

4/2016

STATSREVISORERNE
RIGSREVISIONEN



Rigsrevisionens beretning om

indsatsen over for patienter med hjerneskade

afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger



1849
147.281
237
1976
114.6
22.480
908

November 2016

4 /
2016

Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2016

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18: Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Sundheds- og ældreministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i april 2017.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerens eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerens Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2016, som afgives i februar 2018.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls.dk
Hjemmeside: www.rosendahls.dk

ISSN 2245-3008
ISBN 978-87-7434-507-7

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM INDSATSEN OVER FOR PATIENTER MED HJERNESKADE

Mindst 120.000 danskere lever med mén efter en hjerneskade. I 2015 udskrev hospitalerne ca. 7.100 patienter med hjerneskade til genoptræning i kommunerne.

Regeringen indgik i 2013 en aftale med alle partier i Folketinget om at styrke indsatsen over for patienter med hjerneskade. Baggrunden var en evaluering af kommunalreformen, der viste, at der var problemer med at skabe sammenhæng mellem hospitalernes og kommunernes indsats, og at kvaliteten i kommunernes tilbud om genoptræning og rehabilitering var uensartet. I den forbindelse har Sundheds- og Ældreministeriet i perioden 2011-2015 bl.a. udmøntet en pulje på 150 mio. kr. til projekter i kommunerne og revideret bekendtgørelsen, så alle patienter med behov har ret til en genoptræningsplan og genoptræning på rette niveau.

Statsrevisorerne finder, at Sundheds- og Ældreministeriets indsats for at skabe sammenhæng og kvalitet i indsatsen over for patienter med hjerneskade ikke har været helt tilfredsstillende.

Ministeriet har opstillet rammerne for indsatsen, men har ikke i tilstrækkelig grad fulgt op på, om alle patienter med behov får en genoptræningsplan og tilbydes genoptræning af god kvalitet uden unødigt ventetid.

Statsrevisorerne bemærker i den forbindelse:

- at der i 2015 var markant forskel mellem kommunen med den korteste ventetid på genoptræning på 5 dage og kommunen med den længste ventetid på 32 dage
- at Sundheds- og Ældreministeriet ikke har sikret en effektiv forvaltning af puljen til at styrke sammenhæng og kvalitet i kommunernes genoptræning
- at der på landsplan er behov for fælles data, viden og test af, om genoptræningen virker efter hensigten, og om kvaliteten er i orden.

STATSREVISORERNE,
den 9. november 2016

Peder Larsen
Henrik Thorup*)
Klaus Frandsen
Lennart Damsbo-Andersen
Søren Gade
Simon Emil Ammitzbøll

**) Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.*

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Introduktion og konklusion	1
1.1. Formål og konklusion	1
1.2. Baggrund	4
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning	7
2. Sundheds- og Ældreministeriets indsats over for patienter med hjerneskade	9
2.1. Sammenhængen i overgang fra hospital til kommune	9
2.2. Kvaliteten i genoptræningen	16
Bilag 1. Metodisk tilgang	29
Bilag 2. Ordliste	32

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Sundheds- og Ældreministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011

Astrid Krag: oktober 2011 - februar 2014

Nick Hækkerup: februar 2014 - juni 2015

Sophie Løhde: juni 2015 -

Beretningen har i udkast været forelagt Sundheds- og Ældreministeriet, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. FORMÅL OG KONKLUSION

1. Denne beretning handler om, hvordan Sundheds- og Ældreministeriet understøtter sammenhæng og kvalitet i indsatsen over for patienter med erhvervet hjerneskade (herefter patienter med hjerneskade).

2. Kommunalreformen i 2007 overførte ansvaret for patienternes genoptræning fra de tidligere amter til kommunerne. De fik i den forbindelse tilført 693 mio. kr. til at varetage genoptræningen af alle patienter, efter at hospitalerne har behandlet dem.

3. Baggrunden for undersøgelsen er regeringens evaluering af kommunalreformen i 2013. Den viste en række udfordringer i sammenhængen mellem hospital og kommune og kvaliteten i kommunernes tilbud om genoptræning. Det gjaldt særligt for patienter med hjerneskade. Udfordringerne var bl.a. kommunale forskelle i ventetid til genoptræning, overlevering af information om patienten fra sygehus til kommune samt kvalitet og kompetencer i den kommunale genoptræning. Undersøgelsen fokuserer på, hvordan Sundheds- og Ældreministeriet har håndteret disse udfordringer på hjerneskadeområdet.

4. I 2015 fik ca. 22.000 danskere en hjerneskade, heraf var ca. 19.000 i live i begyndelsen af 2016. Det skønnes, at mindst 120.000 danskere lever med følgerne af en hjerneskade, som ofte kraftigt påvirker patientens og de pårørendes hverdag, familieliv og fremtid.

Patienter med mén efter en hjerneskade har ofte behov for genoptræning, når hospitalet er færdig med at behandle dem. Hospitalerne henviser disse patienter til genoptræning og rehabilitering (herefter genoptræning) i kommunerne. Hospitalerne udskrev i 2015 ca. 114.500 patienter til genoptræning i kommunerne, heraf ca. 7.100 patienter med hjerneskade.

5. Sundheds- og Ældreministeriet anslår, at sundhedsvæsenets omkostninger til behandling og genoptræning i 2008 var 110.000 kr. pr. patient med hjerneskade, og de kommunale omkostninger udgjorde 60.000 kr. pr. forløb. Genoptræning kan medvirke til at reducere de efterfølgende udgifter til hjemmehjælp, sygedagpenge, førtidspension mv.

ERHVERVET HJERNESKADE

En erhvervet hjerneskade opstår som følge af sygdom eller ulykke - i modsætning til en medfødt hjerneskade.

EVALUERING AF KOMMUNALREFORMEN

Regeringen nedsatte i februar 2012 et udvalg, der skulle evaluere kommunalreformen. Udvalget skulle bl.a. gennemføre et serviceeftersyn af den nuværende opgavefordeling i den offentlige sektor.

GENOPTRÆNING

Ved genoptræning træner patienten kroppen og evnen til at udføre aktiviteter, fx at gå igen, spise eller tale.

REHABILITERING

Rehabilitering er målrettede og tidsbestemte forløb, hvor patienten får koordinerede ydelser på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområderne.

Formålet med at genoptræne og rehabilitere er, at patienten enten opnår samme funktions- evne som tidligere eller den bedst mulige.

FORLØBSPROGRAM

Et forløbsprogram beskriver en samlet tværfaglig og koordineret indsats på tværs af sektorer over for en given patientgruppe.

Et forløbsprogram kan desuden bidrage til, at de involverede faggrupper og sektorer bruger evidensbaserede, faglige retningslinjer og samarbejder med hinanden på tværs.

Sundheds- og Ældreministeriet har revideret "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus", nr. 1088 af 6. oktober 2014. Den nye bekendtgørelse har virkning fra 1. januar 2015.

6. Sundheds- og Ældreministeriet har det overordnede ansvar for indsatsen på sundhedsområdet. Dermed skal ministeriet bl.a. fastsætte rammer i form af bekendtgørelser, vejledninger mv. om patienters forløb på tværs af hospitaler og kommuner. Regioner og kommuner har driftsansvaret for at behandle og genoptræne patienterne.

