

## Paneldebat

### I panelet sad flg. indlægsholdere:

*Direktør Lise Beha Erichsen, HjerneSagen*

*Faglig leder Jeanne Bertelsen, Hørsholm Kommune*

*Bestyrelsesmedlem Marianne Engberg, Dansk Selskab for Neurorehabilitering  
og leder af Hjerneskadecenter Nordsjælland*

*Afd.sygeplejerske Vivi Nielsen, Afsnit for Traumatisk Hjerneskode,  
Hvidovre Hospital*

*Sekretariatschef Brita Øhlenschlæger, Videnscenter for Hjerneskode*

*Direktør Frank Humle, Center for Hjerneskode, København*

*Enhedschef Torben Hyllegaard, Enhed for Kommunesamarbejde,  
Region Hovedstaden*

**Ordstyrer var:** *ledende overlæge Niels Jørn Dalsgaard, Kurhus*

## KURHUS KONFERENCE 13. OG 14. MARTS 2008

### PANELDEBAT

Der var ikke givet nogle emner på forhånd, men efterfølgende viste det sig, at debatten centrerede sig om to hovedemner, som derfor er sat som overskrifter på de efterfølgende afsnit.

Pga. uvedkommende støj, har det i enkelte tilfælde ikke været muligt at gengive den nøjagtige ordlyd af nogle af indlæggene – disse steder er dog få og markeret med: ...

**Emne: specialiseret versus almindelig genoptræning – afgrænsning – snitflader**

#### Spørgsmål:

**Ledn. ovl. Jette Jansen, Næstved Sygehus:**

Der er da ikke meget af diskussionen, der er gået på: *'Hvor er snitfladen mellem den almindelige og den specialiserede genoptræning?'* Der er et eller andet her, som jeg ikke forstår. Jeg mener faktisk, det er ret enkelt. Så snakker vi om genoptræning – genoptræningsplaner, dvs. det der består af fysioterapi og ergoterapi. Specialiseret rehabiliteringsindsats – dét er noget andet.

Hvis man snakker om den almindelige og den specialiserede genoptræning, så er det sådan, at den specialiserede genoptræning kun foregår på sygehuse. Dvs. at de patienter der er indlagt, de får specialiseret genoptræning. Når patienten udskrives, skal der tages stilling til, om de fortsat har brug for genoptræning, enten almindelig genoptræning, specialiseret genoptræning eller egentræning. Hvis det er specialiseret genoptræning, så skal det foregå på sygehuset. Der er kun to situationer, hvor det ligesom ... er opfyldt. Det er, hvis der skal være et meget tæt samarbejde mellem speciallæge og terapeut. Det kan f.eks. være patienter, der har fået foretaget håndkirurgiske indgreb, hvor selv træningen er lagt i et åg – der skal hele tiden være tæt kontakt mellem den ortopædkirurgiske speciallæge og terapeuten. Jeg kan ikke rigtig se nogle situationer, hvor det i hjerneskadesammenhæng er relevant.

Den anden situation, hvor det kan være specialiseret genoptræning, det kan være, at man skal bruge apparatur, som ikke findes ude i kommunerne eller man har brug for støttepersoner, som heller ikke findes derude, af hensyn til patientens sikkerhed. Det vil også være meget sjældent. Jeg kan huske en enkelt situation fra Vordingborg, hvor vi har tilbudt en patient at komme, en meget svært handicappet, som har et eller andet 'ståhalløj' i sit hjem, der var gået i stykker og inden det blev repareret, der ville der gå 14 dage, og det var meget usmart, hvis han ikke kunne komme op at stå flere gange om ugen i den periode. Så kom han ned hos os og fik gennemført det.

Jeg kan ikke rigtig se, hvor det ellers er, man er i tvivl om denne snitflade, så det vil jeg gerne have nogen til at forklare mig.

#### Svar:

**Torben Hyllegaard:**

Jeg tror sådan set ikke, at det du siger om snitfladen mellem almen og specialiseret genoptræning, er det, der sådan volder de store problemer på den her led, men der hvor den vel ligger, det er konsekvensen af det, du siger – fordi sådan som jeg hører det, du siger, det er, at al hjerneskadetræning dermed bliver almen træning og så dermed også ligger som en kommunal opgavevaretagelse, et kommunalt ansvar og en kommunal finansiering.

