

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg
Anledning:	Samrådsspørgsmål AU, AV, AW, AX, AZ og AÆ
Taletid:	25 min.
Tid og sted:	d. 20. september 2012 kl. 07.00-09.00
Dok nr.:	

Tak for ordet.

Der har på det seneste været en del omtale i pressen af indsatsen på hjerneskadeområdet. Jeg er derfor også glad for, at jeg nu sammen med social- og integrationsministeren får lejlighed til nærmere at drøfte dette område med udvalget. For vi er naturligvis optaget af at sikre den bedste indsats for nogle af de borgere, som er mest udsatte, hvis ikke indsatsen er god og hænger sammen.

Og dagens drøftelse vil bidrage til vores stillingtagen til behovet for at styrke området. En stillingtagen som derudover afventer den evaluering af kommunalreformen, vi har sat i gang, og som vi har klar i foråret 2013.

Som en naturlig konsekvens af samrådsspørgsmålenes rækkefølge har jeg aftalt med social- og integrationsministeren, at jeg besvarer de spørgsmål, der er stillet til mig, først.

[Svar på spørgsmål AU om ministeren vil sikre, at den aftale om ”en styrket indsats på apopleksi området”, som blev indgået af den forrige regering og Dansk Folkeparti i 2009, bliver implementeret]

Den foregående regering og Dansk Folkeparti indgik i marts 2009 en aftale om en styrket indsats på apopleksiområdet. Aftalen indebar 5 initiativer.

Aftalen indebar for det første, at der skulle udarbejdes et **forløbsprogram** for mennesker med apopleksi. Her har Sundhedsstyrelsen i juni sidste år offentliggjort to forløbsprogrammer for personer med erhvervet hjerneskade.

Aftalen indebar for det andet, at regionerne skulle uddanne **neurologisk personale**, der kan varetage ultralydsundersøgelser af patienter med apopleksi.

Jeg har indhentet en status fra landets regioner. De oplyser, at de alle har

personale, der er uddannet til at varetage opgaven med ultralydsundersøgelser af patienter efter fx apopleksi.

Aftalen indebar for det tredje, at regionerne skulle gennemføre **nationale retningslinjer** fra Dansk Neurologisk Selskab. Hér har regionerne oplyst, at de alle bruger de nationale retningslinjer fra Dansk Neurologisk Selskab.

Aftalen indebar for det fjerde, at det skulle undersøges, om kommunernes **økonomiske incitament** er stærke nok i forhold til at levere en effektiv forebyggelses- og rehabiliteringsindsats. Hér er der nedsat et udvalg, der skal kulegrave de økonomiske incitament i sundhedsvæsenet. Udvalget forventes at fremlægge sine resultater i foråret 2013.

Aftalen indebar for det femte, at der skulle gennemføres **informationsindsatser** om hjertekarsygdom og akut apopleksi. Ministeriet overvejer mulighederne og behovet for at gennemføre informationsindsatser. Jeg kan i den forbindelse oplyse, at bl.a. Region Sjælland kører en stor oplysningsindsats om blodprop eller blødning i hjernen.

[Svar på spørgsmål AV om, hvordan ministeren vil sikre, at Danmark ikke mister al den ekspertise, der er på vores specialsygehuse som Vejlefyord og Center for Hjerneskade m.v., fordi kommunerne ikke gør brug af deres specialviden?]

Der er ingen tvivl om, at specialsygehuse som Vejlefjord og Center for Hjerneskade har en værdifuld viden og ekspertise på indenfor hjerneskade-rehabilitering, som det er afgørende at fastholde.

Center for Hjerneskade og Vejlefjord har begge status som specialsygehuse efter sundhedsloven. De to sygehuse er sammen med de andre specialsygehuse omfattet af patientens frie sygehusvalg. Inden for en nærmere fastsat økonomisk ramme og på baggrund af en lægelig henvisning.

Den økonomiske ramme for Center for Hjerneskade er i 2012 8,5 mio. kr. og for Vejlefjord er rammen for 2012 på 15,1 mio. kr.

Det synes jeg er vigtigt at understrege. For dermed er disse centre som udgangspunkt sikret økonomi og eksistens og dermed mulighed for at fastholde ekspertise.

Regionerne kan indgå aftaler udover fritvalgsrammen med de to specialsygehuse om levering af ydelser, som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver.

Den mulighed har kommunerne også. Kommunerne kan fx aftale med specialsygehusene, at de skal tilbyde tværfaglige rehabiliteringsforløb til personer med komplekse erhvervede hjerneskader.

