

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Sundhedsudvalget
Anledning:	Besvarelse af spørgsmål BB, BC og BD
Taletid:	(15 min.)
Tid og sted:	Onsdag d. 18. maj
Dok nr.:	

Tak for ordet.

Der har på det seneste været en del omtale af indsatsen på hjerneskadeområdet.

Sundhedsudvalget har bl.a. haft besøg af Hjerneskadeforeningen, Vejlefjord og

Center for Hjerneskade. Jeg er derfor også glad for, at jeg nu får lejlighed til nærmere at drøfte dette område med udvalget.

[Svar på spørgsmål BB om Vejlefjord og Center for Hjerneskade]

Der er ingen tvivl om, at Vejlefjord og Center for Hjerneskade besidder en værdifuld viden og ekspertise på neuro-rehabiliteringsområdet, som er afgørende at fastholde.

Jeg vil derfor også gerne understrege, at jeg er opmærksom på den bekymring, der for øjeblikket råder hos hjerneskaderamte, pårørende og i de faglige miljøer for, at centrenes specialistviden skal forsvinde.

Center for Hjerneskade og Vejlefjord har begge status som private specialsygehuse efter sundhedslovens § 79, stk. 2. De to sygehuse er sammen med de andre specialsygehuse efter denne bestemmelse omfattet af det frie sygehusvalg inden for en nærmere fastsat økonomisk ramme.

Regionsrådene - i dette tilfælde Region Hovedstaden og Region Midt – indgår driftsoverenskomst med de specialsygehuse, som er beliggende i regionen, om rammer for og betaling for ydelser inden for fritvalgsrammen. Behandling på specialsygehusene som led i frit valg forudsætter en lægelig henvisning – fx fra egen læge eller en sygehuslæge.

Den økonomiske ramme for Center for Hjerneskade er i 2011 8,3 mio. kr. og for Vejlefjord er rammen for 2011 på 14,8 mio. kr.

Denne ramme reguleres løbende i takt med den almindelige pris- og lønregulering. Det synes jeg er vigtigt at understrege. For fritvalgsrammen udgør et vigtigt grundlag for de to specialsygehusenes økonomi og dermed eksistens.

Regionerne kan – udover de ydelser, de betaler via fritvalgsrammen – efter sundhedslovens § 75, stk. 2, frit vælge at indgå aftaler med specialsygehusene om at benytte deres tilbud, som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver.

Den mulighed har kommunerne også. Kommunerne kan fx indgå leverandøraftaler om at specialsygehusene tilbyder almindelig ambulans genoptræning efter sundhedslovens § 140.

Kommunerne kan også aftale med specialsygehusene, at de fx tilbyder patientuddannelse som led i deres patientrettede forebyggelse.

Herudover kan kommunerne købe ydelser efter bestemmelser i serviceloven, lov om aktiv beskæftigelsesindsats og lov om specialundervisning for voksne.

Specialsygehusenes tilbud spænder således over opgaver, som regionerne har ansvaret for – og som kan finansieres over fritvalgsrammen eller via leverandøraftaler – til opgaver, som kommunerne har ansvaret for og kan indgå leverandøraftaler for.

Men det *er* kommunerne selv, der skal afgøre, hvordan de vil tilrettelægge en sammenhængende og effektiv rehabilitering til gavn for de hjerneskaderamte. Og at sikre at deres indsats hviler på et grundlag af viden og tilbud, der virker

Det forventes ikke, at alle kommuner oppebærer egne, specialiserede tilbud på alle områder. Kommunerne kan gøre brug af tværkommunale, regionale eller

private tilbud, og nogle kommuner har i den forbindelse gjort brug af hjerneskadetilbud på bl.a. Vejlefjord og Center for Hjerneskade.

Dette lokale ansvar for kommunalbestyrelsen til selv at tilrettelægge indsatsen ser jeg meget nødt, vi fraviger. Det er kommunerne, der har mulighed for at sikre en sammenhængende og effektiv rehabiliteringsindsats – sat sammen af de tilbud, der skal til indenfor deres egne forvaltningsområder med mulighed for at købe dele f.eks. fysisk genoptræning, taleundervisning eller andre ydelser hos en nabokommune, i sygehusregi eller hos private, herunder hos specialsygehuse som Vejlefjord og Center for Hjerneskade.

Men én ting er den kommunale tilrettelæggelse af indsatsen – en anden er, hvordan vi sikrer, at kvaliteten i den kommunale indsats er i orden. Og det er jo

bekymring for netop dette, de stillede samrådspørgsmål afspejler: hvordan sikrer vi os, at den kommunale rehabilitering bygger på specialistviden og ekspertise, og hvordan dokumenteres det, at den har effekt?