Det er den ene del af det – det er det, jeg oplever være konsekvensen af den måde du skitserer sondringen dér på, som jeg i øvrigt er enig i.

Det andet er den kombination, som rehabilitering for mig at se er udtryk for, hvor den fysiske og ergoterapeutiske træning kun er én del i en samlet, sammenhængende velkoordineret pakke – det er sådan set dét begreb og dén håndtering i forhold til hjerneskade..., som jeg ser som en udfordring her.

**Frank Humle:**

Det er præcis det, som Torben siger her – det er konsekvensen af den måde at dele det op på, så man kan frygte, at man går fra noget, der indtil nu har været organiseret ud fra den samlede ekspertise til, at man yder indsatsen mere decentralt – og hvis man gør det, så frygter jeg, at man mister nogle af de ideelle trænings- og rehabiliteringsmuligheder, der er – og det vil sige, at: *'De borgere som har erhvervet sig en hjerneskade, de får simpelthen ikke udnyttet det rehabiliteringspotentiale, de rummer og får nogle andre liv, end de kunne gøre'* – så det er konsekvensen af, hvad det her kan blive til.

**Brita Øhlenschläger:**

Ja, nu er jeg jo ikke så utrolig juridisk kyndig, men der ligger en snitflade mellem, hvornår kommunerne kan varetage genoptræningen og rehabiliteringen i almindelige ældrecentre og aktivitetsgenoptræningscentre og hvornår der skal noget neurofagligt ind i.

Som jeg ser situationen, har vi været vant til at have nogle amtslige rådgivere, som har kunnet sammensætte programmer af sådan relativt færdige tilbud – og det vi hørte i går fra Lise Holten var, at man ser en besparelse i, at man nu fortrinsvis skal anvende kommunens egne tilbud – og der hvor vi får problemet det er, at det ikke altid er nok med kommunens egne tilbud.

*'Hvornår er det, at vi skal have suppleret med noget neuroviden? – og kan vi lære tilbuddene at tilbyde de delpakker, som passer ind i det, som kommunerne ikke har i forvejen?'* – for mig at se, er det dér, vores store problem kommer til at ligge.

**Kommentarer:****Fysioterapeut fra salen:**

Jeg har en anden vinkel på det her:

Den ene del det er, at – jeg er fysioterapeut og specialist i rehabilitering – godkendt af forening og det hele – og jeg tror, at det der mangler en diskussion af i det her panel, det er, at formelt set er det jo læger, som afgør, hvornår noget er specialiseret og ikke specialiseret, oftest ved f.eks. at ... terapeuterne – det er en anden sag.

Personligt, hvis jeg arbejder med det, der er specialiseret ... hvis jeg arbejder ude i kommunen med nogen med en kompliceret diagnose ... vil jeg have meget svært ved at undvære samarbejdet med de speciallæger, jeg kender nu – botox-behandling eller medicinjustering, som oftest kommer på vores ... spasticitet, tonusforandringer, hvor man prøver med medicin. Det er jo os, der ser ... det er jo os, der har patienterne. Jeg ville synes, det var meget svært, hvis jeg ikke kunne gøre det, hvis jeg var ansat i en kommune ... havde det samarbejde direkte uden at skulle ... uanset om det var specialiseret/speciallægepraksis eller jeg skulle ind på sygehuset for at snakke med en af dem jeg snakker med i dag, hvor jeg bare kan gå op at banke på døren – og det synes jeg, er et stort problem, fordi terapeuter ikke bare er terapeuter fuldstændig ligesom læger ikke bare er læger. Der er en masse forskellige speciallæger og det er ved at komme på terapeutsiden ... Det bliver kommunerne også nødt til at forholde sig til, det er det som Dansk Selskab for Neurorehabilitering skal forholde sig til, hvis man vil?

Min kone er også terapeut ... hun...hvad hedder sådan noget ...?

Der er masser af specialist... – hvad skal vi sige – ...'tendenser' i terapeutregi, som allerede de facto uformelt er implementeret ude omkring på forskellig vis, som formelt er på vej i større fora og undervejs, som man er nødt til at forholde sig til, også hvis man vil have de rigtige mennesker og rekruttere og fastholdelse og udvikle ... – det er den ene ting, jeg gerne vil sige.