7. Sundheds- og Ældreministeriet har siden 2010 gennemført en række initiativer, der er målrettet indsatsen over for patienter med hjerneskade. Ministeriet har bl.a. udarbejdet "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade" (herefter forløbsprogrammet) i samarbejde med bl.a. regioner og kommuner og udmøntet "Puljen til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade" (herefter puljen til styrket genoptræning) i perioden 2011-2015. Puljen skulle medvirke til, at patienter med hjerneskade blev tilbudt et sammenhængende forløb med genoptræning af høj kvalitet. Derudover har ministeriet revideret "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus" (herefter bekendtgørelsen om genoptræningsplaner).

8. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Sundheds- og Ældreministeriet har understøttet sammenhæng og kvalitet i den genoptræning, som patienter med hjerneskade får. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i september 2015.

KONKLUSION

Rigsrevisionen vurderer, at Sundheds- og Ældreministeriet trods en række initiativer ikke i helt tilstrækkelig grad har understøttet sammenhæng og kvalitet i indsatsen over for patienter med hjerneskade.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at genoptræning af patienter med hjerneskade er en kompleks opgave med mange aktører i den styringskæde, der også i sidste led skal sikre, at patienterne får den relevante genoptræning. Sundheds- og Ældreministeriet er i den sammenhæng afhængig af andre aktørers evne, vilje og mulighed for i praksis at sikre dette. Ministeriet sætter således generelt rammerne for behandling og genoptræning af patienter med hjerneskade, mens hospitaler og kommuner i det daglige skal efterleve disse. Undersøgelsen viser dog, at ministeriet ikke i tilstrækkelig grad har fulgt, at de rammer, ministeriet opstiller for at skabe sammenhæng og kvalitet, efterleves efter hensigten og virker til gavn for patienterne. Ministeriet kunne herudover specifikt i sin behandling af puljen til styrket genoptræning i højere grad have stillet præcise krav til og fulgt den enkelte kommunes indsats og samarbejde med specialiserede hjerneskadetilbud. Ministeriet kunne dermed have modvirket en risiko for afspecialisering, hvor patienter ikke genoptrænes på rette niveau. Det betyder, at ministeriet ikke i tilstrækkelig grad har sikret viden om, hvorvidt de problemer, der blev peget på i evalueringen af kommunalreformen i relation til genoptræning af patienter med hjerneskade, er håndteret godt nok.

Sammenhængen i indsatsen

For at sikre sammenhæng er det vigtigt, at patienter får en genoptræningsplan og tilbydes genoptræning uden unødigt ventetid. Undersøgelsen viser, at der er indikationer på, at hospitalerne ikke fuldt ud efterlever bekendtgørelsen om genoptræningsplaner. Hospitalerne sender således en del planer for sent, og der er stor forskel på, hvor mange genoptræningsplaner hospitalerne udarbejder. Det kan betyde, at patienter ikke har lige adgang til genoptræning. Sundheds- og Ældreministeriet har trods den viden ikke taget initiativ til at få en overordnet viden om, hvorvidt patienter med behov herfor generelt modtager en genoptræningsplan. Ministeriet oplyser, at de vil tage kontakt til regionerne for at sikre, at genoptræningsplanerne sendes til tiden. Det finder Rigsrevisionen positivt.

Et initiativ målrettet indsatsen over for patienter med komplekse hjerneskader er hospitalernes mulighed for at henvise til rehabilitering på specialiseret niveau. Antallet af patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, er dog meget lavt. Det indikerer, at hospitalerne ikke henviser alle relevante patienter. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at der er usikkerhed om indberetningerne, og at antallet af henvisninger derfor kan være højere. Ministeriet vil fremadrettet følge udviklingen i antallet af henvisninger. Det finder Rigsrevisionen positivt.

Undersøgelsen viser, at der også er indikationer på, at ikke alle patienter tilbydes genoptræning uden unødigt ventetid. Der er således markante forskelle mellem kommunerne med den korteste og den længste ventetid, og ventetiden er generelt kun faldet marginalt fra 2010 til 2015.

Kvaliteten af patienternes genoptræning

For at sikre kvaliteten af genoptræning er det vigtigt, at genoptræningen lever op til de fastsatte krav, og at udbuddet af genoptræning matcher patienternes behov. Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriets forvaltning af puljen til styrket genoptræning ikke fuldt ud har været hensigtsmæssig, og at ministeriet bl.a. ikke har sikret, at der var opstillet mål for projekterne. Det er derfor uklart, om puljen og opfølgningen reelt har medvirket til, at genoptræningen i kommunerne har den fornødne kvalitet. Undersøgelsen viser videre, at ministeriet generelt ikke ved, om genoptræningen i kommunerne lever op til kravene, eller om patienternes behov for avanceret genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau dækkes af de eksisterende tilbud. De 2 kategorier af tilbud skal genoptræne 75 % af patienterne med hjerneskade. Kvaliteten af genoptræningen kan understøttes ved at indsamle viden om effekten på tværs af hospitaler og kommuner. Undersøgelsen viser dog, at der ikke indsamles viden herom.

Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet planlægger at iværksætte en dialog med relevante aktører på området for at kortlægge, hvilke initiativer der hensigtsmæssigt kan tages fremadrettet for at understøtte arbejdet med at styrke sammenhængen og kvaliteten i indsatserne over for patienter med erhvervet hjerneskade.

REHABILITERING PÅ SPECIALISERET NIVEAU

Rehabilitering på specialiseret niveau tilbydes patienter, som har komplicerede, omfattende og/eller alvorlige nedsættelser af deres funktionsevne af væsentlig betydning for flere livs-områder. Det gælder især patienter med kompleks hjerneskade.

Rehabilitering på specialiseret niveau skal varetages af få tilbud i landet, som kommunerne henviser til.

AVANCERET GENOPTRÆNING

Avanceret genoptræning tilbydes patienter med omfattende nedsættelse af funktionsevnen.

Patienter med behov for avanceret genoptræning har brug for indsatser, som sundhedspersoner med særlige kompetencer udfører.

Samtidig vil nogle af patienterne have behov for, at personalet koordinerer genoptræningen med andre indsatser på avanceret eller specialiseret niveau.

1.2. BAGGRUND

9. Regeringen fremlagde i 2013 på baggrund af evalueringen af kommunalreformen udspillet *Bedre kvalitet og samarbejde*. Det skulle bidrage til, at borgerne oplever en sammenhængende offentlig sektor, når de bevæger sig mellem myndigheder. Det fremgik også af udspillet, at regeringen ville tage en række initiativer til at afhjælpe de problemer, som patienter med hjerneskade ifølge evalueringen oplevede. Regeringen blev med udspillet enig med alle Folketingets partier om en aftale. Aftalen skulle bl.a. give mere sammenhæng og kvalitet og i sundhedsvæsenet og en kvalificeret indsats for grupper med særlige behov.

SUNDHEDSLOVEN

Sundhedsloven fastsætter, at patienter med behov har ret til en genoptræningsplan og genoptræning efter udskrivning fra hospital. Genoptræningsplanen skal bl.a. beskrive, hvad det er, patientens genoptræning skal rette sig imod.