[Udvikling af hjerneskadecentrenes tilbud]

Jeg ved, at hjerneskadecentrene giver udtryk for, at kommunerne gør mindre brug af tilbuddene, end de tidligere har gjort. Og dermed har centrenes indtjening på levering af ydelser til kommunerne ikke svaret til det, centrene havde regnet med.

Samtidig ved jeg også, at nogle af landets andre hjerneskadecentre – som ikke er specialsygehuse og som ikke har finansiering fra en fast ramme – har omlagt deres ydelser til mere målrettede individuelle forløb. Og at kommunerne efterspørger deres ydelser.

Ansvar for en sammenhængende og effektiv rehabilitering, når borgeren er udskrevet fra sygehus *er* kommunernes. Den rehabilitering skal de – særligt for

mennesker med hjerneskade og et komplekst behov – sikre sker på et grundlag af viden og ekspertise.

Som nævnt har Center for Hjerneskade og Vejlefjord både viden og ekspertise, som de bruger i løsningen af deres opgaver som specialsygehuse, og som kommunerne kan bruge.

Derfor har vi også i starten af året udmøntet 150 mio. kr. til kommunerne til bl.a. samarbejde med de to specialsygehuse og andre hjerneskadetilbud om faglig opkvalificering af kommunale medarbejdere på hjerneskadeområdet.

[Svar på spørgsmål AW om, hvordan ministeren vil sikre, at der fortsat sker indsamling af viden og udvikling af nye rehabiliteringsmetoder, hvis

der ikke længere findes hjerneskadecentre med højt kvalificeret tværfaglig ekspertise]

De historier, som bl.a. Politiken på det seneste har beskrevet om hjerneskaderamte, som ikke får de fornødne tilbud fra kommunerne, tyder på,

- At kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivning ikke altid fungerer
- At kommunikation internt i kommunerne heller ikke altid fungerer.
- At kommunerne gør mindre brug af hjerneskadecentrene.

[Hjerneskadecentrene]

Jeg vil gerne dvæle lidt ved hjerneskadecentrene. For de er organiseret på ganske forskellig vis.

Som nævnt er der to centre, der er specialsygehuse efter sundhedsloven.

Så er der to hjerneskadecentre drevet af beliggenhedskommuner. Disse hjerneskadecentre ligger i Århus og Odense, og bliver brugt af de to kommuners egne borgere. Andre kommuner kan også købe sig ind på tilbuddene. Men de gør det ikke altid, som flere historier i Politikken har berettet om.

Herudover er der BOMI i Roskilde. BOMI er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Roskilde Kommune.

Endelig driver Region Nordjylland Hjerneskadecentret i Aalborg efter aftale med kommunerne i området.

Tilbuddene er altså organiseret forskelligt og leverer tilbud til kommunerne efter forskellig lovgivning.

Jeg forventer selvfølgelig, at kommunerne sikrer den rette faglighed i deres indsats – særligt når det gælder indsatsen for mennesker med komplekse rehabiliteringsbehov.

Og jeg forventer også – og det gentager jeg gerne – at kommunerne i nødvendigt omfang samarbejder med de særlige hjerneskadecentre om fx ”ud af huset” ydelser for personer med mere komplekse funktionsnedsættelser efter en hjerneskade.

Det er i tråd med anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer fra sidste år. For samtlige landets 98 kommuner kan simpelthen ikke ligge inde med den specialiserede viden, der skal til i særligt komplekse sager.

Når det er sagt, skal hjerneskadecentrene også blive bedre til at tilpasse sig kommunernes behov. For det er jo det, der vil sikre en fortsat efterspørgsel efter tilbuddene.

Jeg vil hér gerne slå et slag for det ”satellit”-samarbejde et af hjerneskadecentrene – BOMI - har indgået med en række sjællandske kommuner. Hér rådgiver BOMIs medarbejdere de kommunale medarbejdere. Så kompetencerne styrkes og rehabiliteringen sker i borgerens nærmiljø. Det ved man har betydning for resultatet.

Denne model har gjort, at BOMI ansætter flere folk – fordi kommunerne efterspørger centrets ydelser, deres viden og metoder. Og er et godt eksempel på, at nye rehabiliteringsmetoder kan udvikles i et samarbejde mellem specialtilbud og kommune.

[Indsamling af faglig viden]

Der er med finansloven for 2012 afsat 20 mio. kr. årligt frem til 2015 til nationale kliniske retningslinjer. Retningslinjerne kan bl.a. have fokus på hensigtsmæssige patientforløb på tværs af sektorer, specialer og faggrupper.

