

Det sidste punkt på dagsordenen er:

**19) 1. behandling af beslutningsforslag nr.**

**B 86:**

**Forslag til folketingsbeslutning om genoptræning af hjerneskadede.**

Af Lise von Seelen (S) m.fl.

(Fremsættelse 23.01.2009).

Kl. 20:47

**Forhandling**

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Forhandlingen er åbnet. Ministeren for sundhed og forebyggelse.

Kl. 20:47

**Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):**

Jeg vil gerne takke Socialdemokraterne for at have sat fokus på genoptræning – altså genoptræning og rehabilitering af mennesker, der rammes af en hjerneskade. Det er jeg glad for. Det er noget, vi politikere bør gå op i. Der er tale om komplicerede og langstrakte forløb med stor betydning for, hvordan mennesker med en erhvervet hjerneskade kan vende tilbage til et godt, selvstændigt og meningsfyldt liv. Vi skal gøre alt, hvad vi kan, for at den enkelte kan vende tilbage til så normalt et liv som overhovedet muligt. Efter min mening gøres det bedst muligt, ved at der tages udgangspunkt i den hjerneskadedes individuelle situation, i den enkeltes personlige målsætninger og i den enkeltes individuelle behov og muligheder.

Jeg helt enig med Socialdemokraterne i, at vi på nogle områder bør forbedre indsatsen over for mennesker, der rammes af en hjerneskade, så jeg har i virkeligheden en stor sympati for intentionerne med forslaget. Jeg er derimod ikke enig i den vej, som Socialdemokraterne ønsker at gå. Ved at fastsætte én bestemt ventetid tager man ikke højde for, at hjerneskaderamte udgør en meget heterogen gruppe med forskellige behov og ressourcer. Jeg mener derimod, at vi fra centralt hold skal understøtte en organisering i landets regioner og kommuner, der tager højde for de individuelle behov, som er af afgørende betydning for en tryk og effektiv indsats.

Når en hjerneskadet står over for udskrivning fra sygehuset, skal region og kommune tage konkret stilling til den ramtes behov, ønsker og forventninger, og der skal på den baggrund sammensættes et individuelt tilbud. Den hjerneskaderamte skal have hjælp til at få sin førlighed

tilbage, til at klare hverdagen og til, hvor det er muligt, at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Mange hjerneskadede oplever koncentrationsbesvær, hukommelsestab, nedsat situationfølelse eller en ændret personlighed. Der er ofte tale om skjulte skader, som den enkelte måske først erkender, et stykke tid efter at skaden er sket, altså senere i forløbet. Jeg lægger tryk på ordet forløbet, for det er for mig at se ko-deordet i en god og tryk og helhedsorienteret rehabiliteringsindsats. Den hjerneskaderamte skal have tilbud, når motivationen er der, når modet er der, og når overskuddet er der.

Rehabiliteringsforløb er for mig en samlet, koordineret og helhedsorienteret indsats på tværs af myndigheder, på tværs af lovgivning og på tværs af fagområder. Det er det, det hele handler om – samarbejde, timing og rettidighed gennem hele forløbet. Det rette tilbud skal gives på det rette sted og på det rette tidspunkt. Koordination, organisation og tværfagligt samarbejde er derfor alfa og omega. Setuppet er på plads. Det har jeg sagt en del gange før, og det gentager jeg gerne her i dag: Vi har skabt de rigtige organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer for at skabe sammenhæng, tryghed og faglig kvalitet i hele forløbet, fra den akutte fase til behandling, genoptræning og rehabilitering.

O.k. Når det så er sagt, er der fortsat rum for lokale forbedringer. Der er tale om komplicerede patientforløb, som mange steder kan og skal organiseres bedre. Vi har redskaberne, men ja, vi kan blive bedre til at bruge dem. Det er helt afgørende, at der tænkes i integrerede forløb, også blandt de forskellige sagsbehandlere internt i de kommunale forvaltninger. For rehabilitering af hjerneskadede rækker langt, langt bredere ud end sundhedsområdet i snæver forstand. Det handler også om specialundervisningsområdet, om hjemmeplejen, arbejdsmarkedsområdet, revalideringsområdet og måske også handicapområdet osv. Og selv om personale og sektorer generelt er meget dygtige til at sikre en høj kvalitet i egen indsats, er det en udfordring at skabe sammenhæng mellem de forskellige ydelser.

Flere steder har man kridtet banen op, flere kommuner er på vinderkurs, og jeg kan ikke lade være med at nævne, at HjerneSagen tilbage i oktober sidste år bragte en artikel med overskriften »Rehabilitering af apopleksiramte i Kolding Kommune anno 2008«. For artiklen handlede lige præcis om en kommune, der følger borgeren hele vejen i mål, fra den enkeltes første spæde skridt med en rollator og personlig hjælp

til f.eks. virksomhedspraktik eller fuld tilbagevenden til arbejdsmarkedet, hvis det var muligt. Eksemplet fra Kolding er netop også et eksempel på ambitionen med kommunalreformen. Og eksemplet er ikke enestående. I Allerød Kommune taler statistikken for sig selv. Her vender fire ud af fem hjerneskadede tilbage til arbejdsmarkedet.

Lokalt er man således mange steder kommet langt med at skabe nye styrkede samarbejder både på tværs af regioner og kommuner og internt mellem de lokale forvaltninger. Det er derfor også forståeligt, at artiklen om indsatsen i Kolding Kommune sluttede af med et ønske om at begrave myten om, at kommunerne ikke kan løfte opgaven. Der er grund til at kvittere over for de kommuner og regioner, der gør det godt. Men jeg anerkender også, at vi samlet set ikke er i hus med opgaven. Jeg hører også om mindre gode eksempler – for de er der, det ved vi alle – og om de kommuner, der skal på omgangshøjde.

Fra centralt hold kan vi ikke stå og se på, at ikke alle patienter får de tilbud, som de har behov for. Sundhedsstyrelsen er derfor i gang med en revision af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 1997 for behandling og rehabilitering af traumatisk hjerneskadede. De kommende anbefalinger vil bygge på de nyeste faglige standarder og viden på området, og de vil understøtte en styrket organisation, sammenhæng og rettidighed i indsatsen for alle hjerneskadede, uanset hvor i landet de bor. Og som noget nyt vil de nye modeller for anbefalede patientforløb også inkludere apopleksipatienter.

Med beslutningsforslaget risikerer Socialdemokraterne at sende det signal, at kommunerne ikke er gode nok til at løfte opgaven. Selv om der som sagt er plads til forbedring, synes jeg alligevel ikke, at det er et helt dækkende billede. Lad mig give Slagelse Kommune som et konkret eksempel på, at man lokalt har oprustet på mange vitale områder på hjerneskadeområdet, og lad mig i overskrift blot nævne fire af kommunens indsatser:

For det første er det aftalt, at sygehuset fremsender en statuskrivelse til Slagelse Kommune, mens patienten stadig er indlagt, så kommunen får mulighed for at tage stilling til relevante tilbud og behovet for forsørgelse, hjemmepleje, hjælpemidler, boligændring, taleundervisning, socialpædagogisk støtte, handicapkørsel, ledsageordning og genoptræning, inden patienten udskrives. For det andet afholdes der udskri-

vende planlægningsmøder mellem sygehus, patient, pårørende og relevante fagpersoner fra kommunen for at sikre en så god og smidig overgang som muligt fra region til kommune. For det tredje har Slagelse Kommune ansat en hjerneskadekoordinator med en forløbskoordinerende funktion for at sikre de relevante sammenhænge og rettidige kommunale tilbud på tværs af fagområder. Og endelig for det fjerde har Slagelse Kommune ansat en neuropsykolog for at sikre specialviden på området og for generelt at kvalificere sagsbehandlingen ved at rådgive, supervisere og undervise de øvrige faggrupper i kommunen om neurologiske problemstillinger.