Med hensyn til, at indsatsen bør bygge på ekspertise og specialviden, så har jeg noteret mig, at KL bl.a. i et brev til Sundhedsudvalget udtrykker ønske om, at de specialiserede hjerneskadetilbud i højere grad kommer ud og fungerer som konsulent eller rådgiver og indgår i kommunernes indsatser.

Det ligger i god tråd med Hjernesagens overvejelser om, at bl.a. Center for Hjerneskade og Vejlefjord kan have en central position som leverandører af forskningsbaseret undervisning og uddannelse af kommunalt og regionalt

personale. Og at det på denne måde sikres, at uundværlig specialviden formidles til gavn for de hjerneskaderamte og deres pårørende.

Det er gode og pragmatiske forslag til, hvordan hjerneskadeområdet udvikles fremadrettet. Jeg har derfor allerede opfordret Hjernesagen til at gå i dialog med KL om, hvordan kommunerne mest hensigtsmæssigt kan gøre brug af den værdifulde viden og ekspertise, som findes hos de specialiserede tilbud.

[Svar på spørgsmål BC om dokumentation af rehabiliteringsindsatsen]

Regeringen prioriterer udviklingen af kvaliteten i det danske sundhedsvæsen meget højt.

Det er vigtigt, at alle i sundhedsvæsenet – også i det kommunale sundhedsvæsen - kontinuerligt arbejder for at skabe bedre kvalitet i behandlingen og løbende gør en indsats for at lære af de fejl og utilsigtede hændelser, der forekommer.

Generelt har kommunalreformen bragt mere fokus på kommunernes rolle som myndighed med ansvar for at levere sundhedsfaglige ydelser. Og har bragt mere fokus i kommunerne og fra centralt hold på de ordninger og mekanismer, der skal sikre kvalitet i kommunernes løsning af sundhedsopgaver som f.eks. genoptræning.

Først og fremmest er også de kommunale sundhedspersoner som fx sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter underlagt sundhedslovens krav om journalføringspligt og autorisationslovens

krav om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres virksomhed. Det er de helt grundlæggende krav til kvalitet i al sundhedspersonalets virke – at de lever op til det, er undergivet Sundhedsstyrelsens og embedslægernes tilsyn.

Men også mere konkrete ordninger skal sikre kvalitet:

I 2009 vedtog Folketinget en udvidelse af patientsikkerhedsordningen, så den nu også bl.a. omfatter praksissektoren og den kommunale sundhedssektor. Og, Fra september 2011 vil patienter og pårørende få adgang til at rapportere fejl og utilsigtede hændelser, som de har oplevet i hele sundhedsvæsenet.

Med udvidelsen blev det sikret, at der sker en systematisk læring dels af utilsigtede hændelser, der sker inden for hver af sundhedsvæsenets sektorer, dels

af utilsigtede hændelser, der sker i overgangen mellem sektorer, fx ved udskrivning fra sygehus til behandling i kommunalt regi.

Patientombuddet varetager den centrale administration af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser. Det er således Patientombuddets læringsenhed, der på nationalt niveau modtager og gennemgår de rapporterede hændelser og formidler viden herfra tilbage til sundhedsvæsenet, så man kan undgå lignende hændelser i fremtiden.

Også VISO - som er en national videns- og specialrådgivningsorganisation, etableret som en del af Servicestyrelsen i forbindelse med kommunalreformen - har betydning for kvalitet på hjerneskadeområdet. VISO tilbyder såvel borgere som kommuner gratis rådgivning i særligt vanskelige enkeltsager.

Og VISO tilbyder også gratis specialrådgivning i såkaldte ”emnesager”, hvor en kommune eller et tilbud har brug for rådgivning i forhold til en afgrænset gruppe af borgere med henblik på at kunne kvalificere sin indsats.

I 2010 havde VISO 225 henvendelser vedrørende erhvervet hjerneskade.

Og endelig vil jeg fremhæve Den Danske Kvalitetsmodel. KL og en række forsøgskommuner har sammen med IKAS (Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet) udviklet denne kvalitetsmodel for det kommunale område.

Her har kommunerne selv gået aktivt ind i at udvikle en første version af kvalitetsmodellen for det kommunale område, som indeholder 52 akkrediteringsstandarder – opdelt i en række generelle standarder og en række specifikke standarder.