FUNKTIONSEVNE

Funktionsevne er et mål for patientens evne til at lave forskellige fysiske og psykiske aktiviteter. Fysisk eller psykisk sygdom kan nedsætte en patients funktionsevne.

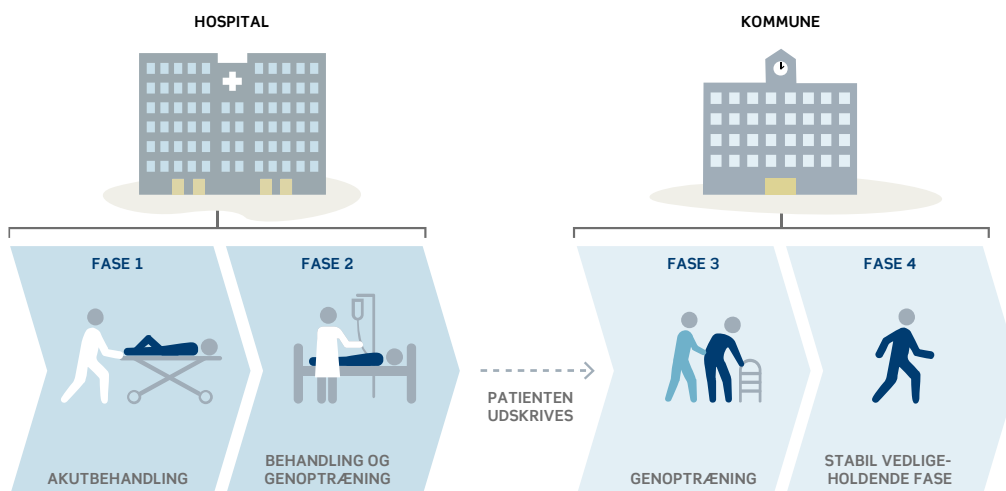
10. Sundhedsloven fremhæver, at sammenhængende patientforløb er vigtige. Det fremgår af lovens bemærkninger, at sundhedsvæsenets tilbud til patienten skal karakteriseres af kontinuitet, sammenhæng og tryghed. Samtidig skal patienten have netop den ydelse, som patienten har behov for, uanset hvilken myndighed der har ansvaret.

Behandling og genoptræning af patienter med hjerneskade

11. Et forløb for en patient med hjerneskade, der har behov for genoptræning, involverer typisk både hospital og kommune. Der er 4 faser, fra skaden sker, til patienten har nået den bedst mulige funktionsevne. Forløbet med de 4 faser er gengivet i figur 1.

FIGUR 1

ET TYPISK FORLØB FOR EN PATIENT MED HJERNESKADE, DER HAR BEHOV FOR GENOPTRÆNING



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af forløbsprogrammet.

Figur 1 viser, at den akutte behandling sker i fase 1, hvor fx en ambulance henter patienten, mens hospitalet behandler patienten i fase 2 og starter genoptræning. I fase 3 genoptræner kommunen patienten, der er udskrevet fra hospitalet, mens fase 4 er den vedligeholdende fase i kommunen.

Sundheds- og Ældreministeriet sætter ifølge sundhedsloven rammerne for indsatsen i fase 1 og fase 2 af patientforløbet. Når patienten overgår fra behandling på hospital til genoptræning i kommunen (fase 2 til fase 3), er det også ministeriet, der sætter rammerne. I fase 3 foregår der genoptræning efter sundhedsloven og en vedligeholdende indsats efter serviceloven og lovgivning på undervisnings- og beskæftigelsesområdet.

I kapitel 2 har vi fokus på Sundheds- og Ældreministeriets indsats for at understøtte, at patienter med hjerneskade oplever sammenhæng, når de overgår fra fase 2 til fase 3, og på kvaliteten af den genoptræning, der foregår i fase 3.

Ansvars- og opgavefordeling mellem ministeriet, regioner og kommuner

12. Sundheds- og Ældreministeriet har ansvaret for sundhedsområdet. Som led heri skal ministeriet løbende følge med i, hvordan regioner og kommuner administrerer lovgivningen på området. Det indebærer, at ministeriet skal følge, hvordan lovene fungerer i praksis, og om formålet med lovene bliver indfriet.

Regionerne driver som hovedopgave sundhedsvæsenet og har ansvaret for hospitalerne, der udreder og behandler patienter med hjerneskade. Hospitalerne henviser patienter til kommunerne til enten almen genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau. Almen genoptræning dækker over 2 niveauer: basal genoptræning og avanceret genoptræning.

Kommunerne skal tilbyde hjælp og støtte til patienter med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, herunder genoptræning. Kommunerne kan vælge selv at drive tilbud og institutioner eller indgå aftaler om at bruge andre kommuners tilbud, regionale tilbud eller private tilbud. Den enkelte kommune behøver således ikke selv etablere alle typer tilbud, men kan stille disse til rådighed via aftaler med andre aktører.

Kommunen beslutter på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering, om en patient, der er henvist til almen genoptræning, skal genoptrænes på basalt eller avanceret niveau. Hospitalet beslutter, om patienten skal henvises til rehabilitering på specialiseret niveau.

13. Sundheds- og Ældreministeriet reviderede bekendtgørelsen om genoptræningsplaner på baggrund af evalueringen af kommunalreformen. Bekendtgørelsen gælder for alle patienter med behov for genoptræning og handler om den del af patientens genoptræning, der foregår i henhold til sundhedsloven, efter at hospitalet har udskrevet patienten.

SERVICELOVEN

Serviceloven fastsætter retten til personlig hjælp, rehabilitering, genoptræning og vedligeholdelsestræning.

Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner er uddybet i "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner".

Bekendtgørelsen udmønter § 84 og § 140 i sundhedsloven, der fastlægger, at patienter med behov har ret til en genoptræningsplan og genoptræning, jf. boks 1.

BOKS 1

GENOPTRÆNINGSPLANEN

En genoptræningsplan svarer til en henvisning og giver patienten adgang til genoptræning i kommunen. Hospitalet udarbejder planen, der beskriver patientens funktionsevne og behov for at blive genoptrænet. Hospitalet skal sende planen til kommunen, senest når patienten udskrives. Kommunen bruger planen til at planlægge patientens videre genoptræning.

Uden en genoptræningsplan er kommunen ikke forpligtet til at tilbyde patienten genoptræning under sundhedsloven. Modtager patienten en genoptræningsplan, som ikke er godt nok udfyldt, er der risiko for, at patienten ikke tilbydes den rette genoptræning i kommunen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner.

14. Ved regeringsdannelsen i juni 2015 blev servicelovens § 83, § 83a og § 86, der handler om personlig hjælp, rehabilitering, genoptræning og vedligeholdelsestræning, overført til Sundheds- og Ældreministeriet fra Social- og Indenrigsministeriet. Sundheds- og Ældreministeriet har derfor i dag det samlede ansvar for genoptræning og dermed ansvaret for at sætte rammerne for denne indsats.

