

**Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse**

Dato: 24. juni 2008  
Kontor: Kommunal sundhed  
J.nr.: 2008-11033-140  
Sagsbeh.: BBM  
Fil-navn: Oversendelse. Talepapir. Spørgsmål Ø

**Oversendelse af talepapir ved samrådsspørgsmål Ø den 28. maj 2008**

Samrådsspørgsmål Ø:

”Ministeren bedes redegøre for, hvorledes han vil sikre, at borgere, der har fået en hjerneskade ved blodprop, hjerneblødning eller ulykke, opnår rettidig genoptræning -både fysisk optræning og kognitiv genoptræning”.

Svar:

Det er nu snart halvandet år siden, at den nye opgavefordeling på genoptræningsområdet trådte i kraft den 1. januar 2007. Halvandet år hvor KL, Danske Regioner og regeringen sammen har fulgt området tæt. For vi skal være helt sikre på, at vi udnytter potentialet med opgaveomlægningen bedst muligt. Det var som bekendt intentionen med opgaveomlægningen at lukke gråzoner mellem myndighederne på området og skabe mere sammenhængende træningsforløb for den enkelte patient. Resultaterne af de to arbejdsgrupper, der har gået genoptræningsområdet efter i sømmene, er lige på trapperne. Og de vil naturligvis blive sendt til sundhedsudvalget umiddelbart inden, at de bliver offentliggjort. Men lad mig i dag - i anledning af samrådet - løfte sløret for de centrale konklusioner.

Set 'up'et er på plads! Der er skabt en klar struktur og ansvarsfordeling, som også giver mulighed for lokal tilpasning for at sikre, at alle patienter kan få den behandling, de har behov for - uanset hvor i landet, de bor.

Al genoptræning uden for sygehuse er nu et kommunalt myndighedsansvar. Men det er en lægefaglig vurdering ved udskrivning fra sygehuset, om patienten har behov for genoptræning. Hvis det er tilfældet, så modtager patienten en genoptræningsplan, der fungerer som henvisning til ambulans genoptræning. Det er en kommunal opgave, når der er tale om almindelig genoptræning, og en regional opgave, når der er tale om specialiseret genoptræning. Så enkle er reglerne! Og igen er det en lægefaglig vurdering, om der er behov for specialiseret eller almindelig genoptræning. Men oftest vil genoptræning af hjerneskadede efter udskrivning fra sygehus være en kommunal opgave. Og det vil derfor også være kommunen, der har ansvaret for - og kompetencen til - at tilrettelægge det enkelte forløb ud fra en faglig og konkret vurdering af patientens individuelle behov.

De to rapporter – der snart kan offentliggøres - viser også, at vi været vidne til markante stigninger på området - både hvad angår genoptræningsplaner og ydelser. Tager vi ydelsesniveauet først, så kan vi se, at der er sket en aktivitetsstigning på 41 % det første år i den nye struktur. En stigning, der er skabt økonomisk grundlag for under økonomiforhandlingerne sidste år, hvor regeringen netop gav kommunerne mulighed for en betydelig styrkelse af indsatsen med en ekstra pose penge på 300 mio. kr.

På samme år kan vi måle en stigning i antallet af genoptræningsplaner på 141 %. Der er selvfølgelig mange grunde til, at stigningen i antallet af genoptræningsplaner afviger fra stigningen i antallet af ydelser. Det skal vi ikke nærmere ind på her. Men det kan I snart læse i rapporterne.

En genoptræningsplan skal sikre, at patienten oplever en god og smidig overgang mellem behandling og genoptræning - og den skal sikre, at patienten får et sammenhængende og effektivt træningsforløb.

Med reformen samlede vi altså myndighedsansvaret for *hele* træningsområdet hos én myndighed. Kommunen. Og det betyder, at kommunen har fået mulighed for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen i sammenhæng med kommunernes andre tilbud i et samlet og koordineret rehabiliteringsforløb. Fx i sammenhæng med et taleundervisningsforløb og kognitiv træning, når vi taler om træning af hjerneskadede patienter.

Og det er en klar gevinst for patienterne – måske især for de hjerneskadede patienter. For her er der ofte tale om komplicerede og langvarige forløb, der breder sig over mange forvaltningsområder. Samtidigt er der tale om en sårbar gruppe, som vi skal tage ekstra godt hånd om gennem trygge, tværfaglige og integrerede forløb.

En hjerneskadet patient skal derfor IKKE ind af den ene dør om tirsdagen til kognitiv træning og ud af den anden dør om onsdagen efter fysisk genoptræning. For patienten handler det jo netop ikke om to lovgivninger eller to ydelser. Nej, for patienten handler det derimod om én samlet indgang til ét samlet forløb. Det er jo lige netop det koordinerede forløb, der giver patienten en oplevelse af trykthed, faglighed og sammenhæng. Og det er det koordinerede forløb, der sikrer effektivitet og *rettidighed* i genoptræningen.

Lad mig her minde om, at både kommuner og regioner fra dag ét efter den nye opgavestruktur har været forpligtet til at udpege en kontaktperson med ansvar for koordination i forbindelse med patientens vej fra sygehus til genoptræning. Og kommunerne og regionerne er forpligtet til at indgå aftale om det seneste tidspunkt for kommunens første kontakt til de patienter, der henvises til genoptræning. Det er to redskaber, der skal bidrage til, at hver enkelt patient oplever en smidig og effektiv vej fra behandling til genoptræning.