De generelle standarder handler om aktiviteter og processer, der har generel betydning for gode forløb – fra f.eks. den hjerneskaderamte borger modtages fra sygehus til kommunen afslutter behandling af denne.

De specifikke standarder vedrører afgrænsede sygdomsrelaterede aktiviteter og indeholder bl.a. en standard for genoptræning (foreligger i foråret 2011) og for rehabilitering.

Alt i alt er kommunernes indsats på sundhedsområdet underlagt de samme krav og forventninger om kvalitet, sikkerhed og dokumentation, som regionerne. Og kommunernes frivillige tilslutning til IKAS viser, at de tager kvalitetssikringen alvorligt.

[Svar på spørgsmål BD om tilbud til hjerneskaderamte]

Dét, der ligger mig på sinde, er at sikre hjerneskaderamte den bedste rehabilitering – uanset om det så sker gennem tilbud, som kommunen selv driver, eller om de har købt ydelser på et specialcenter.

Jeg vil derfor også gerne understrege, at det forhold, at kommunalbestyrelserne i nogle kommuner vælger at købe færre ydelser hos bestemte specialiserede hjerneskadetilbud ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at servicen for borgeren forringes, eller at der sker en afspecialisering på området generelt. Det afhænger helt af, hvad kommunerne sætter i stedet.

Jeg har noteret mig, at de regionale udviklingsråd i 2010 konkluderede, at flere kommuner havde fokus på tilbud til personer med hjerneskade, og at der er planer om oprettelse af nye rådgivningstilbud.

Jeg har også noteret mig, at KL bl.a. over for Sundhedsudvalget har understreget, at mange af landets kommuner arbejder målrettet med at sikre gode tilbud til hjerneskaderamte.

Så igen: Det afgørende er ikke, hvor opgaven løses – men om den bliver løst godt nok. Og hér har KL – som er talerør for kommunerne, der jo har ansvaret for at tilbyde hjerneskaderamte den nødvendige rehabilitering – forsikret os om, at det er et prioriteret område.

Sundhedsstyrelsen offentliggør i næste måned tre forløbsprogrammer for mennesker med erhvervet hjerneskade og tilgrænsende lidelser samt apopleksi. De tre forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for hjerneskaderamte omfattet af forløbsprogrammerne.

Forløbsprogrammerne giver også en beskrivelse af opgavefordelingen mellem sygehus, almen praksis og kommuner og beskriver den nødvendige kommunikation og koordinering mellem de tre parter.

Det er min klare forventning, at de tre forløbsprogrammer vil bidrage til at styrke fokus på hjerneskaderehabiliteringen både i sygehusvæsenet og i den primære sektor – altså i kommunerne - yderligere. Og dermed sikre en bedre udnyttelse af rehabiliteringspotentialet hos de hjerneskaderamte borgere til gavn for den enkelte, familien og samfundsøkonomien.

Mit ministerium vil i den nærmeste fremtid varsle alle landets kommuner om, at ministeriet i næste måned samtidig med offentliggørelse af de tre forløbsprogrammer vil indkalde ansøgninger til udmøntning af puljen på dette

års finanslov på 150 mio. kr. til løft af indsatsen på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet for patienter, som efter en hjerneskade har været igennem lange og alvorlige sygdomsforløb.

Den konkrete udmøntning af puljen er aftalt mellem regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne.

Jeg kan allerede nu løfte sløret for, at midlerne skal fordeles til kommunerne i en ansøgningspulje til lokal udmøntning af de tre forløbsprogrammer for mennesker med traumatisk hjerneskade og tilgrænsende lidelser samt apopleksi, som Sundhedsstyrelsen offentliggør parallelt hermed.

Der vil i forbindelse med udmøntning af puljen bl.a. blive lagt særlig vægt på, at kommunerne i deres ansøgning redegør for, hvordan de som led i deres løft af

indsatsen på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet vil trække på de særlige hjerneskadetilbuds specialviden, men også, hvordan de vil samarbejde med regionerne om gode og sammenhængende rehabiliteringsforløb.

Jeg forventer således, at puljen kan virke som en løftestang til et godt og udbytterigt samarbejde mellem kommunerne og de specialiserede hjerneskadetilbud, herunder også Center for Hjerneskade og Vejlefjord.

Og at kommunerne med disse midler styrker indsatsen på hjerneskadeområdet bl.a. ved, at de specialiserede hjerneskadetilbud – mod betaling selvfølgelig – kan dele ud af deres viden og ekspertise.

Tak for ordet!