Jeg mener, at eksemplet fra Slagelse viser, at der lokalt arbejdes både ambitiøst og målrettet for at sikre hjerneskaderamte trygge, sammenhængende og fagligt velfunderede træningsforløb. Det er blot ét blandt flere eksempler på, hvordan helhedsorienterede indsatser lokalt har højnet kvaliteten og gjort afstanden mellem region og kommune og internt mellem de kommunale forvaltninger kortere. F.eks. er jeg bekendt med, at der i dag er rundt regnet 25 kommunale hjerneskadekoordinatorer, forløbskoordinatorer eller lignende ansat rundt omkring i landets kommuner, og det er den vej, vi skal fortsætte ad.

I mine øjne er det ikke mere lovgivning, der er brug for. Det nytter ikke noget, at vi bliver ved med at finjustere og detailregulere lovgivningen. De lovgivningsmæssige rammer kan og skal udfyldes lokalt i samarbejde med de hjerneskaderamte og eventuelt også pårørende. Det skal vi naturligvis støtte op om, og Sundhedsstyrelsens igangværende arbejde med anbefaling til behandling og rehabilitering af hjerneskadede vil udgøre en fælles national ramme for at styrke regional og kommunal indsats. Samtidig er jeg gået i dialog med både KL og Danske Regioner om, hvilke udfordringer de ser, og om hvordan vi fra centralt hold bedre kan støtte den lokale indsats.

Frit valg af kommunale genoptræningstilbud for mennesker er en mulighed, som regeringen bl.a. med støtte fra Socialdemokratiet sikrede alle patientgrupper med vedtagelsen af sundhedsloven tilbage i folketingsåret 2004-2005. Det frie valg blandt de kommunale genoptræningstilbud er derfor i dag en lovbunden ret, som alle patientgrupper kan gøre brug af. Det gælder også mennesker med en hjerneskade. Frihed til at vælge det bedste tilbud er en hjørnesten, det

styrker kvaliteten og kommer alle danskere til gode. Valgfrihed giver mulighed for at vælge de tilbud, der passer den enkelte bedst.

Men en juridisk lovbunden valgfrihed har ingen værdi, hvis ikke den følges op af en reel mulighed for at vælge frit, sådan som Socialdemokraterne også er inde på. Det er jeg helt enig i. En åbenlys forudsætning for et reelt frit valg er selvfølgelig, at patienten sikres information herom. Og det har vi i regeringen allerede sikret. Fra dag et efter kommunalreformen har det været et lovkrav, at kommunerne skal vejlede patienterne i muligheden for frit at vælge mellem de kommunale genoptræningstilbud. Det skal ske med den første patientkontakt. Jeg kan oplyse, at der i fire ud af fem sundhedsamtaler er aftalt, at sygehuset allerede på udskrivningstidspunktet udleverer informationsmateriale om patientens ret til frit valg, uanset om der er henvist til specialiseret ambulans genoptræning på et sygehus eller til almindelig ambulans genoptræning i en kommune. Samtidig er det også afgørende vigtigt, at kommunerne, som også Socialdemokraterne foreslår, udarbejder tilgængelige oversigter over de genoptræningstilbud, der findes, med angivelse af eventuelle ventetider.

Også det initiativ har regeringen taget allerede.

For det første anbefalede Sundhedsstyrelsen tilbage i 2006, at regioner og kommuner som led i de lovpligtige sundhedsaftaler på træningsområdet etablerer oversigter over genoptræningstilbud samt også eventuelle ventetider. Med økonomiaftalerne med henholdsvis regionerne og kommunerne for 2009 følger regeringen op på Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og her er det derfor aftalt, at monitoreringsgruppen på genoptræningsområdet følger op på, om kommunerne har etableret oversigter over, hvilke genoptræningstilbud kommunerne råder over, og hvordan kommunerne formidler de oversigter til bl.a. sygehus og patienter. Resultatet af undersøgelsen vil ligge klar i næste måned.

For det andet har regeringen i efteråret 2008 igangsat et udviklingsarbejde med opgørelse af forventede og registrerede ventetider for genoptræning efter udskrivning fra sygehus i både regionalt og kommunalt regi. Det fremgår også af økonomiaftalerne for 2009, og formålet er at understøtte én national indgang til information om lokale ventetider for netop at styrke patientens frie valg af genoptræningstilbud. Og allerede nu har sygehusene mulighed for at opgive forven-

tet ventetid til specialiseret ambulans genoptræning.

Lad mig afslutningsvis blot nævne Region Syddanmark som et godt eksempel på, at man lokalt har taget arbejdshandskerne på. På [www.visinfosyd.dk](http://www.visinfosyd.dk) viser Region Syddanmark for alle kommuner i regionen f.eks. oplysninger om kommunale og regionale genoptræningstilbud, om ventetider, om kontaktpersoner både på sygehus og i kommunerne og om fritvalgsreglerne på genoptræningsområdet.

Jeg skal slutte af med at sige, at regeringen ikke kan støtte Socialdemokratiets forslag.

Kl. 21:00

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak. Der er et par korte bemærkninger. Den første er fra fru Lise von Seelen.

Kl. 21:01

**Lise von Seelen (S):**

Jeg glæder mig selvfølgelig over, at ministeren tager så mange positive ting frem fra vores beslutningsforslag. Der var én ting, som ministeren hæftede sig ved, som ministeren ikke opfattede som værende positiv, og det var, at der var en deadline på, hvornår en borger kan være sikker på at få et tilbud på genoptræning, når borgeren udskrives fra sygehuset.

Vi har jo sat terminden til 14 dage her. Når en borger udskrives, så kan man 14 dage efter være sikker på, at der ligger en plan for, hvordan genoptræningen skal finde sted i det kommunale regi. Ministeren siger, at det skal være en individuel plan. Det er vi jo helt enige i, andet vil jo ikke give mening. Men kan ministeren komme i tanker om borgere, som har været udsat for hjerneskader og har været indlagt og er blevet udskrevet, som ville have glæde af, at den ventetid blev forlænget ud over de 14 dage? Vi er jo gentagne gange blevet orienteret om, hvor vigtigt det er, at genoptræningen er kontinuerlig efter sygehusbehandling, så hvem tænker ministeren på, hvilke sygdomsgrupper tænker ministeren på, hvor det ville være en god ting at vente mere end 14 dage?

Kl. 21:02

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Sundhedsministeren.

Kl. 21:02

**Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):**

Jeg tager så positivt imod det her, fordi også jeg mener, at vi skal styrke vores rehabilitering, ikke kun for hjerneskaderamte, men for alle mulige andre, og når jeg lægger vægt på, at vi ikke skal

lave en juridisk ret for en individuel gruppe, så er det lige så meget, fordi jeg mener, at genoptræningen skal styrkes bredt for alle grupper, der har brug for genoptræning, og altså ikke kun for hjerneskaderamte, men alle. Men for at svare helt specifikt på spørgsmålet omkring en 14-dages frist, så har jeg ladet mig fortælle – jeg er jo ikke fagmand – at der er mange ting, som en hjerneskaderamt bliver udsat for, som først viser sig meget senere; de kognitive ting, hvor man pludselig glemmer, hvad en kartoffelskræller hedder, og hvad en kartoffelskræller er. Det kan være svært for os at forstå, men sådan er det jo.

