbejde med borgeren.

Formålet med en handleplan er netop at klargøre målet med en indsats, at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, at tydeliggøre forpligtigelsen for alle involverede parter samt at styrke borgerens indflydelse på sagsbehandlingen. En handleplan for en borger med en erhvervet hjerneskade skal derfor omfatte de forskellige tilbud, som personen modtager, på tværs af lovgivninger. Det betyder, at både genoptræningsplan og et eventuelt behov for kognitiv træning og taleundervisning, som I foreslår skrevet ind i genoptræningsplanen, skal beskrives i en handleplan. Det ligger mig meget på sinde, at kommunalbestyrelserne gør brug af handleplanerne over for borgere, der har behov herfor.

#### *Vedrørende koordinering af tilbud*

Såvel Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse som Velfærdsministeriet er dog opmærksomme på, at indsatsen over for mennesker, der har fået en svær hjerneskade, kan være særdeles komplicerede forløb, der, som I også påpeger i jeres brev, kræver en god koordination og et godt samarbejde på tværs af fagområder og myndighedsgrænser.

Det vil naturligvis tage tid at ændre på arbejdsgange i de nye kommuner og finde frem til de rette arbejdsstrukturer, så man sikrer en helhedsorienteret indsats over for den enkelte borger. Men der er ingen tvivl om, at den tværgående dialog mellem de forskellige forvaltninger i kommunen og mellem sundheds- og socialektoren i mange tilfælde kan gøres bedre. Velfærdsministeriet har da også kontinuerlig opmærksomhed på området, og i den forbindelse skal følgende initiativer fremhæves.

I forbindelse med satspuljeaftalen for 2006 blev der afsat penge til projektet "Nye og nemmere veje". En central del af projektet er udviklingen af modeller for Den koordinerende sagsbehandler på handicapområdet. Formålet hermed er netop at sikre en helhedsorienteret indsats og en forbedret retssikkerhed for

borgeren. En del af projekttiltagene under "Den koordinerende sagsbehandler" har fokus på hjerneskadeområdet og arbejder fx med processen for overgangen fra sygehus- til det sociale regi. Fire kommuner har været med til at udvikle modeller og redskaber. Allerede nu har kommuner og sagsbehandlere på Servicestyrelsens hjemmeside adgang til en række konkrete redskaber, og de endelige erfaringerne fra projektet vil blive videreformidlet til samtlige kommuner, når udviklingsperioden er afsluttet i 2009.

På ældreområdet har man i projektet "God sagsbehandling" ligeledes udviklet en række praktiske redskaber, og sidste år udkom en metodehåndbog. Projektet har endvidere i øjeblikket afsat midler til nedsat deltagerbetaling på efteruddannelseskurser, der skal forbedre sagsbehandlingen og sikre borgernes retssikkerhed.

Videnscenter for Hjerneskade, der er en del af VISO's vidensnetværk, har netop etableret kommunale netværk af kontaktpersoner på hjerneskadeområdet, der har holdt de første møder i den forgange måned. Netværkene er blandt andet etableret for at skabe et forum for erfaringsudveksling for de kommunale kontaktpersoner på hjerneskadeområdet. Samtidig er kontaktpersonerne blevet borgernes guide til det lokale kommunale system. Mennesker med hjerneskade og deres pårørende kan fremover på Videnscenter for Hjerneskades hjemmeside se, hvem der er kontaktperson i deres kommune. Den 20. maj 2008 havde 93 kommuner tilmeldt 121 kontaktpersoner på voksenområdet, og 84 kommuner havde tilmeldt 89 kontakter på børneområdet, hvilket tyder på stor kommunal opbakning til initiativet.

Ministeren for sundhed og forebyggelse har endvidere oplyst følgende:

*"Regioner og kommuner forpligter sig eksempelvis til at indgå formaliserede samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet på tværs af myndighedsgrænser og ansvarsområder. Dels via lovpligtige sundhedskoordinationsudvalg med repræsentanter fra regionen og kommunerne i regionen, dels via obligatoriske sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner. Begge udgør centrale værktøjer til sikring af sammenhæng og koordination i indsatsen på sundhedsområdet. Samtidig er både kommuner og regioner forpligtet til at udpege en kontaktperson med ansvar for koordinering af sammenhængende patientforløb i forbindelse med patientens vej fra sygehus til kommune.*

*Jeg er imidlertid fuldt ud opmærksom på, at der er plads til forbedring på området. Det var også kernen i de anbefalinger, som arbejdsgruppen om incitamentsstrukturer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet offentliggjorde den 29. maj 2008. Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse var repræsenteret i arbejdsgruppen.*