Den anden ting jeg også gerne vil spørge om – nu har jeg også meget med sklerose og Parkinson at gøre – og der kunne jeg godt tænke mig at vide, om Dansk Selskab for Neurorehabilitering også opfatter sig som en paraplyorganisation for dem? – for det synes jeg virkelig vil være rigtigt fint, hvis man også officielt tog det på sig. Det har både patienterne, men også terapeuterne ...

**Niels Jørn Dalsgaard:**

Jeg vil tillade mig at indskyde en kommentar i forhold til det at være specialiseret, fordi umiddelbart synes jeg man kan opfatte den nye definition som meget forenklet, for specialiseret det er lig med speciallæge og sygehus.

Dét er specialiseret, og så kan man i kommunen sidde og sige: *'Vi er også specialiserede, vi har en specialiseret viden og som fagfolk definerer vi jo ikke specialiseret på den måde. Specialiseret er fordi, man har specialiseret sig inden for et eller andet fagområde og så er det lige meget, hvor man sidder i systemet'* – men som regelsættet er nu, så er specialiseret udelukkende defineret som speciallæge og sygehus og det synes jeg måske vil være en del af problemet – at det er en meget firkantet og forenklet definition, fordi sådan tænker man ikke fagligt på at være specialiseret. Så der synes jeg, vi støder mod nogle problemer.

#### **Jeanne Bertelsen:**

Jeg vil ikke forholde mig til hvilken form for behandling der er tale om. Jeg vil blot sige, at: *'Os som praktikere har meget brug for, at der bliver talt samme sprog og hvis vi på nogen måde skal bære en indsats – og en intensiv og dyr indsats – igennem vores politiske system og finde ud af, hvem der skal forholde sig til den indsats, der bliver peget på – altså i forhold til den lovgivning vi administrerer – så er det meget meget vigtigt, at det meget tydeligt fremgår, hvad indsatsen er og meget tydeligt fremgår, hvad det er der bliver peget på og i et sprog, som vi andre også kan forstå, som hverken er specialister eller læger.'*

#### **Frank Humle:**

Det jeg ikke fik sagt før og som jeg synes er en vigtig pointe er, at: *'Hvis man ikke støtter op om enheder der yder rehabilitering, hvor man kan samle specialistviden, så får man heller ikke udviklet nye rehabiliteringstiltag!'* – og som et eksempel på dette, har vi på CFH de senere år ydet vægtaflastet fysioterapeutisk træning til personer med halvsidig lammelse og en af dem, som f.eks. har modtaget et sådant forløb, er en 83-årig mand, som 2 år forud for at han gik i gang med vores træning, havde fået en blodprop i hjernen, havde siddet i kørestol i 2 år, kommer op at hænge i ... på vores løbebånd, får løbebåndstræning, styrketræning, og kommer op at gå igen med rollator – hvilket så i øvrigt også bedrer hans sprog og hans humør – så den type tilbud udvikler man ikke, hvis man ikke har et fællesskab og et miljø, hvor man kan udvikle det – det er den ene ting. Den anden ting er et opgør med, hvor lang tid efter skaden, der er et rehabiliteringspotentiale. Iflg. min erfaring er der et egentligt rehabiliteringspotentiale resten af livet. Det er klart, at der er forskellige vinduer for, hvad kan man nå nu, hvad er kurven, men man kan fortsætte med at rehabilitere og opnå gode resultater resten af livet.

#### **Marianne Engberg:**

Hele den diskussion om specialiseret genoptræning/almen genoptræning: Jeg tænkte, om det kunne være en idé at vende den om og spørge: *'Hvad er almen genoptræning?'* – og der kunne buddet jo være, at: *'Almen genoptræning er en genoptræning, der kan gennemføres gennem et standardprogram, som f.eks. efter en hoftefraktur: Så får man et vist antal gange hos en fysioterapeut og så er man sådan set per definition genoptrænet'*.

Når vi er inde på det her område, så synes jeg, det har været meget klart defineret, at: *'Hjerneskadet er meget forskellige – og rehabiliteringen må være meget individuel.'* Nu fik vi senest fortalt her om den unge mand, som lå på Hvidovre Hospital og i den grad var indstillet på at arbejde meget individuelt, så jeg sidder og tænker lidt på, om det ikke snarere er nu, vi har muligheden for, at kommuner og de specialiserede enheder tager hinanden i hånden – og kommunerne kan jo noget, for de har bredden, de har nærheden og de har kendskabet til de muligheder, der er i det lokale miljø, hvor vi, som kommer fra de specialiserede enheder, vi har den fordel, at vi har forskning, vi har en meget stor erfaring på baggrund af alle de mennesker, vi har haft inde i vores system, vi kan tilbyde masser af viden til kommunerne.