Derfor mener jeg, at man meget nemt kan komme i den situation, at man siger: Nu skal vi lave en fiks og færdig plan inden for 14 dage, og så er den trille ligesom ude. Sådan bliver det aldrig. Planen skal hele tiden ændres, i takt med at der kommer nye behov til den pågældende patient, for det ved vi jo at der gør. Og det er det jeg mener med, at det er bedre at satse på individuelle forløb, der hele tiden skal ændres, og ikke forledes til at tro, at man kan lave det hele inden for de første 14 dage. Det tror jeg ikke vil blive en god plan, for den tager ikke højde for de ting, der dukker op senere.

KI. 21:03

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Fru Lise von Seelen.

KI. 21:03

**Lise von Seelen (S):**

Det er jo indlysende, at genoptræningen ikke skal ske inden for 14 dage. Genoptræningen skal starte, sådan at man er sikker på, at den er startet, inden der er gået 14 dage. Jeg er helt enig i, at en genoptræning jo er et forløb, og at der vil ske forandringer i forløbet. Det ved vi jo, sådan er det. Det kan jo ikke være anderledes.

Det, der er pointen her, er jo, at borgeren, inden der er gået 14 dage, ved, hvornår hans eller hendes forløb starter. Man ved ikke, hvornår det slutter, men man ved, hvornår det starter.

Jeg vil godt flytte det til en anden ting, fordi ministeren flere gange har nævnt ordet rehabilitering. Vores forslag omhandler jo egentlig kun genoptræning, fordi det er inden for ministerens område. Vi er meget interesseret i at være med til at udvikle noget rehabilitering, men det er faktisk ikke det, det her forslag går på. Det går på den genoptræning, som er i vores område, i det sundhedsmæssige område, ved udskrivning fra sygehuset, og det er egentlig, fordi vi mener, at det er vigtigt, at vi fokuserer, så vi ikke snak-

ker om 75 ting på en gang. Vi hjælper borgerne bedst ved at fokusere på den genoptræning, som er starten på at generhverve de færdigheder, man har tabt ved en hjerneskade.

Jeg vil spørge ministeren, om ministeren ikke enig i, at det er en fordel for borgeren, hvis vi kan fokusere og sige, at starten på det videre liv er, at man forsøger at generhverve de færdigheder, man har tabt, og det ligger altså ikke i, at vi maler med den brede pensel med det samme, men ved, at vi fokuserer i starten af en behandling. Det er måske i virkeligheden dér, at de 14 dage bliver enormt vigtige. Det kunne være, at det var dér, vi kunne nå hinanden.

KI. 21:05

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Ministeren.

KI. 21:05

**Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):**

Det er jo meget, meget sympatisk, hvad fru Lise von Seelen gør gældende, men det er jo ikke os her, der skal fokusere på den enkelte patient. Det skal jo ske lokalt. Det, som vi skal tage os af på Christiansborg, er at sørge for, at genoptræning og også i bredere forstand rehabilitering kommer op at køre, for det gør det ikke godt nok alle steder, at kommunerne løfter den her opgave, sådan at der er nogen, der løfter patienten, når patienten udskrives fra sygehuset.

Jeg tror stadig ikke, at fru Lise von Seelen og jeg på nogen måde er uenige om, at der skal tages fat om den pågældende. Selv om jeg godt kan lide at fokusere, så skal vi jo ikke fokusere så snævert her fra Christiansborgs side, at det udarter til en egentlig behandlingsplan. Den behandlingsplan skal laves for den pågældende, men den skal laves lokalt.

Derfor nytter det ikke noget, at vi laver juridiske rettigheder for enkelte diagnosegrupper på et område, hvor der er mange forskellige diagnoser, fordi genoptræning og rehabilitering er noget, der er brug for i bred forstand for mange forskellige.

KI. 21:06

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Så er det fru Lone Dybkjær for en kort bemærkning.

KI. 21:06

**Lone Dybkjær (RV):**

Man kan jo ikke sige, at ministeren er sparsom med ordene, men det er så også i orden. Vi har jo fået sådan en odysse om, at det går godt.

Det, der undrer mig meget, er, at ministeren ligesom kan argumentere med, at vi ikke skal sikre en retlighed, for det er jo meget forskelligt. Det er jo præcis det samme, som vi andre måske har sagt, når vi har diskuteret behandlingsgarantier, og hvad ved jeg. Det er også meget forskelligt, om man har den ene, den anden eller den femte kræftsygdom eller den ene eller den anden akutsygdom.

Jeg kan slet ikke forstå argumentationen. Jeg kunne forstå det, hvis ministeren sagde, at det kan man ikke overkomme, at det må man sætte i gang, at man ikke vil DUT'e og alt det der, at man ikke har råd til det, at man ikke kan presse de der kommuner. Men jeg kan ikke forstå, at ministeren kan sige, at vi ikke skal fokusere så snævert. Vi har jo ikke bestilt andet i årevis på ministerens område, sygehusområdet. Vi har ikke bestilt andet end at fokusere og sige, at der ikke må gå mere end 1 måned, før man er sikret en retlighed. Hvorfor i alverden skal man så ikke, når det drejer sig om genoptræning, kunne få den samme retlighed? Det er mindst lige så vigtigt, efter at der er sket noget, som i de tilfælde, hvor man skal ind og have en akut operation, og hvor vi andre måske godt synes at man kunne kigge lidt på, hvem der skal til først.

Kl. 21:08

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Sundhedsministeren.

Kl. 21:08

**Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):**

Jeg vil sige til fru Lone Dybkjær: Skal vi nu ikke koncentrere os om rehabilitering og genoptræning? Det her har intet med DUT at gøre. Jeg er da godt klar over, at det her er der mange offentlige udgifter i, og det synes jeg også at området fortjener, for det er vigtigt, at vi får bragt folk tilbage til et ordentligt liv og eventuelt også tilbage på arbejdsmarkedet.

Det, som er min største hurdle ved at acceptere det her forslag, er, at jeg finder, at genoptræning og rehabilitering i bred forstand er en ret, som borgerne har, men det er ikke vores opgave at sige, at det nu kun drejer sig om de hjerneskeramte. Der er også folk, der har haft kræft, og som skal tilbage til livet. Der er også KOL-patienter, som skal tilbage til livet. Der er også hjertepatienter, der skal tilbage til livet. Og de har alle sammen ret til en individuelt tilpasset rehabilitering, der tager højde for både deres psykiske og deres fysiske tilstand. Derfor synes jeg, at det er en uting at gå ind og lovgive kun

om én diagnosegruppe, for så udarter det til at blive behandlingsforeskrivende, hvad vi gør på Christiansborg, i stedet for rettighedsskabende, og det er det sidste, jeg ønsker.

Kl. 21:09

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Fru Lone Dybkjær.

Kl. 21:09

**Lone Dybkjær (RV):**

Jeg tror godt, at ministeren selv ved, at den ikke holder i retten, for vi har jo lavet nøjagtig det der rettighedsskabende, når det drejer sig om visse sygdomsgrupper. Men lad det være, og lad os kigge på rehabilitering.

Det, vi jo godt ved, er, at det er ganske svært at få et samspil mellem sygehusene og kommunerne til at fungere. Vi kan ønske, så meget vi vil, men det er ikke så enkelt som bare at sige ordene, og derfor kunne det måske være meget godt, hvis der var nogle retningslinjer. Jeg har ikke spor imod, at man tager KOL-patienter og hofteopererede patienter, og hvad ved jeg, med – alle sammen for den sags skyld – men jeg synes også, at man måske kan kigge lidt på, hvem der haster mest. Det kan godt være, at ministeren siger, at det enten skal være ingen eller alle, men så må vi jo tage alle, for ellers taber vi jo nogle meget vigtige grupper.

