

Folketingets Kommunaludvalg

Sagsnr.  
2013-08337

Folketingets Kommunaludvalg har d.12. juni 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 127(alm. del) til økonomi- og indenrigsministeren, som hermed besvares.

Doknr.  
117912

**Spørgsmålnr. 127:**

Dato  
03-07-2013

"Ministeren bedes kommentere henvendelsen fra Hjernesagen vedr. regeringens udspil vedr. evaluering af kommunalreformen, jf. KOU alm. del - bilag 118."

**Svar:**

Organiseringen af indsatsen over for borgere ramt af en hjerneskade hører under dels Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og dels Social- og Integrationsministeriet. I anledning af spørgsmålet har de to ministerier afgivet følgende bidrag:

*"Udvikling af et stratificeringsværktøj*

Det fremgår af regeringsudspillet "Bedre kvalitet og samarbejde - Opfølgning på evaluering af kommunalreformen", at regeringen vil udvikle et stratificeringsredskab, som skal danne grundlag for en målretning af genoptrænings- og rehabiliteringstilbuddene i forhold til borgerens behov.

Vi er opmærksomme på, at der til dette initiativ, der kan bruges som lokalt planlægningsgrundlag for differentierede rehabiliteringstilbud, er mange forventninger fra mange sider. Det er ikke et enkelt arbejde, der forestår med at udvikle et stratificeringsværktøj, men der foreligger på nuværende tidspunkt flere erfaringer og metoder samt principper fra specialeplanlægningssammenhæng, forløbsprogrammer, MTV mv., der kan danne grundlag for det videre arbejde med at udvikle værktøjerne.

Den nærmere proces og afgrænsning for udviklingsarbejdet afklares efter sommerferien. Som udgangspunkt skal stratificeringsredskabet udvikles af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KL og Danske Regioner og med inddragelse af relevant faglig ekspertise.

*Sundhedsfaglige kvalitetskriterier*

Hjernesagen skriver, at mange kommuner udnævner tilbud til at være 'hjerneskadetilbud', uden at der stilles krav til, at tilbuddet rummer neurofaglig viden og en tværfaglig indsats.

Regeringen ønsker at udarbejde fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede genoptrænings- og rehabiliteringsindsats for mennesker med meget omfattende og komplekse rehabiliteringsbehov.

Disse kvalitetskriterier skal netop imødekomme udfordringerne i forhold til at sikre, at de rette faglige kompetencer er til stede på de institutioner, der varetager rehabiliteringsindsatsen for borgere med meget komplekse behov. Med udgangspunkt i kvalitetskriterierne gennemføres en faglig planlægning af tilbudsstrukturen på hjerneska-



deområdet, der fastlægger et hensigtsmæssigt antal af specialiserede hjerneskadetilbud i hver region. Hermed sikres en øget faglig bæredygtighed og gennemsigtighed i tilbuddene, så alle kommuner har de fagligt nødvendige tilbud til rådighed og det nødvendige overblik over tilbuddene, så de ved, hvor de skal sende borgerne hen, når de modtager dem fra sygehusene.

Planlægningen gennemføres i regi af den nye nationale koordinationsstruktur på socialområdet jf. nedenfor.

#### *En national koordinationsstruktur*

Det har været et fokus for evalueringen af kommunalreformen, at højt specialiseret viden bevares og videreudvikles. Derfor vil regeringen sikre en faglig planlægning af den højt specialiserede indsats i regi af en ny national koordinationsstruktur. Det betyder, at staten får en styrket rolle i forhold til at understøtte og koordinere den højt specialiserede indsats og sikre vidensudvikling på det sociale område. Målet er, at kommunerne har adgang til de fornødne højt specialiserede tilbud og kompetencer – og at tilbuddene udvikles dynamisk i takt med, at behovene ændrer sig.

Det bemærkes, at den nationale koordinationsstruktur omfatter tilbud på det sociale område – ikke tilbud efter sundhedslovgivningen som for eksempel sygehusydelse på specialsygehuse.

Koordinationsstrukturen indebærer, at Socialstyrelsen får kompetence til at udmelde målgrupper og/eller særlige indsatser, hvor det vurderes, at der er behov for øget koordination eller planlægning mellem kommunerne for at sikre og videreudvikle den højt specialiserede viden og indsats. I kombination med faglige forløbsbeskrivelser giver den nationale koordinationsstruktur Socialstyrelsen et styrket grundlag for dialogen med kommunerne om den specialiserede indsats.