15. Sundheds- og Ældreministeriet har foruden bekendtgørelsen om genoptræningsplaner udarbejdet generelle vejledninger om genoptræning i kommunerne. Disse har også relevans for hjerneskadeområdet og skal forbedre sammenhængen og kvaliteten i kommunernes tilbud om genoptræning:

- "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner" nr. 9759 af 8. oktober 2014
- "Vejledning om kommunal rehabilitering" fra 2011.

Ministeriet har desuden særligt for hjerneskadeområdet:

- afholdt en konference om hjerneskaderehabilitering i samarbejde med Socialstyrelsen, Danske Regioner, KL, Hjernesagen og Hjerneskadeforeningen i 2015, hvor temaet var sammenhæng og kvalitet i indsatserne for patienter med erhvervet hjerneskade
- udarbejdet "National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi" fra 2014
- udarbejdet "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje" fra 2014
- udarbejdet "Øget faglighed i genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus – Stratificeringsmodel, specialiseringsniveauer og krav til genoptræningsplaner" fra 2014

- udmøntet "Puljen til styrket indsats for unge med hjerneskade" til projekter i de 5 regioner i perioden 2012-2016
- udmøntet "Puljen til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med hjerneskade" i perioden 2011-2015.
- udarbejdet "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade" fra 2011.
- udarbejdet "Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering" fra 2011.

1.3. REVISIONSKRITERIER, METODE OG AFGRÆNSNING

Revisionskriterier

16. Sundheds- og Ældreministeriet skal følge, at lovgivningen under ministeriet fungerer efter hensigten, og om ministeriets initiativer i øvrigt har den ønskede effekt. Det gælder fx uddeling af tilskud og udarbejdelse af vejledninger. Ministeriet bør have en skærpet bevågenhed, når ministeriet kender til en særlig risiko for, at lovgivningen ikke implementeres efter hensigten. Det er tilfældet for genoptræning af patienter med hjerneskade, hvor evalueringen af kommunalreformen i 2013 gjorde ministeriet opmærksom på, at der var en række udfordringer.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i Finansministeriets "Vejledning om effektiv tilskudsforvaltning" fra 2011, sundhedslovens krav til sundhedsvæsenet om bl.a. sammenhæng mellem ydelser, bekendtgørelsen om genoptræningsplaner, "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner" og forløbsprogrammet.

17. Afsnit 2.1 handler om, hvorvidt Sundheds- og Ældreministeriet understøtter sammenhængen i patientens overgang fra behandling på hospital til genoptræning i kommunen. Afsnit 2.2. handler om, hvorvidt ministeriet har fulgt vejledningen om effektiv tilskudsforvaltning i forvaltningen af puljen til styrket genoptræning, og om ministeriet generelt understøtter, at patienten får den rette genoptræning i en høj kvalitet.

Metode og afgrænsning

18. Vi har i undersøgelsens indledende fase interviewet patientforeningen Hjernesagen, ligesom vi har interviewet en fokusgruppe med patienter med hjerneskade og pårørende.

Vi har interviewet Sundheds- og Ældreministeriet og gennemgået materiale fra ministeriet. Materialet omfatter en bekendtgørelse, vejledninger, publikationer og evalueringer. Vi har desuden undersøgt en stikprøve på 47 ud af 95 projekter fra ministeriets pulje til styrket genoptræning.

Vi har også indhentet materiale fra og interviewet:

- Social- og Indenrigsministeriet
- Region Syddanmark og Region Nordjylland
- Odense Universitetshospital (Svendborg), Sydvestjysk Sygehus (Grindsted), Sygehus Lillebælt (Vejle) og Aalborg Universitetshospital
- Assens Kommune, Kolding Kommune og Aalborg kommune.

De 3 kommuner har modtaget midler fra puljen til styrket genoptræning. Vi har interviewet regioner, hospitaler, kommuner og patienter om omfanget og karakteren af de udfordringer, som patienter med hjerneskade oplever i deres behandling og genoptræning.

Vi har indhentet data fra Sundhedsdatastyrelsen om bl.a. antal patienter med hjerneskade, ventetider og patienternes funktionsevne.

19. Undersøgelsen handler om alle voksne patienter over 18 år med hjerneskade. Undersøgelsen omfatter dermed både patienter med milde symptomer og patienter med meget komplekse hjerneskader. Undersøgelsen inddrager ikke børn eller patienter med medfødt hjerneskade. Sundheds- og Ældreministeriets "Pulje til styrket indsats for unge med hjerneskade" til projekter i de 5 regioner indgår derfor heller ikke i undersøgelsen.

20. Undersøgelsen omfatter perioden 2010 - medio 2016. Undersøgelsen strækker sig tilbage til 2010, da vi inddrager evalueringen af kommunalreformen, som bl.a. baserer sig på tal fra 2010.

21. Rigsrevisionen har tidligere udarbejdet en beretning om sammenhængende patientforløb (nr. 7/2008). Beretningen handler om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses og regionernes arbejde med at understøtte sammenhængende patientforløb mellem almen praksis, sygehus og kommune. Denne beretning adskiller sig fra den tidligere beretning ved at undersøge ministeriets indsats over for en enkelt målgruppe: patienter med hjerneskade. Den ser desuden kun på sammenhængen mellem hospital og kommune.

22. Vi har udført revisionen i overensstemmelse med god offentlig revisionsskik, baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

23. Vi uddyber undersøgelsens metode i bilag 1. Bilag 2 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Sundheds- og Ældreministeriets indsats over for patienter med hjerneskade

2.1. SAMMENHÆNGEN I OVERGANG FRA HOSPITAL TIL KOMMUNE

24. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at der er sammenhæng, når patienten overgår fra hospital til genoptræning i kommunen. Det har vi gjort ved at undersøge, om ministeriet har viden om, hvorvidt alle relevante patienter får en genoptræningsplan til tiden, og om patienter med behov henvises til rehabilitering på specialiseret niveau. Vi har desuden undersøgt, om ministeriet følger patienternes ventetid til genoptræning i kommunen.

Genoptræningsplaner til patienter med behov

25. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet har viden om, hvorvidt alle patienter med behov for en genoptræningsplan også modtager en. Ifølge sundhedslovens § 84 har patienter med et lægefagligt behov for fortsat genoptræning efter udskrivelse fra hospital ret til en genoptræningsplan. Kommunerne har, jf. § 140 i sundhedsloven, pligt til at tilbyde patienten genoptræning på baggrund af genoptræningsplanen.

26. Genoptræningsplanen indeholder information til kommunen om patientens funktions- evne og behov for genoptræning. Kommunerne kan ikke tilsidesætte lægens vurdering og beskrivelse af patientens behov for genoptræning. Genoptræningsplanen er således særdeles væsentlig for at sikre sammenhæng, når patienten overgår fra hospitalet til kommunen.

27. En undersøgelse fra Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) fra 2016 om udviklingen i antal genoptræningsplaner viser, at der er stor forskel på antallet af genoptræningsplaner mellem regioner, hospitaler og kommuner.