Jeg tror, at det er ganske afgørende, i hvert fald hvis man har været udsat for et traumatisk sygdomsforløb, som en hjerneskrade næsten altid er, at man kommer hurtigt i gang. Jeg tror, at det er vigtigere end for visse andre – som f.eks. KOL-patienter, men det kan vi jo diskutere – fordi det er traumatisk på en anden måde. Der synes jeg bare, at vi skal sige, at her er tiden afgørende. Det er ikke ensbetydende med, at man kan det hele – det skal være løbende – men at man kommer hurtigt i gang. Og så kan det måske være meget godt at give borgeren en slags retlighed. Det er ikke nemt, det der med sygehus og kommune, og derfor kunne det måske være meget godt, at det blev slået fast, at der altså er en grænse for, hvor lang tid der må gå.

Kl. 21:10

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Ministeren.

Kl. 21:10

**Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):**

Jeg tror såmænd, at fru Lone Dybkjær har ret i – men det kan jeg jo ligesom fru Lone Dybkjær heller ikke vide – at det skal gå hurtigere med en hjerneskraderamt end med en KOL-patient. Det

tror jeg at fru Lone Dybkjær har ret i, men det er sådan set ikke sagen vedkommende.

Det, der er vedkommende, er, at det er rigtigt nok, at det er en kompliceret sag at få det til at fungere fra udskrivningen i regionerne til modtagelsen i kommunerne. Setuppet er på plads, og alligevel kan vi konstatere, at vi hver dag har færdigbehandlede patienter rundt omkring, svarende til at vi hver dag kan fylde Næstved Sygehus op med færdigbehandlede patienter. Det siger mig lidt om, at kommunerne skal have et større incitament til at hjemtage deres patienter og begynde den rehabilitering og genoptræning, som de får ansvaret for, når patienterne er udskrevet. Jeg mener, at setuppet er på plads til det, som er det allermost vigtige her, nemlig muligheden for at lave individuelle forløb.

Kl. 21:11

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ministeren. Så er det ordføreren for Venstre, fru Birgitte Josefsen.

Kl. 21:12

(Ordfører)

**Birgitte Josefsen (V):**

Det er ikke nogen hemmelighed, at en del af de 98 nye kommuner havde store problemer med at få sat turbo på den store opgave, de med kommunalreformen fik på genoptræningsområdet. Men hvis vi så kigger på, hvad der siden er sket, kan vi konstatere, at et år efter at de overtog opgaven, var aktivitetsniveauet steget med 40 pct. – en markant stigning, som jeg formoder er kommet alle patientgrupper til gode. Kommunerne i hele landet har vist, at de vil løfte den her nye store opgave.

Økonomiaftalen for 2008 mellem KL og regeringen viste jo også, at man prioriterer opgaven meget højt; derfor blev der også tilført flere økonomiske midler til området, så man gjorde det muligt for kommunerne at løfte opgaven, også med den større aktivitet, der er på hele genoptræningsområdet.

Men vi må også konstatere, at penge alene ikke gør det, for for at kunne håndtere hele området kræver det, at der er en faglig ekspertise og en faglig kunnen til stede. Derfor har jeg faktisk med glæde kunnet konstatere, at en række kommuner har sat meget fokus på området og derfor også er gået i gang med at lave en specialisering, så de matcher de enkelte diagnoseområder.

En lang række kommuner har for at kunne klare de specielle udfordringer på eksempelvis hjerneområdet ansat deciderede hjerneskadeko-

ordinatorer, og andre kommuner har indledt et tværkommunalt samarbejde på området. Vi må så forvente, at de sidste kommuner snart er i hus på området.

Jeg har så også med tilfredshed kunnet konstatere, at en lang, lang række kommuner er gået længere end det, vi måske har forventet. Eksempelvis har 73 ud af de 98 kommuner dags dato igangsat en række tiltag, som skal supplere genoptræningsforløbet. 73 kommuner – og flere er på vej – har igangsat et kursusforløb for både de kroniske syge, herunder hjerneskadede, og deres pårørende. Det er et fantastisk koncept, som er udviklet på Stanford University i USA og støttet af Sundhedsstyrelsen.

I forbindelse med, at vi skulle arbejde med det her beslutningsforslag, har jeg haft et møde med en række patientforeninger, og der er jeg blevet oplyst om, at der er behov for individuelle løsninger, når vi taler både rehabilitering og genoptræning, og også når vi taler patientskoler, hvor man lærer at håndtere sit sygdomsforløb. Og det synes jeg er værd at lytte lidt efter.

Men jeg har så også gjort det, at jeg har prøvet at dykke ned i området for at høre, hvordan man så konkret håndterer opgaverne, når man har med hjerneskadede at gøre. Der har jeg kunnet konstatere, at eksempelvis Hammel og vores gode tilbud i Sindal i det nordjyske og Brønderslev Sygehus og en række andre, som har med hjerneskadeområdet at gøre, faktisk er gået så vidt, at de inddrager kommunerne i en midtvejsvurdering, hvor de tager de her nøglepersoner, der er i kommunerne, ind til en drøftelse af det forløb, der er, når den hjerneskadede er indlagt, for så kan kommunerne nemlig forberede sig til, at den pågældende kommer hjem i eget hjem og skal have den kommunale genoptræning og rehabilitering. Man kan faktisk tilrettelægge hele genoptræningsforløbet, så det starter dagen efter, at den pågældende bliver udskrevet fra sygehuset.

Sådan synes jeg det skal være, og det er mit håb, at alle kommuner vil nå dertil, at de ikke er så uambitiøse, at de bare siger 14 dage, men at de tager udgangspunkt i, hvad der gælder for at være det bedste for den enkelte, og at det bliver tilrettelagt i forløbet under indlæggelsen.

Jeg har ligeledes – ved at gå ind og se på Videnscenter for Hjerneskades hjemmeside – kunnet konstatere, at der er 129 kontaktpersoner i 95 kommuner, som arbejder med bl.a. det her område, og derfor synes jeg man må sige, at der er en god aktivitet i gang.

Ting kan altid blive bedre, og som sagt håber vi i Venstre på, at det sidste par kommuner får rykket på området. Jeg tror, det er vigtigt, at vi giver det her noget bevågenhed, og derfor synes jeg også, at det lyder meget godt, når ministeren udtaler, at Sundhedsstyrelsen er i gang med at revurdere de anbefalinger, der ligger på området. Vi vil meget gerne i Venstre se frem til, at der kommer et nyt sæt anbefalinger, som skal efterleves.

Med baggrund i det vil vi sige, at vi ikke kan støtte det her forslag, men vi vil meget gerne være med til at holde fokus på området, så vi sikrer, at der sker genoptræning og rehabilitering så hurtigt som overhovedet muligt for alle patientgrupper, også de hjerneskedede.

Kl. 21:17

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak. Og der en kort bemærkning fra fru Lise von Seelen.

Kl. 21:17

**Lise von Seelen (S):**

Tak. I den bedste af alle verdener er det jo selvfølgelig sådan, at genoptræningen skal starte, som ordføreren siger, dagen efter, at man er blevet udskrevet fra sygehuset. Og den ambition deler vi da helt bestemt. Det her forslag er jo ikke skrevet på den måde, at der skal gå 14 dage, inden genoptræningen må starte. Det er jo en bagstopper; det er en rettighed til borgeren, hvor man siger: Hvis ikke der er et kontinuerligt forløb ved udskrivningen, kan du som borger være sikker på, at når der er gået 14 dage, så er du i gang, så har du en plan og kan begynde din genoptræning.