Og lad mig også minde om, at vi på det mere overordnede plan har skabt rammerne for samarbejdet mellem regionerne og kommunerne. Med de obligatoriske sundhedskoordinationsudvalg og de obligatoriske sundhedsaftaler på træningsområdet - hvor hver region skal indgå aftale med hver enkelt kommune i regionen om træningsområdet - har vi skabt grundlaget for et tæt parløb.

Så set-up'et for mere sammenhængende og målrettede patientforløb er på plads. Men jeg er fuldt ud opmærksom på, at det på nogle områder kan og skal gøres endnu bedre. Det tror jeg også både Danske Regioner og KL vil give mig ret i. Der er behov for øget koordination og kommunikation på tværs af regioner og kommuner - og internt i de kommunale forvaltninger. Vi skal simpelthen løfte i flok.

Min pointe er, at der skal tænkes i integrerede forløb. Også blandt de forskellige sagsbehandlere internt i de kommunale forvaltninger. For rehabilitering af hjerneskadede rækker langt bredere ud end sundhedsområdet i snæver forstand. Det handler også om specialundervisningsområdet, hjemmeplejen, arbejdsmarkedsområdet, revalideringsområdet, handicapområdet osv.

Vi har redskaberne, men vi skal simpelthen udnytte dem bedre. Det lyder banalt, men løsningen ligger faktisk lige til højrebenedet. Det er i forhold til samarbejde, koordination og kommunikation, at vi skal opruste.

Det er også kernen i de anbefalinger, der snart er på gaden. Lad mig til jeres orientering blot nævne de anbefalinger, der direkte knytter sig til planlægningen af genoptræningsforløb:

- For det første skal kommuner og regioner blive bedre til at udnytte sundhedsaftalernes potentiale som styringsredskab for koordination og arbejdsdeling
- For det andet skal sundhedskoordinationsudvalgene følge mere intensivt op på

sundhedsaftalerne på genoptræningsområdet

- For det tredje skal der produceres oversigter over, hvilke genoptræningstilbud en kommune råder over - eller som kommunen køber hos andre kommuner, regioner eller private udbydere.

Al genoptræning er vigtig. Og alle patientgrupper er vigtige. Men de sen hjerneskadede patienter er en ekstra sårbar gruppe. Derfor vil jeg også bede Sundhedsstyrelsen om at være særlig opmærksom på denne patientgruppe, når 2. generation af sundhedsaftalerne kommer i hus til oktober.

Men når det nu er sagt, så lad mig også slå fast, at det er mit indtryk, at både regioner og kommuner allerede er godt i gang! Lad mig tage Region Midtjylland som et godt eksempel. Jeg ved, at sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland er ved at indgå aftale med alle kommuner i regionen om en kommunal hjerneskadekoordinator. Koordinatoren skal varetage en forløbskoordinerende funktion med løbende kontakt til de hjerneskadede, de pårørende og de ansvarlige forvaltningsenheder.

Samtidig har Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland også besluttet at etablere et hjerneskadesamråd for voksne og børn med repræsentanter fra både kommuner og regioner. Det sker netop for at sikre en så smidig og enkel sagsgang som overhovedet mulig. Jeg ved, at hjerneskadesamrådet får flere opgaver. Lad mig nævne 4 i overskriftsform:

- At fungere som sagkyndige på hjerneskadeområdet
- At udvikle samarbejde og kommunikation mellem forvaltninger og afdelinger
- At sætte fokus på kompetenceudvikling og videndeling blandt personalet - og
- At sikre øget information og støtte til pårørende til hjerneskadede.

Jeg mener, at eksemplet fra Region Midtjylland viser, at der lokalt arbejdes både ambitiøst og målrettet for at sikre de hjerneskadede patienter trygge, sammenhængende og fagligt velfunderede træningsforløb.

Det er også derfor - for at svare direkte på udvalgets spørgsmål - at regeringen i år vil se på muligheden for ventetidsopgørelser på genoptræningsområdet. Det vil I også kunne se i monitoreringsrapporten, som Sundhedsudvalget som sagt snart får i hænderne - men som Sundhedsudvalget jo af gode grunde ikke kendte til, da samrådsspørgsmålet blev stillet for godt to uger siden.

Men i dag kan jeg så oplyse, at de centrale sundhedsmyndigheder er i gang med at afklare, hvordan vi praktisk og teknisk kan opgøre ventetid til genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Ventetidsopgørelser vil også give et mere klart billede af, hvordan samarbejdet mellem sygehus og kommune fungerer.

Ministeriet forventer, at den første måling af ventetid til genoptræning efter udskrivning fra sygehus vil kunne offentliggøres i 2009. Disse første ventetidsmålninger vil højst sandsynligt være behæftet med usikkerhed. Men offentliggørelse af tallene vil være en vej frem til forbedring af datakvaliteten.

Og så vil jeg slutte af med at sige, at det mellem regeringen, KL og Danske Regioner er aftalt, at monitoreringen af genoptræningsområdet fortsætter i 2008. Her vil vi også drøfte monitoreringen af ventetider. Og så vil parterne sætte sig sammen i foråret 2009 for at drøfte resultaterne af de nye anbefalinger og initiativer, der meget snart offentliggøres i rapporten om incitamentsstrukturer og styringsmuligheder.