For hver region skal kommunerne afrapportere i fællesskab til Socialstyrelsen, hvordan de vil tilrettelægge og organisere indsatsen på de centralt udmeldte områder.

Socialstyrelsens behandling af afrapporteringerne skal ske i en dialog med kommunerne om deres løsningsforslag. Hvis denne dialog med kommunerne om afrapporteringer til Socialstyrelsen ikke er tilstrækkelig, får Socialstyrelsen mulighed for at pålægge kommunerne at foretage en fornyet behandling af afrapporteringen for det konkrete fokusområde.

Desuden kan Socialstyrelsen undtagelsesvist pålægge en kommune eller en region et driftsansvar og dermed fastlægge en tilbudsstruktur på området:

- Hvis Socialstyrelsen identificerer et behov for en særlig indsats, der ikke bliver løftet, og der derfor er behov for at oprette et nyt tilbud.
- Hvor et konkret tilbud, som løfter en helt særlig indsats, der ikke kan løftes på anden vis, er lukningstruet.
- Hvor der er en række små tilbud til en målgruppe, som hver for sig ikke er fagligt bæredygtige. Her kan en kommune eller region pålægges at samle tilbuddene med henblik på en konsolidering. Samtidig vil andre kommuner og regioner ikke kunne oprette nye tilbud i forhold til denne bestemte målgruppe.

Personer med en svær, erhvervet hjerneskade vil være blandt de første målgrupper, hvor der gennemføres en faglig planlægning i den nye nationale koordinationsstruktur.

Regeringen vil derudover indføre mere fleksible finansieringsløsninger, som vil kunne understøtte holdbare løsninger i regi af den nationale koordinationsstruktur. Ved at kommunerne kan tilpasse finansieringsløsningerne til de konkrete situationer, sikres dynamikken på området, og den økonomiske risiko for en eller flere kommuner ved at oprette eller udvikle meget specialiserede tilbud mindskes. Regeringen vil derfor tyde-



liggøre de eksisterende muligheder samt give øget fleksibilitet i forhold til at afvige fra regler om takstfastsættelse. Med mere fleksible finansieringsløsninger tænkes blandt andet på abonnementsordninger og forpligtende købsaftaler.

Derudover vil regeringen tilbyde kommunerne bedre låneadgang, når der skal oprettes nye specialiserede tilbud i form af en lånepulje.

#### *Styrkede genoptræningsplaner og visitationsretningslinjer*

Mennesker med komplekse rehabiliteringsbehov skal have de rette genoptræningstilbud, så de får de bedste betingelser for at generhverve de funktioner, som de har mistet. Det gælder alle – uanset alder og bopæl.

Derfor giver vi nu sygehusene mulighed for, når de udarbejder genoptræningsplaner for gruppen af borgere med komplekse behov, i højere grad at beskrive det samlede rehabiliteringsbehov. For en afgrænset gruppe kan sygehusene fremover fastsætte tidsfrist for, hvornår indsatsen i kommunen skal påbegyndes, og evt. i hvilket omfang og med hvilken metode.

Kommunerne har ikke kompetence til at tilsidesætte de genoptræningsbehov, som lægerne vurderer, at den enkelte patient har brug for efter sin udskrivning.

Hvis patienten er utilfreds med sygehusets vurdering af deres genoptræningsbehov eller den sundhedsfaglige indsats i forbindelse med selve genoptræningen, kan patienten klage til Patientombuddet. Klager over organiseringen af eller ventetider til genoptræning i kommunen, skal rettes til den kommune, der yder genoptræningen.

For at støtte kommunernes visitation af borgere med de allermest komplekse rehabiliteringsbehov, udarbejdes der visitationsretningslinjer, som kommunerne kan støtte sig til, når de skal anvise borgere med komplekse behov. Disse retningslinjer udarbejdes af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i samarbejde med KL og Danske Regioner.

#### *Fokus på ventetider*

Vi ved, at hvis man som borger modtager et godt og rettidigt genoptræningsforløb reduceres funktionsevnetabet, og borgeren får bedre muligheder for at vende hurtigt tilbage til sin hverdag.