Så det er en bagstopper. Det synes jeg ikke er uambitiøst, bestemt ikke – slet ikke i forhold til det, vi kender i dag. Så vil ordføreren ikke give mig ret i, at det kunne være rigtig nyttigt for borgeren, at der var sådan en bagstopper – på trods af at vi ønsker os den bedste af alle verdener, hvor genoptræningen starter dag et?

Kl. 21:18

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Ordføreren.

Kl. 21:18

**Birgitte Josefsen (V):**

Det er jo sådan, at genoptræningsplanerne formuleres under sygehusindlæggelsen, og jeg har en klar forventning til, at der er et konstruktivt samarbejde imellem kommune og region på det her område. Og der, hvor jeg synes det er vigtigt at det her præciseres, er i de sundhedsaftaler,

der etableres mellem regionen og den enkelte kommune, og det er vigtigt, at man lever op til det, der så er beskrevet i de sundhedsaftaler. Det tror jeg der vil være en meget stor interesse i at gøre, for det er faktisk en rigtig god idé for en kommune at sørge for, at der specielt på det her område sker en hurtig genoptræning, for en stor part af de her patienter vil kunne komme tilbage på arbejdsmarkedet, såfremt man gør en ihærdig indsats. Så derfor er der faktisk også en økonomisk gevinst for kommunen ved at gå i hurtig aktion. Og jeg har altså tillid til, at kommunerne rykker på det her område.

Kl. 21:19

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Fru Lise von Seelen.

Kl. 21:19

**Lise von Seelen (S):**

Med de antagelser, ordføreren kommer med, om, at der virkelig er en hurtig indsats, og at det er en god økonomisk investering for kommunerne, burde det jo være en smal sag at give den rettighed til de borgere, som lige præcis falder uden for de rammer, bare sådan som en sikkerhed for, at vi nu også får alle borgere med. Det skulle jo være en smal sag.

Jeg tror bare ikke, det er så få mennesker, som man kunne få indtryk af, hvis man lytter til ordføreren. Jeg tror, at alle os, der arbejder med sundhedspolitik, får rigtig mange henvendelser fra folk, der har været udsat for en hjerneskode, og som er ved at miste modet, fordi deres genoptræning ikke virker. Det kender vi også fra foreningerne.

Men hvis det nu er, som ordføreren siger, er det jo en smal sag. Hvad skulle så forhindre os i at vedtage den der bagstopper på de 14 dage bare for at få alle med?

Kl. 21:20

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Ordføreren.

Kl. 21:20

**Birgitte Josefsen (V):**

Jeg mener faktisk, at vi har etableret en rigtig god lovgivning for hele genoptrænings- og rehabiliteringsområdet, og det var vi fælles om, da vi vedtog sundhedsloven. Så vi vil gerne stå vagt om, at det, der står i sundhedsloven, efterleves.

Kl. 21:21

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren. Så er det ordføreren for Dansk Folkeparti, fru Liselott Blixt.

Kl. 21:21

(Ordfører)

**Liselott Blixt (DF):**

Jeg vil sige, at det er et meget sympatisk forslag, som vi i Dansk Folkeparti er meget positive over for. Vi er nemlig ganske enige med Socialdemokraterne om, at det halter gevaldigt på området vedrørende genoptræning.

Mange af disse opgaver blev en realitet for kommunerne, da man i sin tid nedlagde amterne og lagde opgaven ud til kommunen. Det var i forvisning om, at man tættest på kunne give borgerne den optimale hjælp samt have et større incitament til at genoptræne sine egne borgere. I forhandlingerne med kommunerne havde kommunerne et krav på 300 mio. kr. ekstra, da de vidste, at der ville komme et større pres på genoptræningen. Dette krav blev imødekommet, og nogle kommuner har også kunnet leve op til den her forpligtelse. Men desværre ser vi flere steder, at det ikke holder vand.

Alt for mange steder har man en alt for lem-fældig tilgang til genoptræning, for lidt samarbejde med regionens hospitaler og borgere, som ikke kommer i gang tidnok, for dårlige genoptræningsplaner og for dårlig opfølgning. Det er en stor omkostning ikke blot for det enkelte menneske og de pårørende, men ved at undlade at genoptræne vil det samtidig have store økonomiske følger.

Det vigtigste for en hjerneskadet er at kunne være selvhjulpne, ikke at være afhængig af at skulle kalde på hjælp, fordi man eksempelvis skal på toilettet, ikke at skulle i seng kl. 21, for hjemmehjælperen kommer på det tidspunkt. Mange vil også ved at få den genoptræning, der skal til, kunne genoptage deres arbejde helt eller delvist.

Vores eneste bemærkning til forslaget er, at vi i Dansk Folkeparti først og fremmest mener, at 14 dage som maksimum hurtigt vil blive til et minimum for kommunen. Vi vil nok være lidt strengere og sige, at har man fået en hjerneskade på vej hjem, så er det nødvendigt med genoptræning fra dag et. Samtidig er der genoptræningsområder, som vi ved skal vente et par uger, før det er relevant at starte op. Men vi skal også finde ud af, hvad det er for en træning, vi taler om, for træning er mange ting. Det skal også defineres ordentligt. Det er også derfor, de nuværende genoptræningsplaner ikke er gode nok.

Genoptræning er ikke kun en terapeut, der udfører en træning. Træning er også almindelig ADL-træning, som er træning i almindelig dag-

lig livsførelse. Bare det at komme ud af sengen og blive vasket og få tøj på er en træning, som plejepersonalet udfører. Derfor er det også vigtigt, at dette personale er klædt på til opgaven.

Der skal sikres en bedre koordinering af rehabiliteringsindsatsen med inddragelse af alle relevante personalegrupper samt borgere og de pårørende. En fast kontaktperson bør tilknyttes den enkelte borger, en tovholder, der følger borgeren og er ansvarlig for koordinering af genoptræningsindsatsen og herunder har mulighed for at samordne indsatsen med fysioterapi og ergoterapi, neuropsykolog, logopæd, socialrådgiver, hjemmevejleder samt læger. Kontaktpersonen skal desuden kunne vurdere, hvilke opfølgende tiltag som eventuelt skal tilkøbes på kommunens regning, for at borgeren får et optimalt forløb.

Jeg er enig med Socialdemokraterne om, at der skal fastsættes en frist for, hvornår selve genoptræningen skal påbegyndes. Men jeg mener også, at hvis denne frist ikke overholdes, skal borgeren selv kunne vælge et alternativ. Det kan sagtens være et genoptræningssted, som ikke er kommunalt, og som ikke behøver at ligge i kommunen, på samme måde som vi i dag ser behandlingsret og garantier på andre områder. At borgeren skal vejledes, kan vi også være enige om. Jeg er glad for, at flere kommuner har ansat en hjerneskadekoordinator, da det er vigtigt at informere, vejlede og koordinere. Og koordinering løses bedst på disse måder. Derfor bør alle kommuner have en hjerneskadekoordinator.

I Dansk Folkeparti mener vi, at vi skal se på hele behandlingen og starte ved forebyggelse, forskning, behandling, genoptræning og rehabilitering. Derfor glæder vi os til, at vi kan samarbejde om at nå nogle mål.

Kl. 21:26

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Der er en kort bemærkning fra fru Lise von Seelen.

Kl. 21:26

**Lise von Seelen (S):**

Tak. Jeg vil bare gerne være helt sikker på, at jeg forstår ordføreren rigtigt, for der bliver jo sagt så mange ting, som fuldstændig matcher det, som vi har skrevet i forslaget.