Det varierer således betydeligt mellem regionerne og hospitalerne, hvor ofte de sender en genoptræningsplan til kommunerne. Fx viser undersøgelsen, at hospitalerne i Region Midtjylland udarbejder færrest genoptræningsplaner med 51 planer pr. 1.000 sygehuskontakter, mens hospitalerne i Region Syddanmark udarbejder flest med 74 planer pr. 1.000 sygehuskontakter. Undersøgelsen viser samtidig, at den kommune, der modtager flest genoptræningsplaner pr. 1.000 indbyggere, modtager mere end 3 gange så mange genoptræningsplaner som den kommune, der modtager færrest genoptræningsplaner.

Undersøgelsen forholder sig ifølge KORA ikke til, hvad der er det *rigtige* niveau for antallet af genoptræningsplaner. Men forskellene mellem hospitalerne er så store, at KORA sætter spørgsmålstejn ved, om der er tilstrækkelig styring og koordination på genoptræningsområdet.

28. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet ikke følger, om alle patienter med behov får en genoptræningsplan. Der er ifølge ministeriet hverken studier eller audits, som kan vise det. Ministeriet følger data om antallet af genoptræningsplaner til almen genoptræning og kan konstatere, at antallet stiger. Ministeriet oplyser, at ministeriet er bekendt med, at der er store forskelle på, hvor mange genoptræningsplaner hospitalerne udarbejder i de 5 regioner. Det er uvist, om det skyldes, at nogle hospitaler udarbejder genoptræningsplaner til patienter, der ikke har et lægefagligt behov herfor, eller om der er patienter, der har behov, som ikke modtager en genoptræningsplan. Variationen i antallet af genoptræningsplaner kan skyldes flere faktorer, herunder at der er forskel på, hvilke og hvor mange patienter hospitalerne behandler.

Ministeriet oplyser videre, at regionerne skal stille mod ensartede tilbud på tværs af landet. Det er efter ministeriets opfattelse ikke praktisk muligt at overvåge, om alle patienter med behov får en genoptræningsplan, da dette beror på en konkret, lægelig vurdering. I stedet er retten til en genoptræningsplan, ligesom andre patientrettigheder, omfattet af mulighederne for at klage.

29. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriet bør have en overordnet viden om, hvorvidt hospitaler og kommuner overholder patienternes rettigheder, der beror på andet end patienternes adgang til at klage. Det gælder især, når ministeriet ved, at der er stor forskel på, hvor mange genoptræningsplaner hospitalerne udarbejder på tværs af landet. Det indikerer, at ikke alle relevante patienter får en genoptræningsplan.

Genoptræningsplaner til tiden

30. Vi har videre undersøgt, om hospitalerne sender genoptræningsplanen til kommunen til tiden, så kommunen får mulighed for at planlægge den rette genoptræning uden unødigt ventetid for patienten.

Det fremgår af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner, at hospitalet skal sende planen til kommunen, senest når patienten udskrives. Tabel 1 viser andelen af genoptræningsplaner, som hospitalerne sender for sent i de enkelte regioner.

TABEL 1

ANDELEN AF GENOPTRÆNINGSPLEANER, SOM HOSPITALERNE SENDER FOR SENT

	2013 (4. kvartal)	2014 (4. kvartal)	2015 (4. kvartal)
Region Hovedstaden	36 %	20 %	21 %
Region Sjælland	58 %	23 %	27 %
Region Syddanmark	-	-	-
Region Midtjylland	29 %	28 %	28 %
Region Nordjylland	34 %	37 %	38 %

Note: Data er opgjort for alle patienter, der har fået en genoptræningsplan, og ikke særskilt for patienter med hjerneskade. Der findes ikke data for Region Syddanmark, da deres it-system ikke understøtter et sådant udtræk.

Kilde: Regionernes Sundheds-it.

Det fremgår af tabel 1, at Region Hovedstadens hospitaler i 4. kvartal 2015 sendte 21 % af genoptræningsplanerne for sent, mens hospitalerne i Region Sjælland og Region Midtjylland sendte henholdsvis 27 % og 28 % af planerne for sent. I Region Nordjylland blev 38 % af genoptræningsplanerne sendt for sent. Hospitalerne sendte i 4. kvartal 2015 mellem 21 % og 38 % af patienternes genoptræningsplaner for sent. Det kan gøre det vanskeligt for kommunerne at planlægge genoptræning uden unødigt ventetid for patienterne.

Det fremgår videre af tabel 1, at der i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland i perioden 2013-2015 er en positiv udvikling, hvor flere genoptræningsplaner sendes til tiden. I Region Nordjylland er der derimod i samme periode en mindre stigning i andelen af genoptræningsplaner, der sendes for sent.

31. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet finder det bekymrende, at hospitalerne sender en betydelig del af genoptræningsplanerne for sent til kommunerne. Ministeriet vil derfor tage kontakt til regionerne med henblik på at sikre, at hospitalerne overholder de gældende regler.

Patienternes henvisning til rehabilitering på specialiseret niveau

32. Vi har undersøgt, om patienter henvises til rehabilitering på specialiseret niveau i et omfang, der stemmer overens med Sundheds- og Ældreministeriets forventninger til målgruppens størrelse.

33. Evalueringen af kommunalreformen viste, at den største udfordring for kommunerne var at rehabiliterer patienter med de mest komplekse behov, fx patienter med kompleks hjerneskade. Det var derfor ifølge Sundheds- og Ældreministeriet ud fra et fagligt perspektiv centralt, at hospitalerne fik kompetence til at fastlægge det niveau af genoptræning, som disse patienter burde have i kommunerne.

Ministeriet reviderede på den baggrund bekendtgørelsen om genoptræningsplaner med virkning fra 1. januar 2015. Den reviderede bekendtgørelse skal ifølge ministeriet øge kvaliteten og fagligheden af genoptræningen for patienter med komplekse genoptræningsbehov, herunder patienter med kompleks hjerneskade. Den skal også medvirke til, at disse får det rette tilbud.

Når patienten udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau, skal hospitalet afholde en udskrivningskonference med kommunen. Formålet er at overlevere information om patienten hensigtsmæssigt.

Den reviderede bekendtgørelse betyder, at hospitalerne som noget nyt kan henvise patienter med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser til rehabilitering på specialiseret niveau i kommunerne. Det skal sikre, at patienter med de største behov får den nødvendige indsats i kommunerne.

Den reviderede bekendtgørelse giver samtidig hospitalerne – for patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau – mulighed for eventuelt at anbefale metode, omfang og karakter af den videre genoptræning, som kommunerne skal følge. Hospitalerne har ikke tilsvarende mulighed for at anbefale metode, omfang og karakter af genoptræningen, når patienterne henvises til almen genoptræning. Her fastsættes det af kommunerne.

34. Vores gennemgang af data fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at hospitalerne tilsammen i 2015 henviste 49 patienter med hjerneskade til rehabilitering på specialiseret niveau. Sundheds- og Ældreministeriet skønner dog, at ca. 350-450 patienter om året har behov for rehabilitering på specialiseret niveau.

Ministeriet oplyser, at der er usikkerhed om indberetningen af patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, hvorfor ministeriet fremhæver, at Rigsrevisionen ikke umiddelbart kan konkludere, at kun 49 patienter er henvist til rehabilitering på specialiseret niveau i 2015.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at tallet fra Sundhedsdatastyrelsen trods usikkerhed om indberetningen indikerer, at hospitalerne langt fra efterlever den reviderede bekendtgørelse. Der er således en stor risiko for, at hospitalerne ikke henviser alle patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau til dette.

35. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet i marts 2015 har skrevet til regioner og kommuner, at de bør prioritere at implementere den reviderede bekendtgørelse om genoptræningsplaner, da det nye lovgrundlag trådte i kraft den 1. januar 2015.

Ministeriet forventer, at hospitalerne fremover henviser flere patienter korrekt. Ministeriet oplyser, at ministeriet vil følge udviklingen i antallet af patienter, der er henvist til rehabilitering på specialiseret niveau.

Patienternes ventetid til genoptræning

36. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet følger patienternes ventetid til genoptræning, og om ventetiden falder.

Et vigtigt element i et sammenhængende forløb er, at patienten får tilbudt genoptræning uden unødigt ventetid. Evalueringen af kommunalreformen viste, at der i 2010 var markante forskelle i kommunerne på, hvor længe patienterne ventede på genoptræning. Det indikerede ifølge evalueringen, at ikke alle patienter fik tilbudt genoptræning til tiden. Det fremgik således af evalueringen, at den gennemsnitlige ventetid til almen genoptræning for alle patienter i 2010 var 28 dage. Kommunen med den korteste ventetid tilbød genoptræning 10 dage efter, at hospitalet havde sendt genoptræningsplanen, mens patienten i kommunen med længst ventetid måtte vente i 54 dage.

37. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet følger udviklingen på landsplan i patienternes ventetid til almen genoptræning i kommunerne. Opgørelsen af ventetid dækker alle patienter, der er henvist til almen genoptræning, herunder patienter med hjerne-skade. Ministeriet overvåger ikke ventetid til rehabilitering på specialiseret niveau. Ministeriet følger ikke udviklingen i den enkelte kommune, men stiller data om de enkelte kommuner til rådighed for aktørerne gennem eSundhed.dk, jf. boks 2.

BOKS 2

eSUNDHED.DK

eSundhed.dk indeholder data om sundhedsvæsenet på regionsniveau, hospitalsniveau og kommunalt niveau, fx:

- sundhedskvalitet (kvalitet og ventetider)
- aktivitet (aktivitet og sammenhæng i patienternes kontakt med sundhedsvæsenet)
- sundhedsøkonomi (finansiering og økonomi i sundhedsvæsenet)
- sundhedsregistre (data om medicin, sygdomme og sundhedsområder).

Kilde: eSundhed.dk.

38. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at data om ventetid til almen genoptræning er usikre. Det skyldes, at data fx ikke tager højde for, at patienten selv kan ønske at vente med genoptræningen, at hospitalerne registrerer forskelligt, og at nogle kommuner ikke indberetter data systematisk. Ministeriet arbejder på at forbedre ventetidsopgørelserne, så opgørelserne bliver mere retvisende.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at ministeriet bør tilskynde hospitaler og kommuner til at indberette korrekt. Det kan medvirke til at sikre et retvisende grundlag at vurdere ventetiden på.

39. Sundheds- og Ældreministeriet har ikke fastsat retningslinjer for patientens ventetid til genoptræning. Ministeriet fremhæver dog i forløbsprogrammet, at patienten ikke må vente unødigt, men har ikke konkretiseret, hvornår der er tale om unødigt ventetid. Tabel 2 viser udviklingen i ventetiden til almen genoptræning for alle patienter og for patienter med hjerneskade.

TABEL 2

VENTETID TIL ALMEN GENOPTRÆNING FOR ALLE PATIENTER OG FOR PATIENTER MED HJERNESKADE

(Antal dage)	Alle patienter		Patienter med hjerneskade	
	2010	2015	2010	2015
Ventetid i gennemsnit på landsplan	22	19	20	19
Kommune med kortest ventetid	7	7	8	5
Kommune med længst ventetid	37	74 (48)	33	32

Note: Tallet (48) angiver, at kommunen med den næstlængste ventetid havde en ventetid på 48 dage til almen genoptræning. Data for 2010 er ikke direkte sammenlignelige med oplysningerne i evalueringen af kommunalreformen om ventetiden i 2010, da der i mellemtiden er indført en ny opgørelsesmetode. 28 dages ventetid i evalueringen svarer efter den nye opgørelsesmetode til 22 dage. Ventetiden er opgjort fra den dato, hospitalet har udarbejdet genoptræningsplanen, til datoen for første almene genoptræningsydelse (samtale, træning, sikring af hjemmet og faglig vurdering) i kommunen.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at de opgjorte ventetider er usikre, da hospitalerne registrerer forskelligt, og nogle kommuner ikke indberetter data.

Kilde: Data fra Landspatientregisteret modtaget fra Sundhedsdatastyrelsen.

Det fremgår af tabel 2, at den gennemsnitlige ventetid for alle patienter, som er henvist til almen genoptræning, var 19 dage i 2015 mod 22 dage i 2010. I 2010 ventede patienterne i kommunen med den korteste ventetid 7 dage på genoptræning mod 37 dage i kommunen med den længste ventetid. I 2015 ventede patienterne også 7 dage i kommunen med den korteste ventetid mod 74 dage i kommunen med den længste ventetid og 48 dage i kommunen med den næstlængste ventetid.

Det fremgår videre af tabel 2, at den gennemsnitlige ventetid for patienter med hjerneskade var 19 dage i 2015 mod 20 dage i 2010. I 2010 ventede patienter i kommunen med den korteste ventetid 8 dage på genoptræning mod 33 dage i kommunen med den længste ventetid. I 2015 ventede patienter med hjerneskade 5 dage i kommunen med den korteste ventetid mod 32 dage i kommunen med den længste ventetid.

Det fremgår således af tabel 2, at der er et fald på 3 dage i den gennemsnitlige ventetid til almen genoptræning for alle patienter og 1 dag for patienter med hjerneskade. Ventetiden er i de kommuner, der har den længste ventetid, steget for alle patienter, men er faldet med 1 dag for patienter med hjerneskade.

40. Rigsrevisionen kan konstatere, at ventetiden for alle patienter, der er henvist til almen genoptræning, og for patienter med hjerneskade er faldet marginalt i perioden 2010-2015.

Samtidig er der fortsat for alle patienter og patienter med hjerneskade markante forskelle mellem kommunen med den korteste og den længste ventetid til genoptræning. Det indikerer, at ikke alle patienter får tilbudt genoptræning uden unødigt ventetid.

41. Rigsrevisionen kan derudover konstatere, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke følger udviklingen i ventetiden til rehabilitering på specialiseret niveau. Derfor kan ministeriet ikke vurdere, om ventetiden for disse patienter er unødigt lang.



Indlagt patient.

Foto: Scanpix

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i helt tilstrækkelig grad understøtter, at patienter med hjerneskade får en sammenhængende overgang fra hospital til kommune.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke ved, om alle patienter med behov modtager en genoptræningsplan. Ministeriet er bekendt med, at der er store forskelle på, hvor mange planer hospitalerne udarbejder i de 5 regioner. Samtidig sender hospitalerne mellem 21 % og 38 % af patienternes genoptræningsplaner for sent til kommunerne. Det kan gøre det vanskeligt for kommunerne at planlægge genoptræning uden unødigt ventetid for patienterne. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at ovenstående indikerer, at hospitalerne ikke fuldt ud efterlever bekendtgørelsen om genoptræningsplaner.

Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet finder det bekymrende, at hospitalerne sender en betydelig del af genoptræningsplanerne for sent til kommunerne. Ministeriet vil derfor tage kontakt til regionerne med henblik på at sikre, at hospitalerne overholder de gældende regler.

Undersøgelsen viser videre, at hospitalerne i 2015 samlet set kun henviste 49 patienter med hjerneskade til rehabilitering på specialiseret niveau. Sundheds- og Ældreministeriet skønner selv, at ca. 350-450 patienter med hjerneskade årligt har behov for denne indsats. Det indikerer efter Rigsrevisionens opfattelse, at hospitalerne langt fra efterlever den reviderede bekendtgørelse, der netop indførte muligheden for at henvise patienter med kompleks hjerneskade til rehabilitering på specialiseret niveau.

Undersøgelsen viser desuden, at Sundheds- og Ældreministeriet på landsplan følger ventetiden for alle patienter henvist til almen genoptræning. Den fortsatte markante forskel mellem kommunen med den korteste og den længste ventetid indikerer, at ikke alle patienter får tilbudt genoptræning til tiden. Endvidere er ventetiden for alle patienter og patienter med hjerneskade kun faldet marginalt fra 2010 til 2015.

Data for ventetid er ifølge Sundheds- og Ældreministeriet usikre. Det skyldes bl.a., at hospitalerne registrerer forskelligt, og at nogle kommuner ikke indberetter. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at ministeriet for at styrke det sammenhængende patientforløb bør tilskynde hospitaler og kommuner til at indberette data korrekt. Det kan skaffe et mere retvisende grundlag at vurdere ventetid ud fra. Ministeriet følger ikke ventetid for patienter, der er henvist til rehabilitering på specialiseret niveau, men vil dog fremadrettet følge udviklingen i antallet af patienter henvist til rehabilitering på specialiseret niveau.

2.2. KVALITETEN I GENOPTRÆNINGEN

42. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter kvaliteten i den genoptræning, som patienterne får i kommunerne.

Det har vi gjort ved at undersøge ministeriets opfølgning på puljen til styrket genoptræning, der bl.a. skulle medvirke til at sikre kvaliteten i kommunernes udbud af genoptræning. Desuden har vi undersøgt, hvilke krav ministeriet stiller til genoptræningen, og hvordan ministeriet understøtter et udbud af genoptræning, der matcher patienternes forskellige behov. Endelig har vi undersøgt, hvordan ministeriet understøtter viden om effekten af den genoptræning, som patienter med hjerneskade får.

Sundheds- og Ældreministeriets forvaltning af puljen til styrket genoptræning

43. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriets forvaltning af puljen til styrket genoptræning medvirkede til, at patienter med hjerneskade blev tilbudt sammenhængende forløb med genoptræning af høj kvalitet. Det har vi gjort ved at undersøge, om ministeriet forvaltede puljen i overensstemmelse med "Vejledning om effektiv tilskudsforvaltning".

Ministeriet skal behandle alle ansøgninger ensartet og gennemsigtigt ved at følge puljens formål og faglige kriterier for tildeling. Det forudsætter, at de overordnede mål i et projekt er omsat til målbare mål og operationelle målepunkter. Derudover skal ministeriet følge op på, om modtagerne af tilskud bruger midlerne effektivt og til formålet.

Finansministeriets "Vejledning om effektiv tilskudsforvaltning" fra 2011 beskriver rammerne for god tilskudsforvaltning, herunder hvordan en tilskudsordning bør designes, administreres og evalueres.

44. Sundheds- og Ældreministeriet har i perioden 2011-2015 udmøntet ca. 146 mio. kr. ud af puljens 150 mio. kr. Vi har udtaget en stikprøve på 47 projekter ud af de i alt 95 projekter, der fik støtte, og gennemgået disse. De 47 projekter har samlet modtaget 76,6 mio. kr.

Ministeriets forvaltning af puljen var tilrettelagt sådan, at departementet modtog ansøgningerne og indhentede en faglig vurdering fra Sundhedsstyrelsen. Efterfølgende afgav departementet tilsagn om støtte til kommunerne.

Projekternes opfyldelse af tildelingskriterierne

45. Puljens formål var at understøtte den lokale udmøntning af forløbsprogrammet og derigennem fremme:

- sammenhængende og effektive genoptrænings- og rehabiliteringsforløb for patienter med hjerneskade
- personalets neurofaglige kompetencer
- tværkommunalt samarbejde.

Puljen havde 2 ufravigelige faglige kriterier for tildeling. De var, at kommunen skulle samarbejde med specialiserede hjerneskadetilbud eller fagpersoner med særlige kompetencer på området for hjerneskader om dels udvikling af kompetencer, dels etablering af avancerede tilbud.

46. Vores gennemgang viser, at Sundheds- og Ældreministeriet fik Sundhedsstyrelsen til at vurdere det faglige indhold i ansøgningerne, herunder de 47 ansøgninger i stikprøven. Styrelsens faglige vurdering medførte, at departementet i de fleste tilfælde bad kommunerne tilpasse projekterne, så de i højere grad stemte overens med puljens formål og faglige kriterier for tildeling. Kommunerne indsendte på baggrund af styrelsens vurderinger og departementets tilbagemeldinger reviderede ansøgninger. Dem har styrelsen også vurderet.

Gennemgangen af de reviderede ansøgninger viser, at kommunerne i meget forskelligt omfang indarbejdede Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Nogle kommuners reviderede projekter levede fortsat ikke op til puljens formål. Det bemærkede styrelsen i flere tilfælde skriftligt til departementet.

Vores gennemgang viser, at Sundhedsstyrelsen i tilbagemeldingerne på ansøgningerne ofte lagde særlig vægt på at fremme det tværkommunale samarbejde, da et større befolkningsgrundlag giver bedre forudsætninger for et tilstrækkeligt udbud, udvikling af kvalitet og en mere robust organisering. Ifølge styrelsen ville et større befolkningsgrundlag også sikre en bedre resurseudnyttelse, fx ved kompetenceudvikling af nøglemedarbejdere, indsatser målrettet pårørende og samarbejde med patientforeninger.

33 ud af 47 kommuner beskrev i deres ansøgninger, at de ville indgå i et tværkommunalt samarbejde med andre kommuner. Kommunernes samarbejde med de specialiserede tilbud til hjerneskadede og det tværkommunale samarbejde handlede især om at udvikle medarbejdernes kompetencer med kurser.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriet i behandlingen af ansøgninger ikke tog tilstrækkelig højde for, om kommunernes projekter vægtede tværfagligt samarbejde, der rakte ud over udvikling af medarbejdernes kompetencer i form af fælles kurser, selv om Sundhedsstyrelsen anbefalede det. Derfor var puljens formål i mindre grad opfyldt for de kommuner, der alene samarbejdede om at afholde kurser.