*Arbejdsgruppen har blandt andet konkluderet, at 1) kommuner og regioner skal blive bedre til at udnytte sundhedsaftalernes potentiale som styringsredskab for*

koordination og arbejdsdeling, 2) at sundhedskoordinationsudvalgene skal følge mere intensivt op på sundhedsaftalerne på genoptræningsområdet og 3) at der skal produceres oversigter over, hvilke genoptræningstilbud en kommune råder over - eller som kommunen køber hos andre kommuner, regioner eller private udbydere. Det er alt sammen indsætter, der skal styrke kommunikationen på tværs og sikre mere sammenhængende patientforløb.

En styrket kommunikation og tværfaglige samarbejder, er måske særlig vigtigt på hjerneskadeområdet, hvor der ofte er tale om komplicerede og langvarige forløb, der breder sig over mange forvaltningsområder. Jeg er derfor enig i, at det er afgørende vigtigt, at det faglige niveau i genoptræningen af hjerneskadede, der er opnået gennem de seneste ti år, fastholdes og videreudvikles.

I den forbindelse skal jeg henlede opmærksomheden på, at Sundhedsstyrelsen i 1997 udarbejdede en redegørelse om behandling af traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser, som beskriver og vurderer indsatsen over for personer, der rammes af traumatiske hjerneskader. Denne redegørelse tilkendegav netop, at det er en væsentlig forudsætning for en vellykket behandling og optræning, at der er sammenhæng og koordination under hele forløbet fra indlæggelse på traumecenter i den akutte fase til udskrivning fra sygehus eller optræningscenter til eget hjem eller beskyttede botilbud i regionalt eller kommunalt regi med langsigtet opfølgning og vedligeholdelse af opnået funktionsniveau.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at anbefalingerne fra redegørelsen fra 1997 har haft positiv indflydelse på kvaliteten og organiseringen af såvel behandling som genoptræning af hjerneskadede – og har oplyst, at styrelsen vil igangsætte en revision af redegørelsen. Sundhedsstyrelsen har derfor besluttet at etablere en arbejdsgruppe med henblik på dette, hvor også Velfærdsministeriet vil være repræsenteret. Behovet for revision af redegørelsen er dels begrundet i ny viden om patientgruppernes problemstillinger og nyere behandlingsmetoder, og dels i den ændrede lovgivning som har medført ændring i myndighedsansvaret i forbindelse med kommunalreformen.

Med revisionen vil Sundhedsstyrelsen - i samarbejde med blandt andre Velfærdsministeriet - blandt andet vurdere behovet for udvikling af modeller for sammenhæng i rehabiliteringsforløb for hjerneskadede.

Lokalt set er både regioner og kommuner godt i gang. Eksempelvis er Region Midtjylland ved at indgå aftale med alle kommuner i regionen om en kommunal hjerneskadekoordinator, ligesom Sundhedskoordinationsudvalget har besluttet at etablere et hjerneskadesamråd for henholdsvis børn og voksne med repræsentanter fra både kommuner og regioner for at sikre en så smidig og enkel sagsgang som mulig. Det skal ske ved at fungere som sagkyndige på hjerneskadeområdet, at udvikle samarbejde og kommunikation mellem forvaltninger og afdelinger, at sætte fokus på kompetenceudvikling og videndeling blandt personalet samt ved at sikre øget information og støtte til pårørende til hjerneskadede.”

#### *Vedrørende hjerneskadeteams*

Ud over koordineringen af de forskellige indsatser påpeger I netop vigtigheden af, at borgere med erhvervet hjerneskade tilbydes fagligt velfunderede tilbud efter sygehusopholdet. I den forbindelse foreslår I, at kommunerne enkeltvis, i fællesskab eller i samarbejde med regionerne etablerer hjerneskadeteams, der favner forskellige faglige tilgange.

Hver eneste kommune kan ikke så kort tid efter kommunalreformen besidde den samme grad af flerfaglighed, der var samlet i de tidligere amtskommuner. Men de skal udbygge og udvikle specialrådgivningsindsatsen, enten ved selv at oparbejde den rette viden eller ved at indgå aftaler med andre, for eksempel i regionen eller i andre kommuner, der har den. Som nævnt ovenfor af ministeren for sundhed og forebyggelse sker det allerede, og indgåelse af sådanne aftaler kan blandt andet foregå via rammeaftalerne. Rammeaftalen kan således bruges til, at kommunerne indbyrdes aftaler et mere fast samarbejde om hjerneskaderådgivning på tværs af kommunegrænser. Det har de netop gjort iblandt størstedelen af de fynske kommuner. Tværsektorielle hjerneskadeteams, som I foreslår oprettet, kan således sagtens etableres gennem den nuværende lovgivning

Velfærdsministeriet vil overveje, hvordan man kan styrke kommunernes specialrådgivning ved at give den en mere fremtrædende plads i de årlige rammeaftaler. Men jeg vil endnu engang understrege, at kommunalbestyrelserne har hele ansvaret for rådgivning såvel som fysisk og kognitiv genoptræning af mennesker, der har fået en hjerneskade.