Så hører jeg alligevel, at ordføreren siger, at man ikke kan støtte det. (*Liselott Blixt (DF)*): Det sagde jeg ikke). O.k., jeg vil bare høre, om det er rigtig hørt, når jeg udtrykker mig sådan.



- Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Ordføreren.
- Kl. 21:26 menhæng, er det vigtigt, at sådan nogle forløb fortsættes, hurtigst muligt efter patienten er udskrevet. Det står uden for enhver diskussion, når man spørger fagfolk, og det synes jeg vi skal have med i overvejelserne.
- Liselott Blixt (DF):**  
Jeg vil sige, at jeg hverken har sagt for eller imod. Jeg synes, det er noget, vi skal kigge på.
- Kl. 21:26 Derfor er det faktisk uheldigt, hvis patienter skal vente flere måneder på at få den nødvendige genoptræning – en genoptræning, som de har hårdt brug for, og som ikke er tilstrækkelig, hvis den bare består af et stykke papir, der beskriver en plan. Af den grund er det vigtigt at få sikret, at patienterne får et sammenhængende forløb ud over det umiddelbare tilbud om genoptræning på selve sygehuset. Og derfor er vi meget enige med forslagsstillerne i, at det, sådan som det fungerer i dag, hverken er acceptabelt eller hensigtsmæssigt for en væsentlig del af de mennesker, der bliver ramt af erhvervet hjerneskade.
- Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Fru Lise von Seelen.
- Kl. 21:26 Faktisk er det i denne tid, hvor vi jo også snakker meget om brugen af ressourcerne, vigtigt at huske på, at hvis genoptræningen f.eks. først går i gang nogle måneder efter sygehus tilbuddet, så kan man godt tillade sig at sige, at der sådan set er sket en del spild af de penge, der allerede er brugt på selve behandlingstilbuddet. Og når vi investerer så meget i den første del af de her forløb, er det altså vigtigt, at vi også tør sikre, at vi får det optimale ud af selve tilbuddet.
- Lise von Seelen (S):**  
Jamen det glæder mig rigtig meget. Det gør det især også, for jeg har jo smugkigget i næste uges program. Der kan jeg se, at Dansk Folkeparti har et forslag på om apopleksipatienter. Det synes jeg også ser mægtig, mægtig godt ud. Der er nogle gode takter i det. Så det glæder mig meget, hvis vi kan sætte os sammen og finde ud af at få lavet noget, som bliver til klar forbedring for de mennesker, der er ramt af hjerneskader.
- Kl. 21:27 Jeg synes måske også, at det i denne debat er værd at gøre opmærksom på, at det jo ikke kun er en diskussion om kommunale tilbud. Det er i høj grad også en diskussion om de specialiserede tilbud, der er lige præcis på området for mennesker med erhvervet hjerneskade. Der snakker vi jo både om Vejle Fjord og også om de glimrende tilbud, der er i Sindal, og vi snakker faktisk også om en del andre tilbud, som i øjeblikket, uanset hvor mange pæne ord der bliver sagt, faktisk oplever, at de er lidt truet, fordi det kniber med at få en accept fra hjemkommunen af, at de skal have lige præcis de tilbud.
- Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Ordføreren.
- Kl. 21:27 Derfor synes vi, det er vigtigt at holde fast i den her diskussion. Vi er så åbne over for at diskutere, om lige præcis 14 dage er det rigtige – det kunne såmænd sagtens både være 1 uge, 3 uger eller 4 uger – men vi synes bare, at det, der er vigtigt at få slået fast, er, hvad det er for nogle rettigheder, der er på det her område, og især hvordan vi får sikret behandlingen i tilbuddene. Derfor vil vi gerne være med til, at vi når frem til et forslag, der bl.a. bygger på de principper, som er skitseret i Socialdemokratiets forslag, men som jo også kan inddrage nogle af de andre
- Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Ordføreren.
- Kl. 21:27 Hvis ord alene kunne hjælpe mennesker med erhvervet hjerneskade, så kunne man jo allerede nu sige, at de ville være godt hjulpet bare efter denne debat. Men så enkelt er det jo nok desværre ikke.
- Liselott Blixt (DF):**  
Jeg vil så sige, at det først er i næste måned, men det er helt i orden. Jeg glæder mig til samarbejdet.
- Kl. 21:27
- Den fg. formand (Bent Bøgsted):**  
Der er ikke flere korte bemærkninger. Tak til ordføreren. Så er det ordføreren for Socialistisk Folkeparti, hr. Karl H. Bornhøft.
- Kl. 21:27
- (Ordfører)
- Karl H. Bornhøft (SF):**  
Hvis ord alene kunne hjælpe mennesker med erhvervet hjerneskade, så kunne man jo allerede nu sige, at de ville være godt hjulpet bare efter denne debat. Men så enkelt er det jo nok desværre ikke.
- Én ting, der dog tilsyneladende ikke står til diskussion – hvilket jeg egentlig synes er rimelig flot – er, at mennesker med erhvervet hjerneskade er hårdt ramt. Det er en gruppe af mennesker, som ikke alene er truet på deres forsørgelsesgrundlag, men som reelt er truet på deres livsgrundlag. Det er for os i SF en problemstilling, der er værd at have med i de videre overvejelser.
- Der er for os at se ingen diskussion om, at patientens genoptræning altså starter på sygehuset med det samme. For at få det optimale udbytte af genoptræning og rehabilitering set i en sam-

synspunkter, som jeg bl.a. hørte fra Dansk Folkeparti.

I den sammenhæng synes jeg, det er vigtigt at sige, at hvis vi på det her område, når vi kommer til diskussionen om apopleksi, kunne finde en måde at håndtere det på ved eventuelt at lave fælles beretninger, så ville det være et godt skridt på vejen. Men jeg vil også samtidig sige her og nu, at det forslag fra Socialdemokratiet, som vi behandler i dag, jo ligger i glimrende forlængelse af det forslag om en handlingsplan for det medicinske område, som SF og Socialdemokratiet fremlagde, og derfor er det for os helt naturligt at gå ind og sige: Det her tilbud skal vi have håndteret, og lad os da for de patienters skyld finde en ordentlig måde at håndtere det på.

Kl. 21.32

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren. Så er det ordføreren for De Konservative, fru Vivi Kier.

Kl. 21.33

(Ordfører)

**Vivi Kier (KF):**

Hvis man har fået en korsbåndsskade eller en meniskskade i et knæ og er blevet opereret, er det ret væsentligt, at man udfører nogle daglige øvelser, altså får noget genoptræning, hvis operationen skal have fuld virkning. Udfører man ikke de genoptræningsøvelser, der følger efter en sådan knæoperation, ja, så kommer man faktisk bagefter til at gå lidt dårligt og halte, og virkningen af operationen bliver egentlig aldrig rigtig god. Det samme kan man sige i forbindelse med det her beslutningsforslag om genoptræning af hjerneskadede, nemlig at det er rigtig væsentligt, at der sker genoptræning.

Jeg er meget på linje med, at genoptræningen skal starte den dag, man bliver indlagt. Men nu er genoptræning på lige det her felt ikke så enkel, som hvis man nu havde fået en korsbåndsskade i sit knæ, for her vil genoptræning være meget, meget individuel – man kan f.eks. være blevet lam i den ene side, have mistet talens brug og rigtig, rigtig mange andre ting. Jeg vil gå så langt som at sige, at jeg er meget enig i meget af det, der er skrevet i bemærkningerne til det her beslutningsforslag, og at genoptræning jo er forudsætningen for, at man enten kan erstatte eller generhverve tabet af de funktioner, man nu engang har haft, for at man på bedst mulig måde kan komme tilbage til et rimelig

godt liv og måske endda komme tilbage på arbejdsmarkedet.