Så jeg vil sige: *'Når nu lovgivningen er så fin, at der næsten ikke er noget, der er forbudt, så synes jeg faktisk, at nu er tiden kommet til, at vi begynder at tale et sprog, som vi hver især kan forstå og vi tager hinanden i hånden og går ind i samarbejdet om det her, for det er sådan set det, det handler om.'* Vi, som kommer fra de specialiserede enheder, er dybt bekymrede over, hvordan skal det nu gå med at få klippet navlestrengen over til det her barn, men vi må jo gøre det i fællesskab – det er det ene.

– og så var der et spørgsmål om Dansk Selskab for Neurorehabilitering også tager sig af sklerose: *'Ja, det er også en del af målgruppen for Dansk Selskab for Neurorehabilitering, ligesom spasticitet og en lang række andre neurologiske lidelser, så de er med.'*

#### **Mette Nielsen, Frederiksberg Kommune:**

Jeg har sådan lidt en kommentar til det, der er blevet sagt, som en terapeut hernede sagde og som du har sagt: *'Ude i kommunen kan vi dét dér rigtig godt. Vi kan træne i nærmiljøet. Det, der bare skete, da strukturreformen kom, var, at der blev lagt en masse opgaver ud, men nødvendigvis ikke terapeuter eller personale, som kunne klare den opgave og det gør det selvfølgelig svært sådan rent fagligt, at følge med i de opgaver, der er kommet ud. Det er ved at udligne sig nu, men det har været rigtig, rigtig hårdt.'*

Jeg er nede på gulvet, arbejder dernede, og der er en masse ting man skal leve op til, for det er også nogle svære patientgrupper, der kommer ud – og det er almindeligt fysisk, men det er også hjerneskadede og sådan noget og der har vi nok ikke været klædt ordentligt på – og det er dér, hvor vi måske kan hente noget faglig viden indefra, men jeg synes også, at det kræver, at de specialiserede har tiltro til, at vi kan noget andet ude i kommunerne, fordi vi skal ikke lave noget specialiseret, vi skal ud at være i nærmiljøet hjemme hos folk og træne derhjemme, men det kræver, at vi har meget, meget tæt kontakt til specialisterne.

#### **Vivi Nielsen:**

Ja, men det er i fin tråd med det du lige har sagt og også nogle af jer andre, for der er masser af dygtige folk rundt omkring i kommunerne og regionerne og sammen med de specialister, der er rundt omkring de forskellige steder, så skal vi gøre et rigtig godt stykke arbejde. Det dér med lovgivningen om det er specialiseret eller ej, altså, det er jo detaljer, eller sagt på en anden måde: Som du siger, vi skal bare udnytte ... beskrevet, og så skal vi gøre det rigtig godt for den enkelte borger, som er blevet udsat for det her traume, og jeg synes at det er utroligt vigtigt, at der er sådan nogle små engle, som Hanne Gullestrup refererede til, rundt omkring i kommunerne, som tager ansvar og koordinerer de her forløb, for det er simpelthen en for svær landevej at komme ud ad med masser af bakketoppe, hvis ikke vi hjælper hinanden, i stedet for magtkampe.

#### **Brita Øhlenschläger:**

Jeg vil gerne gå lidt videre med den tankegang, at hvis man forventer, at man kombinerer generel optræning i kommunen med specialiseret tilbud af en eller anden art, så kræver det altså også, at man i kommunerne tænker: *koordination*. Man ved i forvejen, at der er et stort behov for at koordinere mellem de forskellige forvaltninger, men når man så forestiller sig, at man skal kombinere, altså man skal købe den neuroviden eller terapeut eller hvad I nu ikke fik med i pakken fra amterne og så skal kombinere det med den almene genoptræning, så kræver det, at man i kommunerne tænker: *koordinering*, for ellers lykkes det ikke – og det synes jeg bare, at jeg ville understrege.