Herudover offentliggør Sundhedsstyrelsen i 2013 og 2014 en lille håndfuld kliniske retningslinjer på hjerneskadeområdet.

Så der vil komme retningslinjer, som vil styrke kommunernes i udviklingen af deres faglighed.

Men udarbejdelsen af gode, opdaterede faglige retningslinjer er selvfølgelig afhængig af den viden og evidens, der hele tiden skal skabes her i landet og i udlandet. Så også ud fra dén vinkel, er det vigtigt at bibeholde de faglige miljøer.

[Svar på spørgsmål AX om, hvordan ministeren vil sikre, at mennesker der er ramt af alvorlig hjerneskade, fx efter apopleksi, i fremtiden sikres en højt kvalificeret tværfaglig og helhedsorienteret indsats]

Jeg vil gerne understrege, at rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskade er vigtig, men også i nogle tilfælde er kompliceret. Fordi den

hjerneskaderamte typisk har funktionstab på flere områder – udover tabet af fysiske funktioner. Personer med hjerneskade vil have behov for en bred og tværfaglig rehabiliterende indsats, hvor genoptræning efter sundhedsloven er ét blandt flere tiltag.

Et menneske kan efter en apopleksi have behov for genoptræning af sin højre arme. En anden kan efter en apopleksi have behov for en bredere rehabilitering, fordi funktionsnedsættelserne er flere og mere komplekse, end det rent fysiske. F.eks. talevanskeligheder, vanskeligheder med koncentration og indlæring. Behov for boligændringer og hjælpemidler osv.

En veltilrettelagt og effektiv indsats i de mere komplekse rehabiliteringsforløb kræver en grundig og tværfaglig udredning, så indsatserne matcher behovet.

For de patienter, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, er det vigtigt, at planen præcist beskriver genoptræningsbehovet.

Når kommunen så modtager borgeren med genoptræningsplanen, har de et godt fagligt udgangspunkt for at sikre en god genoptræning. Og når kommunen modtager en borger med en genoptræningsplan, er det jo også oplagt at man i kommunen tænker i den brede rehabilitering, som de jo har det samlede ansvar for. Altså får vendt hver en faglig sten – og får tilstrækkeligt udredt, hvilke behov borgeren har – udover dem der fremgår af en genoptræningsplan fra sygehuset.

Indsatsen skal være rettidig, så patienten kan komme i gang uden for lang ventetid; og den skal være sammenhængende og koordineret, så patienten i en i

forvejen svær situation ikke skal bruge værdifulde ressourcer på at rende zigzag mellem forskellige sagsbehandlere.

Det lyder svært – og er svært. Men det var det altså også før kommunalreformen og samlingen af ansvaret i kommunen. Det tror jeg, vi glemmer lidt.

Når det er sagt, vil jeg understrege, at kommunerne ikke har nogen undskyldning for ikke at høste de fordele, det giver, at ansvaret for rehabilitering er samlet hos dem. Der *skal* være koordination, sammenhæng og tværfaglighed i indsatsen.

Jeg er glad for, at KL's formand, som jeg mødtes med for et par uger siden om netop hjerneskadeområdet, har gjort det meget klart, at kommunernes indsats på

dette område *skal* styrkes. Og KL har nu offentliggjort et udspil på hjerneskadeområdet.

[Indsatser fra centralt hold]

Et oplæg fra KL er velkomment, og det vil vi se som et bidrag til den evaluering af kommunalreformen, regeringen har i gang. Her er organiseringen af den specialiserede indsats et særligt fokusområde. Og hjerneskadeområdet har regeringens særlige bevågenhed i dette arbejde. For vi er også optaget af, hvordan vi fremover sikrer en organisering, der støtter kvalitet i indsatsen over for borgere og patienter, også de hjerneskadede.

Der *er* imidlertid allerede sket en del fra centralt hold, der kan bidrage til at sikre kvaliteten i indsatsen på hjerneskadeområdet:

- Med Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer har vi fået et solidt fagligt redskab til at planlægge indsatsen efter.
- Næsten samtlige landets kommuner har iværksat forløbsprograminitiativer med midler fra 150 mio. kr. puljen. Midlerne går til forløbskoordination og samarbejde med de særlige tilbud om faglig opkvalificering og supervision af den kommunale indsats.
- En række kommuner har indgået tværkommunale samarbejder om indsatsen over for mennesker med erhvervet hjerneskade
Fx samarbejder fem kommuner i det sydsjællandske for at sikre bedre mulighed for en koordineret udvikling af flere tilbud på avanceret niveau

(Lolland, Guldborgsund, Faxe, Næstved og Vordingborg kommuner). Og samtlige kommuner i Region Midtjylland samarbejder om fælles kompetenceudvikling på hjerneskadeområdet.