Hvis en kommune ikke har den nødvendige viden i en konkret sag, for eksempel på hjerneskadeområdet, kan de via VISO sikre borgeren den rette rådgivning og udredning. VISO blev etableret for at sikre, at alle borgere med komplicerede problemstillinger, uanset hvor i landet de bor, kan få den rette specialrådgivning. Jeg har netop bedt VISO om at foretage tilpasninger der, inden for VISOs rammer, ikke kun vil forbedre rådgivningsforløbene for borgerne men også give viden videre til kommunerne. Dels har borgerne fået en nemmere adgang til VISO, og de har fået mulighed for længerevarende rådgivningsforløb. Dels kan kommunerne fremover henvende sig til VISO om alt inden for specialrådgivning.

Disse ændringer vil uden tvivl få betydning i forhold til hjerneskadeområdet; både i forhold til kompetenceopbygningen i kommunerne og i forhold til den enkelte borger, der har brug for rådgivning.

#### *Vedrørende indholdet af genoptræningsplaner*

I foreslår også, at der fremover fastsættes standarder for indholdet i en genoptræningsplan og tidsfrist på, hvornår træning skal tage sin begyndelse. Hertil oplyser ministeren for sundhed og forebyggelse at:

"Jeg er ikke enig i, at der er behov for at supplere de eksisterende standarder for de lovpligtige genoptræningsplaner med en lægefaglig vurdering af et eventuelt behov for fx taleundervisning og kognitiv træning. En genoptræningsplan er en besked til kommunen om, at en udskrevet patient har behov for genoptræning. Denne genoptræning har kommunen ansvaret for at levere, ligesom det er kommunernes ansvar at levere andre trænings- eller rehabiliteringsydelser, som patienten har behov for.

En genoptræningsplan indeholder ikke anvisning på indholdet af genoptræningen, men derimod en beskrivelse af patientens behov ved udskrivningen. Heri præciseres, hvilket funktionsevnetab, genoptræningen skal rettes imod. Herunder aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. Jeg mener ikke, at der herudover er behov for oplysninger fra sygehus til kommune. Herefter er det kommunen, som sammen med patienten aftaler målene med den samlede genoptræning.

For så vidt angår Jeres forslag om at fastsætte en frist for hvornår genoptræningen efter udskrivning fra sygehus skal være påbegyndt, skal jeg henlede opmærksomheden på, at regioner og kommuner allerede i dag er forpligtet til at aftale kommunens første kontakt til patienten med henblik på at tilrettelægge et relevant genoptræningsforløb.

Det er naturligvis centralt, at borgerne kan modtage genoptræning inden for et rimeligt tidsinterval efter udskrivning fra sygehus, så der sikres sammenhæng, faglig kvalitet og effektivitet i det enkelte patientforløb. Ventetidsopgørelser vil give et billede af, hvordan samarbejdet mellem sygehus og kommune fungerer. Samtidig vil en opgørelse af ventetider kunne understøtte patienters frie valg af almindelig ambulant genoptræning. Regeringen vil derfor i år se på muligheden for ventetidsopgørelser på genoptræningsområdet, og de centrale sundhedsmyndigheder er i gang med at afklare den praktiske og tekniske gennemførelse heraf. Jeg forventer, at den første måling af ventetid til genoptræning efter udskrivning fra sygehus vil kunne offentliggøres i 2009."

#### *Vedrørende forebyggende hjemmebesøg*

Endelig foreslår I, at kommunerne giver mennesker med hjerneskade et tilbud om et forebyggende besøg, svarende til de eksisterende forebyggende hjemmebesøg for ældre. Velfærdsministeriet har ingen planer om at indføre lovpligtige hjemmebesøg for andre grupper end ældre, men jeg vil gerne understrege, at der i nuværende lovgivningen intet er til hinder for, at kommunerne udvider forebyggende hjemmebesøg til at omfatte andre sårbare grupper som fx mennesker, der har fået en hjerneskade.

Med venlig hilsen



Karen Jespersen