#### **Lise Beha Erichsen:**

Ja, og i fortsættelse af det her vil jeg bare sige, at: *'Det her handler også om synlighed og det handler om viden'* – og før fik vi at vide fra Hørsholm Kommune, at man selvfølgelig havde haft hjerneskaderamte altid i kommunen, men da der kom fokus på området, så blev de mere synlige.

For få år siden, dengang der var noget der hed Ringkøbing Amt, da spurgte vi ud i alle kommunerne i Ringkøbing Amt – nogle spørgsmål omkring, hvilke aktiviteter de tilbød de hjerneskaderamte – og til vores store forundring var der flere af kommunerne, der meldte tilbage, at sådan nogle havde de ikke, og så må vi sige, at: *'Det ved vi ikke er rigtigt, vi ved det både fra vores medlemmer og vi ved det også rent statistisk'* – og derfor er noget af det vigtige jo at have synlighed på det her og selvfølgelig også, som vi også har talt meget om, at have viden – også viden ude i kommunerne til de visitatorer og sagsbehandlere, som skal sidde med det her – og så er det vigtigt, at man har en tværfaglighed, at man har nogen man kan gå til at spørge, som du også efterlyser i Frederiksberg Kommune.

- og det var rigtig dejligt at høre en positiv historie i dag om, hvor godt det kan gøres, det kan man jo lære af – for det er jo rigtigt, som Eva Hollænder sagde i går: *'I foreningerne der hører vi jo om alle de gange det ikke går godt'* – og jeg er ked af at sige det til jer, men: *'Det er altså rigtig mange gange, uanset om vi sidder og har en følelse af hver især, at det går godt, så sidder der altså mange hjerneskeramte og deres pårørende, som synes, at der er langt igen'* – og derfor er det jo godt, at vi får sådan nogle konferencer her, hvor vi får en fælles viden om, at det kan gøres bedre – og vores bud, som jeg sagde i går, det er noget med nogle bedre genoptræningsplaner, det er noget med noget tværfaglighed. Jeg synes, det var dejligt at høre om den lille engel. Jeg sidder bare og tænker: *'Åh-ha – det er lidt tilfældigt, at der er en lille engel i en kommune'*. Vi bør have et system, der har handicapkonsulenter eller koordinatore eller hvad pokker vi vælger at kalde dem, så det er et fast tilbud og ikke en tilfældighed.

## **Emne: kvalitetsniveau – behandlingsmæssige standarder – ensartethed**

### **Spørgsmål:**

#### **Niels Jørn Dalsgaard:**

Jeg tillader mig så at gå videre med noget, som egentlig ligger lidt i forlængelse af det, du har sagt her til sidst, Lise – og det bliver så primært noget der nok retter sig til dig, Torben – fordi Tóra Dahl fra Sundhedsstyrelsen, som var her i går, har ikke mulighed for at være her i dag og heller ikke Birgitte Ebbe Mathiesen, som præsenterede hvor langt de var i Region Syddanmark med at få lavet forløbsbeskrivelser på genoptræningsplaner og det kom jo frem dér, at de jo ikke er slået igennem – der skal ligesom sættes noget i gang om dem og finansieringen her i praksis og det jeg fornemmer lidt det er, at: *'Selvfølgelig er der lagt op til at kommunerne selv fastsætter deres serviceniveau, og spørgsmålet er: gør regionerne også det?'* – for et eller andet sted har det vi fra faglig side nok også kunne frygte kunne komme til at gøre sig gældende efter strukturreformen været, at der kunne ske et skred i det faglige niveau, eller at det faglige niveau kunne blive meget uensartet – det er nok også det, vi har erfaret lidt i praksis og det synes jeg også har fremgået her: nogle steder fungerer det, nogle steder fungerer det endda godt, nogle steder fungerer det ikke og nogle steder fungerer det i alt fald mindre godt.