Mennesker, der har behov for en genoptræningsindsats, skal ikke vente unødigt på et genoptræningstilbud, hvis det fagligt vurderes, at de er klar til at gå i gang med genoptræningen. En rettidig udredning vil skabe tryghed for den enkelte borger og give visshed om det videre genoptræningsforløb. Dertil kommer, at hvis borgerne i kraft af et vellykket og hensigtsmæssigt genoptræningsforløb genvinder mest mulig funktionsevne, så kan de i stort omfang klare sig selv, og kommunerne kan på sigt spare på udgifterne til pleje og omsorg.

Omvendt er det ikke alle, som er klar til at påbegynde genoptræning med det samme – nogle har for eksempel behov for at komme sig efter over en vanskelig og krævende operation. Derfor er det ikke ud fra en sundhedsfaglig betragtning hensigtsmæssigt at lægge sig fast på et bestemt antal dage, man maksimalt må vente. For det er i sidste ende en vurdering, fagpersoner sammen med patienten må foretage.

Derfor er det alligevel vigtigt, at vi nøje følger udviklingen på genoptræningsområdet i forhold til ventetider. Noget tyder på store kommunale forskelle i ventetid til almen ambulant genoptræning dog med forbehold for, at de nuværende opgørelser over ventetid til almen, ambulant genoptræning er behæftet med en vis usikkerhed på grund af forskelle i kommunernes indberetninger til Sundhedsstyrelsens Elektroniske indberetningssystem.



Det er ikke entydigt, i hvilket omfang ventetiden på genoptræning skyldes uhensigtsmæssig kommunikation på tværs af sektorgrænser, eller om forskellene i ventetid er udtryk for forskelle i politisk prioritering af området. Vi ved dog, at forskellene mellem kommunerne - og de for nogle kommuners vedkommende lange ventetider på genoptræning - ikke alene kan forklares ved usikre data.

Derfor er det vigtigt, at vi følger udviklingen på området og sikrer os, at det går den rigtige vej.

#### *Sammenhæng i indsatsen*

Mennesker med hjerneskade har ofte behov for en bred rehabiliteringsindsats på tværs af sektorer, lovgivninger og fagligheder. Derfor er det helt afgørende, at der sikres sammenhæng og koordination i deres forløb.

Hvorvidt den nødvendige koordination fortsat skal ske via en hjerneskadekoordinatorfunktion, efter puljen til styrket genoptræning og rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskade er udløbet, afhænger af evalueringen af projekterne og af kommunernes erfaringer med hjerneskadekoordinatorfunktionen. I efteråret 2013 foretager Sundhedsstyrelsen en midtvejsevaluering af puljen, og når projektperioden er udløbet, udarbejdes der ligeledes en afsluttende evaluering.

I regeringen lægger vi stor vægt på, at borgerne modtager et sammenhængende og helhedsorienteret forløb - på tværs af sektorer og på tværs af fagligheder.

Det er vores forventning, at indsatsen over for borgere med meget komplekse behov styrkes betydeligt med udmøntningen af initiativerne fra opfølgningen på evalueringen af kommunalreformen.

Med de ovenstående beskrevne initiativer og indsatser styrker vi kommunikationen mellem sektorerne og dermed sammenhængen i forløbet for borgeren. Vi øger fagligheden i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen i kommunerne og giver dem bedre grundlag for at visitere borgere med de mest komplekse behov til de relevante tilbud. Samtidig sikrer vi, at den fornødne specialiserede viden og indsats bevares, så kommunerne kan gøre brug af den i de relevante tilfælde."

Jeg kan henholde mig til svaret fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Social- og Integrationsministeriet.

Desuden vil jeg tilføje, at alle Folketingets partier den 26. juni 2013 indgik en rammeaftale om justering af kommunalreformen, som er baseret på regeringens udspil. Den nærmere udmøntning af rammeaftalen skal drøftes med partierne efter sommerferien.

Jeg er meget glad for, at der er så stor opbakning til at gennemføre udspillet. Det er min klare overbevisning, at vi hermed har taget et vigtigt skridt med hensyn til at sikre, at borgere ramt af en hjerneskade modtager en sammenhængende, kvalificeret og rettidig genoptrænings- og rehabiliteringsindsats.

Med venlig hilsen  
**Margrethe Vestager**