



Indenrigs- og sundhedsministeren

Svend-Erik Andreasen
Direktør f. Hjerneskadeforeningen

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M im@im.dk
W www.im.dk

København, den
Sags nr.: 1105907
Dok. nr.: 549816

Kære Svend-Erik Andreasen

Tak for dine henvendelser af 6. april og 19. maj 2011 og for kronikken fra Ugeskrift for Læger: "Hjerneskaderehabilitering i primærsektoren – en døende disciplin".

I kronikken, som bl.a. er forfattet af dr. med. Aase Engberg, kritiseres Sundhedsstyrelsens MTV om hjerneskaderehabilitering fra januar i år for hovedsageligt at beskæftige sig med det, der er lettest at undersøge og derfor bedst undersøgt, nemlig de fysiske følger af en hjerneskade, mens den holistiske-neuropsykologiske genoptræning if. forfatterne, i mindre grad berøres.

Herudover udtrykkes der i kronikken bekymring for, at den store viden og knowhow i de specialiserede hjerneskadetilbud skal forsvinde, hvis kommunerne hjemtager hjerneskaderamte og dermed i mindre grad end tidligere gør brug af tilbuddene.

Jeg har noteret mig, at Sundhedsstyrelsen i Ugeskrift for Læger har kommenteret på nogle af de forhold, som Aase Engberg m.fl. rejser i sin kronik.

Sundhedsstyrelsen skriver bl.a., at Sundhedsstyrelsen har "haft den overordnede interesse at tilvejebringe den nyeste viden som baggrund for planlægning og sikring af kvalitet på området".

Sundhedsstyrelsen skriver i den forbindelse også, at "MTV'en indeholder en omfattende gennemgang af evidens for effekt af interventioner rettet mod rehabilitering af såvel fysiske som kognitive, sociale, emotionelle og sproglige symptomer. I MTV'en gøres der opmærksom på det faktum, at dokumentationen for effekten af motorisk rehabilitering og for sygehusbaseret, tværfaglig rehabilitering pt. er bedre end dokumentationen for effekt af indsatser over for kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige symptomer".

Jeg kan tilføje, at 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 specialiseret hjerneskadetilbud.

Jeg vil 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. Det afhænger helt af, hvad kommunerne sætter i stedet.

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, at det er et prioriteret område.

Sundhedsstyrelsen er på trapperne med forløbsprogrammer for mennesker med erhvervet hjerneskade og tilgrænsende lidelser samt apopleksi, som beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for hjerneskaderamte omfattet af forløbsprogrammerne.

Det er min klare forventning, at forløbsprogrammerne 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 rehabiliteringspotentialer hos de hjerneskaderamte borgere til gavn for den enkelte, familien og samfundsøkonomien.

Ultimo august 2011 er der ansøgningsfrist for kommunale ansøgninger til 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. Der vil ved vurdering af ansøgningerne bl.a. blive lagt særligt 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.

Jeg mener denne udmøntningsmodel både vil styrke kommunerne i deres faglighed på hjerneskadeområdet samtidig med, at de særlige hjerneskadetilbuds specialviden fastholdes. Det er samtidig en model, som tager højde for, at der må være forskel på, hvordan kommunerne griber området an.

Herudover styrker regeringen, Dansk Folkeparti og Pia Christmas-Møller som led i den nye aftale om sundhed indsatsen for hjerneskaderamte yderligere med 100 mio. kr. til hurtigere genoptræning og rehabilitering til unge med hjerneskade og med 50 mio. kr. til et nyt center for hjerneskade på Glostrup Hospital.

Endelig er der med satspuljeaftalen for 2010 på det sociale område afsat 60 mio. kr. til at videreudvikle en klubhusmodel for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade.

Så alt i alt synes jeg, neurorehabiliteringsområdet har fået den nødvendige prioritering – og næppe kan være ”døende”. Der vil over de næste år blive udmøntet 360 mio. kr. til indsatsen over for hjerneskaderamte, forløbsprogrammer vil hjælpe til lokalt at binde indsatserne mellem sektorerne og internt i de kommunale forvaltninger yderligere sammen, og KL har forsikret, at neurorehabilitering er et prioriteret område i kommunerne.

Jeg skal afslutningsvis beklage, at jeg, som du har foreslået i din henvendelse af 6. april, grundet en presset kalender ikke har mulighed for et møde.

Med venlig hilsen

Bertel Haarder