- Mit ministerium vil snart udmønte midler til regionerne til ministeriets pulje på 100 mio. kr. til en styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskade Midlerne skal gå til opfølgning og udredning af senskader blandt unge i alderen 15-30 år.
- Og som nævnt offentliggør Sundhedsstyrelsen i 2013 og 2014 faglige retningslinjer for indsatsen over for mennesker med erhvervet hjerneskade.

Svar på spørgsmål AZ om, hvordan ministeren vil sikre, at kommunerne følger den lægelige ekspertises anbefalinger om specialiseret genoptræning?]

Jeg vil gerne præcisere, at begrebet ”specialiseret ambulans genoptræning” iflg. sundhedslovens bestemmelser om genoptræningsplaner er en sundhedsfaglig ydelse, som skal leveres af det regionale sygehusvæsen,

- når patienten har behov for genoptræning, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt koordineret samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.

- når der af hensyn til patientens sikkerhed skal være adgang til bistand fra sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Kommunerne kan ikke tilsidesætte den lægefaglige vurdering af, om patienten har behov for specialiseret ambulans genoptræning i sygehusregi. Den vurdering fremgår af patientens genoptræningsplan.

Kommunen kan heller ikke bestemme, hvilken form for specialiseret ambulans genoptræning patienten skal tilbydes. Det er sygehuset, der afgør metode, omfang og karakter af den genoptræningsindsats, der skal tilbydes den enkelte patient.

[Almen ambulans genoptræning]

Derimod foregår genoptræningen i kommunen, når patienten udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, der henviser til almen, ambulat genoptræning.

Genoptræningsplanen kan ikke ”dosere” metode, omfang og karakter af den genoptræningsindsats, der skal ydes til den enkelte patient efter udskrivning fra sygehus. Det er kommunen selv, der afgør det.

Men jeg vil selvfølgelig anbefale, at kommunen er lydhør over for sygehusets vurdering af patientens genoptræningsbehov. For det gavner jo ingen, at informationer går tabt eller bliver overhørt i overgangen mellem sygehus og kommune.

[Svar på spørgsmål AÆ om, hvad ministeren konkret vil gøre for at sikre tilstrækkelige økonomiske rammer på det specialiserede område for rehabilitering af hjerneskadede]

Jeg tror ikke, at det nødvendigvis er flere midler, der er behov for, når indsatsen for personer med erhvervet hjerneskade skal være bedre.

Det handler måske mere om, at personale på sygehuse og i kommuner bliver bedre til at udrede personens samlede funktionsnedsættelse, så der bliver et anvendeligt billede af, hvor der skal sætte ind, og så de rette fagligheder sættes i spil – i første forsøg.

Rehabiliteringen starter på sygehuset som led i behandlingen og fortsætter i kommunen. Det er derfor vigtigt, at mennesker med et behov for genoptræning

får en tilstrækkelig præcis og dækkende genoptræningsplan ved udskrivning fra sygehus.

Og kommunerne skal blive bedre til at

- udrede behovet og tilrettelægge indsatsen på tværs af indsatsområder – særligt i de tilfælde, hvor de står over for en person med en kompleks hjerneskade.
- Samarbejde *i* kommunen, med *andre* kommuner og med ekspertise i *centre*.

For en stor del af personer med en hjerneskade er et kommunalt tilbud fint til at imødekomme deres genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

Men for en mindre gruppe med komplekse hjernesker skal kommunernes indsats trække på de særlige hjerneskedetilbud viden og ekspertise.

Hér nytter det altså ikke at gå på kompromis med kvaliteten. For vi ved jo godt, at vi med den rette faglige indsats kan nå rigtig langt for at få den hjerneskedede tilbage til et liv med kvalitet og indhold.

Og hér har kommunerne altså – i og med det samlede ansvar for rehabilitering er kommunalt – alle mulighederne for at tænke relevante indsatser sammen, så borgeren får et godt tilbud. Og – ud over at det skal ske af hensyn til borgeren – så kan det også betale sig for kommunen. Det kan betale sig at rehabilitere borgere, så de bliver så selvhjulpne, som overhovedet muligt.

Så det handler mindre om økonomi og mere om, hvordan kommunerne organiserer og tilretter indsatsen for borgere med hjerneskade.

Det blev et lang svar – men det var også mange spørgsmål på et kompliceret område.