Så spørgsmålet er: *'Hvor store kvalitetsforskelle kan man tillade sig at have i et land af vores størrelse?'* – og jeg mener også, at der i forhold til strukturreformen er lagt op til, at det her område skulle overvåges, netop for at sikre at der ikke bliver alt for stor uensartethed i standarden og kvalitetsniveauet – og så er det jeg lægger op til – og jeg ved ikke om du vil svare direkte på det Torben: *'Skal hver region selv finde, hvor niveauet skal være, i samarbejde med kommunerne hvad enten man gør det ved hjælp af forløbsbeskrivelser eller hvordan man griber opgaven an? Hvor meget skeler man til hinanden og hvor meget kan man ligesom acceptere, at der er forskel på niveauet rundt omkring? Det er der i alt fald på det kommunale niveau, kan der også være det på det regionale niveau eller hvorledes?'*

#### **Torben Hyllegaard:**

Nu har du jo provokeret mig til at gå ind i den her diskussion og det gør jeg gerne. Det er jo et kæmpe spørgsmål du rejser, og det er en meget meget langvarig udvikling, vi efter min bedste mening står over for. Jeg ved ikke, om vi skal starte på det niveau eller om vi skal tage et meget mere individuelt udgangspunkt. Jeg tror sådan set ikke, der er enighed mellem terapeuter og læger om, hvad er det for en indsats man altid laver og at man er enige om den er god og tilstrækkelig, osv. Så vi har et harmoniseringsproblem på: *'Hvad er godt nok?'* – og det er der mange kilder til at bidrage til. Der er nogle diskussioner i faglige selskaber, der er nogle faglige diskussioner i nogle faggrupper, der er nogle diskussioner omkring: *'Hvad er standarden på et konkret sygehus og hvad er standarden mellem de forskellige sygehuse?'* Jeg er ret overbevist om, at vi i løbet af 2008 og 2009 begynder at få nogle diskussioner i Region Hovedstaden om: *'Hvad er serviceniveauet, hvad er genoptræningsniveauet mellem de 9-10 somatiske hospitaler, der er i Region Hovedstaden?'* Vi har på arbejdsplanen – i den arbejdsgruppe, der arbejder med genoptræningsplaner – stående, at de skal kigge på forløbsprogrammer. Hvordan opgaven bliver tilrettelagt, er noget af det, vi overvejer i øjeblikket, men jeg er ret overbevist om, at det kommer.

Så spørger du: *'Snakkes der sammen mellem regionerne i den her sammenhæng?' – 'Ja, det gør der!' – 'Snakkes der sammen i øvrigt på nationalt plan?' – 'Ja, det gør der!' – men det er jo faktisk nu, først nu, hvor vi i rimelig grad får lavet genoptræningsplaner for alle de situationer, hvor der skal laves genoptræningsplaner, at vi skaber os et nationalt overblik, som gør, at vi kan få den der diskussion til at forløbe og jeg er fuldstændig overbevist om, at vi får diskussionen. Jeg er også overbevist om, at det bliver en lang vej med mange omveje frem til, at vi når frem til et mere ensartet niveau på ydelser, der kræver en rimelig ensartet håndtering. Så 'Ja' til, at vi har opmærksomhed på det – 'Ja' til, at vi vil det, men også at vi må have tålmodighed med processens hastighed – den er ekstremt kompliceret.*

### **Solveig Madsen, arbejder i fase 3, erhvervsafklaring for yngre hjerneskadede, Platangården, Vordingborg:**

Jeg tænker også, som du siger, Lise, at det handler om, at vi må organisere os ud af det og jeg tænker at dit oplæg, hvor man siger: *'Ja, men man har brug for, at de her genoptræningsplaner er meget mere specificerede ud – er det undervejs?' – kan jeg så spørge Torben om? Hvad ligger der i forløbsprotokollen? Hvor lang tid efter sygehus fase 2 er der indtænkt i de her forløbsprotokoller?*

### **Torben Hyllegaard:**

Til alle de konkrete spørgsmål kan jeg kun sige, at det er spørgsmål, som vi har stillet os selv, og som vi på en eller anden måde skal have med ind i det arbejde, som vi starter her lige efter påske. Hvordan det kommer til at udspille sig i detaljer, det har vi ikke et fuldt overblik over, men vi er jo nødt til på en eller anden måde at prøve at få samlet op på de behov for yderligere detaljeringer, der ligger.

Det er også nødvendigt, at vi på en eller anden måde får sagt noget om et tidsperspektiv. Jeg er enig med Frank i, at der kan laves rehabilitering i et livslangt forløb, men man skal jo bare være opmærksom på, ligesom i det her tilfælde, som du nævner, at det ikke er den samme indsats, der skal køre hele tiden – så man skal have nogle vurderingspunkter ind, sådan så vi kan sige: *'Hvornår er det en ny indsats, der er behov for – hvornår er det en anden indsats, der er behov for?'* – det er også noget af det, som vi skal prøve at få lagt ned i sådan nogle protokoller.