Genoptræning efter en erhvervet hjerneskade er jo ikke bare genoptræning i egentlig sundhedsmæssig forstand, for taler vi genoptræning, bevæger vi os måske ud i det felt, vi kalder rehabilitering, og det favner vidt; det breder sig ind over det sociale felt, og det breder sig ind over arbejdsmarkedetsfeltet; man ser på det som en helhed. Og der skal ikke herske tvivl om, at jeg også ligesom de tidligere ordførere anser lige nøjagtig genoptræning efter erhvervet hjerneskade som en stor udfordring på hele genoptræningsområdet. Jeg kender også kommuner, der gør det rigtig godt, og så kender jeg kommuner, som ikke gør det ret godt. Og det kan og skal altså gøres bedre.

Jeg hæfter mig ved, at ministeren i sin tale sagde, at Sundhedsstyrelsen faktisk sidder og kigger på en revision af den lovgivning, der ligger, for derefter at komme med en række anbefalinger. Her vil jeg også meget, meget gerne anbefale, at man prøver at tvinge kommunerne til at vidende og f.eks. se på, hvad det er, de gør godt i X kommune, så de i Y kommune kunne prøve at efterligne det.

Så er der jo allerede i dag et lovkrav om, at man skal have en kontaktperson, og igen vil jeg sige, at når det gælder lige nøjagtig det her område, er de individuelle forløb utrolig vigtige. Men det er også vigtigt, at tilbuddene er der, når patienten er parat, og når patienten er motiveret, det betyder rigtig, rigtig meget, når det gælder en erhvervet hjerneskade.

Alt i alt drejer det her sig jo om det gode udskrivningsforløb. Det står jo nedfældt, at der skal laves en udskrivningsplan, der gør patienten klar til at komme hjem, og det betyder jo også, at man tager kontakt til den bopælskommune, som patienten skal tilbage til. Så jeg må sige, at også her har vi jo forberedt det, som ministeren så fint kaldte setuppet, altså alt det organisatoriske, og det ligger her jo, og vi skal altså have kommunerne og regionerne til at forstå, hvor vigtigt det er, at man også samarbejder om det her felt. Der er sundhedsaftalerne utrolig vigtige for ikke bare mennesker med erhvervet hjerneskade, men for alle mennesker, der kommer ind på et sygehus, og som har behov for genoptræning, for det er vigtigt, at genoptræningen starter den dag, man bliver indlagt, og at den følges op i det øjeblik, man er klar til at blive udskrevet fra sygehuset.

Kl. 21:37

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren. Der er ingen korte bemærkninger, og så er det ordføreren for Det Radikale Venstre, fru Lone Dybkjær.

Kl. 21:37

(Ordfører)

**Lone Dybkjær (RV):**

Selv om det er sent, er det måske lidt fristende at drille fru Vivi Kier et kort øjeblik – selv om jeg ikke vil gå ind i en lang diskussion. Men det lød som om, at jo mere kompliceret det er, jo længere tid tager det. Man kan også sige, at jo mere kompliceret det er, jo hurtigere skal det hele faktisk gå i gang; netop fordi det ikke handler om et korsbånd, kræver det utrolig meget mere. Men jeg tror sådan set, at fru Vivi Kier også mener det sådan, så jeg skal ikke påstå det modsatte; det var bare en tanke, jeg fik.

Så synes jeg, jeg vil benytte lejligheden til – for det er ikke så tit, det sker; jeg tror, det hører til sjældenhederne, at det sker fra Folketingets talerstol – at rose DF's ordfører. For jeg sad faktisk lidt fascineret og hørte på, hvad ordføreren sagde, og glædede mig over det og regner med, at vi på den baggrund også kan få en lidt bred dialog i udvalget om, hvad vi kan gøre, hvad enten det bare er på hjerneskeadeområdet – undskyld udtrykket bare – eller det måske også er på andre områder. For som jeg var inde på i forbindelse med et af spørgsmålene, er det komplicerede jo samspillet mellem sygehuset og kommunen; nogle steder fungerer det, og nogle steder fungerer det ikke. Der synes jeg også, at vi skal være lidt realistiske med hensyn til de kommuner. Der er altså en del kommuner, der svigter, og det kan så være af forskellige grunde. Det kan være, fordi de har for få penge; det kan være, fordi de har prioriteret forkert. Men det første er jo altså også en mulighed. Og det er vi så nødt til at se på, for jeg tror, der er kommuner, der på forskellige af de her områder faktisk ikke er så gode, som de gerne vil være; uanset at vi har et organisatorisk setup, handler det altså også om vilje til at putte nogle ressourcer og nogle penge ind i det her, for uden det går det ikke. Og nu tænker jeg ikke på sådan kontante penge, men i form af, at der faktisk er nogle mennesker til at hjælpe.

Men jeg synes, det er vigtigt, at vi kommer tidligt i gang. Om det så skal være dag et, dag fem, dag syv, dag ni eller hvad, skal jeg ikke gå ind i, men i virkeligheden kan vi sige, at man faktisk allerede, som en sagde – jeg tror, det må-

ske var fru Vivi Kier, der sagde det – skal have en plan, så snart folk bliver indlagt. Det er lidt overdrevet, men det er tæt på, nemlig at det hele skal gå i gang så hurtigt som overhovedet muligt. Det siger jeg også, fordi vi jo ved, at det, hvis vi lægger et rask menneske i sengen i en uge, tager over et halvt år at genoptræne. Hvad så, hvis man oven i købet er lidt småsyg og ikke i fin form i forvejen? Så tager det jo endnu længere tid.

Så det er meget vigtigt, at vi kommer hurtigt i gang. Og i betragtning af tidspunktet vil jeg ikke forlænge debatten mere.

Kl. 21:40

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren. Så er det ordføreren for forslagsstillerne, fru Lise von Seelen, Socialdemokraterne.

Kl. 21:40

(Ordfører for forslagsstillerne)

**Lise von Seelen (S):**

Tak for debatten og for de mange gode og konstruktive bemærkninger, der fulgte med.

Det her beslutningsforslag om genoptræning af personer, der har pådraget sig en hjerneskeade, er blevet til på baggrund af utrolig mange henvendelser fra mennesker. Jeg er sikker på, at vi i Socialdemokratiet ikke er de eneste, der har fået de henvendelser, det har alle, der arbejder med sundhedspolitik, fået. Det er henvendelser, der drejer sig om, at man bliver trist, at man bliver modløs, og at man i nogle tilfælde taber troen på, at man kan genvinde det tabte eller komme tilbage og blive selvhjulpne, som det også er blevet nævnt.

Derfor er det her forslag blevet til. For vi ved, at det er afgørende vigtigt for resultatet af en genoptræning, at der ikke opstår nogen passive perioder i sådan en genoptræningsforløb. Derfor er strukturen for genoptræningen enormt afgørende, for den skal sikre, at der ikke er nogen patienter, der løber ud i passive perioder. Og der er det på det her område, ligesom på alle andre områder, overgangene, der er de sårbare perioder – overgangene mellem systemer, overgangene mellem forskellige behandlingsmodeller og -typer. Det er derfor, det er så afgørende, at der i den her model altså er nogle bagstoppere, så ingen patienter skal vente i mere end 14 dage. Og allerhelst skal det være sådan, at en patient overhovedet ikke behøver at vente.