### **Fysioterapeut fra salen:**

En lille kommentar til det, vi lige drøfter nu omkring genoptræningsplaner: der går jeg selvfølgelig ind for, at der skal være meget mere samarbejde på alle leder og kanter ... terapeuter ude i kommunerne.

Hvis vi gør genoptræningsplanerne mere specificerede, hvad jeg også går ind for, så skal vi være klar over, så er vi inde i en situation, hvor det ender med at blive en slags ordinationer, så dem vi sender dem ud til ikke ved, hvad de skal følge, hverken organisatorisk eller fagligt, fordi der også er sket det i mellemtiden – samtidig i kommunerne med strukturreformen – at terapeuterne har fået – hvad kan man sige – deres faglige frihed. Vi skal ikke gøre, som lægerne siger længere – vi skal gøre, som vi selv vurderer, er fagligt rigtigt – og det er en fare – dvs. at hvis der en, der skriver en ordination til mig eller en hvilken som helst anden terapeut, så er det min faglige vurdering, der afgør, hvad jeg gør.

### **Brita Øhlenschlæger:**

Vi taler om et problem, der har utrolig mange aspekter, som vi også har været inde på i de her dage, og når man kommer fra et Videnscenter, så skal man jo fortælle alt, hvad man véd og gør. Jeg har reklameret i går for 'Hjerne-kassen' og jeg vil lige orientere om, at: *'Vi er i gang med at etablere et net af kommunale kontaktpersoner.'* Vi har skrevet ud til samtlige kommuners voksen- og børnechefer og har fået respons fra 81 kommuner og omkring 120 kontaktpersoner, hvoraf de fleste er til voksne, men også nogle til børn og idéen med det er, at samle dem på et landsmøde, et for børn og et for voksne her i maj/juni og at de kommer ud på vores hjemmeside, som nogen man kan henvende sig til i pågældende kommune, hvis man har et hjerneskadeproblem. Det er vores lille bidrag – det løser bestemt ikke alt det, vi taler om, men jeg synes, I skal orienteres om det her.

**Frank Humle:**

Som opfølgning på dit spørgsmål om, om der skal være den samme kvalitet i alle regioner, hvordan man sikrer det, så tænkte jeg på, at måske man kunne gøre det, at man – og igen som opfølgning til det Marianne siger, hvis man laver en skelnen, der siger, at ligesom der kan være en fast model for, at: dét her er det mere almene og dét her kræver man laver en speciel tilegnet/tillempet indsats, så vi er ovre i det mere specialiserede – så er der i alle regioner i dag centre, der har specialviden om, hvordan man bedst træner/rehabiliterer folk med hjerneskade – og der er også et samarbejde mellem disse steder – man kunne også forestille sig, at: *'Man netop bygger en kvalitet og en indsats på de centre, der allerede eksisterer og det samarbejde, som der allerede er, når det drejer sig om det specialiserede.'*

**Lise Beha Erichsen:**

Ja, jeg vil sige, at det der med, at man skal have samme kvalitet, det kunne man jo komme nemt om ved, ved blot at sige, at: *'Der skal bare være en høj kvalitet.'*

Nu har det jo altid været sådan, i alle de år vi har haft kommunalt selvstyre, at der har været stor, stor forskel på, hvordan kommunerne har løst deres opgave, og det er jo lige meget hvilket område vi snakker om – om det er det sociale område, om det er hjerneskadeområdet eller om det er et andet handicapområde eller hvad pokker det er, så har der altid været sådan en stor forskel. Men det, der er det vigtige, synes jeg, det er, at man alligevel har et ensartet grundlag, man har en stor viden rundt omkring, man har nogle hjælpeværktøjer – og det er også der jeg synes, at genoptræningsplanerne kan bruges meget mere aktivt.