Hver eneste gang en patient ryger ind i en passiv periode, risikerer vi et tab for borgeren. Som det også er nævnt i flere ordførertaler og

også fra ministerens side, er det sådan, at det at undgå tab for borgeren er en rigtig, rigtig god menneskelig investering, som vi kan være godt tjent med at foretage. Men rent samfundsøkonomisk er det også en rigtig god investering, så der er dobbelt win her, og det synes jeg at vi skal gøre brug af, hvis vi er kloge – og det er vi jo.

Vi kan se, at der er nogle kommuner, som har fokuseret meget på det her område, og som har fået gode resultater og modeller ud af det. Der er nævnt mange kommuner af forskellige ordførere her. Jeg vil også gerne nævne Fredericia Kommune. For Fredericia er en af de kommuner, som faktisk har fået det her bundet sammen på en rigtig, rigtig fornuftig måde. Og det er rigtigt, som det er blevet nævnt, at det er meget afgørende, at der bliver lavet videndeling imellem kommunerne, og at man kigger på, hvordan modellerne er hos de andre, og at man kan adoptere eller skræddersy nogle til sin egen kommune ud fra det, man lader sig inspirere af hos andre. Vi ved, at der i nogle kommuner er så få borgere, der har brug for en bestemt type genoptræning, at det ikke er fornuftigt for kommunen selv at etablere den. Det er fornuftigere at kigge ind til nabokommunen og sige: Hallo, der er en lille gruppe borgere, der har brug for det samme, og vi har nogle specialuddannede ansatte her.

Det er vigtigt, at man på den måde faktisk også tvinger kommunerne til at gøre brug af hinandens tilbud, til at gå ind i et samarbejde om at udvikle specielle og meget målrettede tilbud til borgerne, for på den måde får borgerne den bedste betjening. Og det at have en bagstopper for, hvornår borgerne skal have et tilbud, kan faktisk også være motiverende for kommunerne til, hvis man ikke lige selv har det tilbud, der skal bruges, at kigge sig om i omverdenen og se, om ikke naboen har tilbuddet. Så på den måde kan det også være en katalysator for mellemkommunale samarbejder, som jeg tror vi bliver nødt til at se i øjnene skal foregå på det her område.

Det er meget vigtigt, at borgeren selv har indflydelse på og valgmuligheder i forhold til den genoptræningsmodel, der skal bygges op. Ministeren sagde flere gange – og det glædede mig – i sin taletid her, at der skulle være information. Det skal der også, der skal være meget information, let tilgængelig information om, hvilke muligheder vi har på det her område. Men der skal være mere end information, der skal også være vejledning. For det skal jo ikke være sådan en

tagselvbod for borgerne. Det skal være en faglig og saglig vejledning, der skal afklare, hvad der sandsynligvis vil være det bedste for den enkelte at gå ind i som genoptræning i forhold til den skade, vedkommende har pådraget sig. Så i forlængelse af informationen ligger den gode rådgivning.

Hvor der er overgang, er der, som jeg sagde før, altid risiko for, at der sker tab. Der er bl.a. overgangen imellem udskrivning fra sygehuset og påbegyndelse af den kommunale genoptræning. Der er også andre overgange i selve genoptræningen. Der er selvfølgelig den fysiske genoptræning, som jo plager mange hjerneskadede. Men dertil kommer den kognitive genoptræning, dertil kommer også genoptræning af talens brug, og de ting skal kombineres på én gang. Vi ser for mange forløb, som er tilrettelagt på en sådan måde, at man først tager fat på den ene bid af forløbet og så den næste og så den tredje, og det er ikke klogt. For man ved, at effekten af genoptræningen er langt højere for de personer, det handler om, hvis man får kombineret det her i et samlet genoptræningstilbud. Her kan der igen være brug for både at kigge til naboer og selv være parat til at udvikle nye forløb.

Vi ved, at mange har savnet den kognitive genoptræning, og vi ved, at vi har specialinstitutioner rundtomkring i landet, som er knusende dygtige til at levere de her forløb. Vi ved også, at der er en tilbageholdenhed lige nu med at bruge dem. Det her forslag kunne for mig at se også bidrage til, at vi der, hvor vi har ekspertisen til rådighed, ikke skal til at genopfinde den andre steder. Der skal de her mennesker have mulighed for at vælge den til, for de har ikke tid til at stå og vente på, at den bliver udviklet andre steder.

Hvis nogen spørger, om det her er en lille flig af et problem – og det er også blevet nævnt, at genoptræning jo skulle være for hele paletten af lidelser – så deler jeg sådan set det synspunkt. Det er bare tit sådan i politik, synes jeg, at hvis vi snakker om det hele på én gang, så bliver det ikke til noget. Men hvis vi fokuserer på én ting og siger, at det her vil vi gerne skabe forbedringer på, så stiger chancerne for, at vi faktisk kan udrette og oprette noget.

Men vi er meget interesserede i også at folde denne debat ud til andre grupper, og det var også derfor, jeg blev så glad over, at fru Liselott Blixt fra Dansk Folkeparti lavede den åbning. For vores måde at tænke genoptræning på er be-

stemt overhovedet ikke begrænset til hjerneskadede. Vi har bare fokuseret på det her område i bestræbelserne på at opnå et resultat her, og vi bidrager meget gerne til at folde det ud til andre beslægtede områder.

Så vil jeg igen takke for alle de mange konstruktive ting, der er kommet ind. Jeg har også nævnt adskillelsen mellem rehabilitering og genoptræning. Igen har vi den tænkning, at vi vinder, hvis vi ikke snakker om 75 ting på én gang. Vi har altså talt meget om rehabilitering og genoptræning, og der har været rigtig mange fine søndagstaler, men der er ikke kommet så meget ud af det, synes jeg. Jeg kunne i hvert fald godt tænke mig, at der var kommet mere ud af det. Men igen: Genoptræning kan ikke stå alene. I forlængelse af genoptræning ligger jo rehabiliteringen. Det er indlysende, at sådan må det være. Og der bidrager vi også meget gerne, og jeg er også glad for de bemærkninger, der er kommet med her.

Ministeren var inde på, at vi jo ikke her fra Folketinget skal stå og detailplanlægge genoptræningsforløb. Nej, naturligvis skal vi ikke det. Vi har et setup, siger ministeren. Ja, det setup mangler altså en lille smule her, og det vil vi gerne udvide setuppet med, for det er os, der skaber rammerne. Vi synes, det er utrolig vigtigt, at vi får de rammer spidset helt til, så vi når et bedre resultat. Men vi deler fuldstændig den opfattelse, at vi ikke skal stå her og lave meget snævre forløb.

Så siger ordføreren fra SF, at der er meget spild i det her, hvis vi ikke får det realiseret på en rigtig måde, så folk kan komme tilbage og genvinde deres færdigheder, måske komme til-

bage på arbejdsmarkedet eller i hvert fald komme tilbage til en livsførelse, hvor de har generhvervet nogle af deres færdigheder. Helt enig, det må vi simpelt hen sørge for.

Så jeg vil gerne sige tak for debatten, og jeg håber, at vi kommer tættere på i behandlingen i udvalget. Og det ser jeg da mægtig optimistisk på efter den debat, vi har haft her nu. Tak.

Kl. 21:50

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren.

Da der ikke er flere, der har bedt om ordet, er forhandlingen sluttet.

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget.

Det er vedtaget.

Kl. 21:50

#### **Meddelelser fra formanden**

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Der er ikke mere at foretage i dette møde.

Folketingets næste møde afholdes i morgen, onsdag den 25. marts 2009, kl. 13.00.

Jeg henviser til den dagsorden, der er opslået i salen.

Mødet er hævet (Kl. 21.50).