Det kan være flot, når man er terapeut, at sige, at: *'Det er vores vurdering, hvad der egentlig skal ske, når vi står med patienten.'* – men til det vil jeg bare sige: *'Ja, ja, men det er altså kommunerne, der betaler, så det lægger jo dog en grænse for, hvor meget der kan gøres'* – og det er jo hér, synes jeg, diskrepansen er. Det er, når der er en faglig vurdering og så skal den omsættes ude i kommunerne og det er her, vi skal lave en eller anden form for system, der gør, at man sørger for at tage det individuelle udgangspunkt for den enkelte hjerneskaderamte og dennes familie og så lave den her rehabiliteringsplan – og den synes jeg egentlig, vi har talt alt for lidt om. *'Vi er nødt til at se det i én stor sammenhæng, hvis vi vil gøre det bedst muligt for den, der er ramt.'*

**Fysioterapeut fra salen:**

Jeg bliver lige nødt til at kommentere det kort:

Der er sket det nye, også ude i kommunerne, at kommunale terapeuter også har den faglige selvstændighed og den er ikke vigtig lige nu, men det er fuldstændig, som hvis man sender en person til en psykolog eller et andet sted hen: individuel behandler, individuel behandling, individuel faglig vurdering af hvilken behandling man vil tilbyde – og det kan man ikke organisere sig ud af. Det er klart, at man skal systematisere og kvalitetssikre og sikre høj kvalitet, men som der er nogen, der har sagt: *'Okay – det her er et individualiseret forløb, der kræver individuel vurdering af fageksperter og helst i samråd med andre fageksperter – de tværfaglige.'*

**Niels Jørn Dalsgaard:**

*'Ja, tak!'* – og hvis der ikke er flere kommentarer, så skal vi til at finde ud af at få rundet af. Jeg ved ikke, om vi sådan får tanker til et idé-katalog. Jeg tror, at hvis vi går det igennem, vi nu bånder og optager, så kan vi se bagefter, hvad der kommer frem af konklusioner.

**Marianne Engberg:**

Ja, det er en kort kommentar, for jeg synes, at vi nu nærmer os en diskussion af kvaliteten og vi vil selvfølgelig alle sammen gerne give den allerbedste kvalitet og der var Frode Svendsen jo i går inde på noget, som jeg synes er vigtigt – set fra en borgersynsvinkel – og det er idéen om, at man skal i gang med at akkreditere ting og jeg synes, at: *'En akkreditering af en lang række af de tilbud der er, vil give en retssikkerhed for borgere og give dem en øget mulighed for at finde ud af: Hvad er det, jeg kan få de forskellige steder?'*

Det betyder ikke nødvendigvis, at det bliver enklere at stå som person med en erhvervet hjerneskade, men det giver i hvert fald nogle muligheder for at orientere sig og dermed så tror jeg, at: *'Spørgsmålet om ensartethed og kravet om ensartet behandling, meget nemt kan gå hen og blive en lænke om foden på systemet, fordi alle mennesker er forskellige og ønsker noget forskelligt, så det er måske mere et spørgsmål om, at tilbuddene skal have en stor variation og differentiering i sine tilbud, sådan at dét blive tydeligt.'*

**Jeanne Bertelsen:**

Det kan jeg jo selvfølgelig kun støtte op om, men jeg synes det er lidt vigtigt for mig, som har et ben i kommunen, at sige, at: *'Jeg er meget enig i, at folk skal have et individuelt specialiseret tilbud'*, men set fra den stol jeg sidder på og det felt jeg agerer i, er det altså også meget vigtigt at sige, at: *'Den tilbagemelding vi så får, i forhold til den indsats der bliver peget på, skal sættes i forhold til det helhedsorienterede arbejde vi sidder med.'*

Der er jo selvfølgelig forskel på: *'Hvad aldersgruppe, hvilken tilknytning til arbejdsmarkedet – skal de tilbage til arbejdsmarkedet?' 'Er det dét indsatsen går på eller er det for at forhøje livskvaliteten eller hvad er det, vi har med at gøre?'* – og det er i den sammenhæng vi sætter forslag til de ting og indsatser, der skal sættes i værk – og det er meget vigtigt, at også dem, der laver tilbuddene, har dét for øje. Snakker vi om en ung mand, som skal have et langt liv på arbejdsmarkedet, er det klart så putter vi mange flere kroner i det – håber jeg – og er det en familie med børn, så gør vi også, men er det en person på 83 år, er det klart, så begrænser det sig i forhold til den indsats – for vi har jo selvfølgelig ikke uanede midler – men det er bare det, at: *'Det giver en forståelse for at gå ind i helhedsorienteret arbejde, hver gang vi får en tilbagemelding.'*

**Udskriften af paneldebatten er fra lydsporet af en videooptagelse – der må derfor tages forbehold for, at der kan forekomme fejlцитater.**