Ministeriet oplyser, at det alene har været en anbefaling fra Sundhedsstyrelsen, idet det ikke var et krav i ministeriets indkaldelse af ansøgninger til puljen, at kommunerne skulle samarbejde på tværs af kommunegrænser.

Rigsrevisionen er opmærksom på, at nogle kommuner har et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag til, at de ifølge Sundhedsstyrelsen kan varetage opgaven selv. Det ville derfor ikke være relevant at stille kravet til alle kommuner. Vores gennemgang viser, at Sundheds- og Ældreministeriet i 9 tilfælde bad kommunerne om at tilpasse projektbeskrivelserne til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, før departementet gav tilsagnet, mens ministeriet i 7 tilfælde gav tilsagnet og kun anbefalede kommunen at tilpasse projektet til anbefalingerne, selv om ordlyden i anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen var den samme. Vores gennemgang viser, at flere af de kommuner, der fik tilsagn under forudsætning af, at de fx indgik samarbejde med andre kommuner, fulgte styrelsens anbefaling, mens de kommuner, der udelukkende blev anbefalet at tilpasse projektbeskrivelsen, kun gjorde det i begrænset omfang.

47. Det fremgik i Sundheds- og Ældreministeriets indkaldelse af ansøgninger til puljen, at det skulle dokumenteres, hvordan kommunerne ville samarbejde med de specialiserede hjerneskadetilbud eller fagpersoner med særlige kompetencer om at etablere avancerede kommunale rehabiliteringstilbud.

Vores gennemgang viser, at der var stor forskel på, hvordan kommunerne dokumenterede deres samarbejde med specialiserede hjerneskadetilbud eller fagpersoner med særlige kompetencer. Flere kommuner vedlagde samarbejdsaftaler med specialiserede hjerneskadetilbud, hvor de specialiserede tilbud bl.a. forpligtede sig til at yde supervision til kommunen inden for rammerne af projektet. 20 ud af 47 kommuner dokumenterede ikke et samarbejde med navngivne specialiserede tilbud til hjerneskadede. Flere kommuner skrev i stedet blot, at de ønskede at samarbejde med etablerede videnscentre inden for hjerneskadeområdet uden at dokumentere, hvilke tilbud der var tale om.

Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at det ikke var et krav, at kommunerne skulle navngive de specialiserede tilbud, som de ville samarbejde med. Kriterierne for tildeling kunne have været formuleret tydeligere i opslaget, og det ville have været hensigtsmæssigt, at kommunerne skulle navngive det specialiserede tilbud for at få tilsagn.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at en beskrivelse af tilbuddet, herunder navn, burde fremgå af en ansøgning, når det af ministeriets indkaldelse af ansøgninger fremgik, at et samarbejde skulle dokumenteres, før der kunne opnås tilskud.

48. Det fremgik af Sundheds- og Ældreministeriets offentliggørelse af Folketingets beslutning om at udmønte de 150 mio. kr. til puljen for styrket genoptræning, at puljen skulle være med til at sikre brugen af den viden, de specialiserede tilbud besad.

Vores gennemgang viser, at 5 kommuner enten i deres ansøgning eller i midtvejsrapporten oplyste ministeriet om, at de havde mål om at købe færre ydelser hos de specialiserede hjerneskadetilbud.

Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at det overordnet set må forventes, at kommunerne kan varetage flere forløb selv, når kompetenceniveauet i kommunerne øges, og at dette var i overensstemmelse med puljens kriterium om at fremme, at behandling og pleje ydes på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau for at sikre en effektiv brug af de samlede økonomiske og personalemæssige resurser.

Rigsrevisionen er enig med Sundheds- og Ældreministeriet i, at opgaver bør løses på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. Samtidig kan Rigsrevisionen dog konstatere, at Sundhedsstyrelsen i behandlingen af kommunernes ansøgninger lagde vægt på, at kommunerne skulle have et vist befolkningsgrundlag for at løfte opgaven. Ministeriet bad på den baggrund én kommune om at revidere sin målsætning om at hjemtage ydelser. En anden kommune med et tilsvarende befolkningsgrundlag og målsætning blev dog ikke bedt om det. Vores gennemgang viser, at ministeriet ikke i alle 5 tilfælde tog stilling til, om kommunernes befolkningsgrundlag tilsagde, at de havde mål om at købe færre ydelser hos de specialiserede hjerneskadetilbud.

49. Vores gennemgang viser desuden, at 13 ud af 47 projekter havde afgrænset målgruppen, så den kun dækkede patienter i den erhvervsaktive alder. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at puljens formål ikke lagde op til en sådan afgrænsning i målgruppen.

50. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at udmøntningen af den konkrete pulje var lidt speciel, idet det har været et formål fra det politiske forlig, at så mange kommuner som muligt skulle iværksætte projekter, så indsatsen for patienter med hjerneskade blev styrket på landsplan. Ministeriet vurderer dog, at de forvaltningsretlige principper for effektiv tilskudsforvaltning blev fulgt, og at der ikke er givet tilskud til projekter, som ikke levede op til puljens formål.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at hensigten om, at flest mulige kommuner skulle iværksætte et projekt, ikke berettigede til, at Sundheds- og Ældreministeriet gik på kompromis med opfyldelsen af kriterierne for udmøntningen af puljen. Det er samtidigt Rigsrevisionens opfattelse, at ministeriet i udmøntningen af puljen ikke i tilstrækkelig grad sikrede, at alle projekter levede op til formålet med puljen og opfyldte de 2 ufravigelige faglige kriterier for tildeling. Ministeriets udmøntning af puljen stemte således ikke overens med en effektiv forvaltning af tilskud. Ministeriet bør behandle alle ansøgninger og projekter ensartet og give midlerne på et gennemsigtigt grundlag, så alle projekter lever op til puljens tildelingskriterier og formål.

Sundheds- og Ældreministeriets opfølgning på puljen

51. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet sikrede, at kommunerne opstillede målbare mål og operationelle målepunkter. Dette er en forudsætning for, at både modtager og giver af tilskud kan evaluere, om midlerne er brugt effektivt og til formålet.

52. Sundheds- og Ældreministeriet stillede ved indkaldelse af ansøgninger til puljen krav om, at kommunerne opstillede klare mål og operationelle målepunkter, når de beskrev deres projekter. Herunder skulle de så vidt muligt beskrive effekten af de indsatser, som tilskuddet støttede.

Vores gennemgang viser, at det trods ministeriets krav varierede meget, om kommunerne omsatte de overordnede mål med deres projekter til målbare mål og operationelle målepunkter. 21 ud af 47 kommuner opstillede målbare mål og operationelle målepunkter, der gjorde det muligt at vurdere, om kommunerne udførte projektet efter hensigten. 12 ud af 47 kommuner opstillede målbare mål og operationelle målepunkter for effekten.

Boks 3 viser eksempler fra kommunerne på målbare mål og operationelle målepunkter.

BOKS 3

EKSEMPLER PÅ MÅLBARE MÅL OG OPERATIONELLE MÅLEPUNKTER I ANSØGNINGERNE

Kommunernes mål for aktivitet

- Der er i 2015 mindst 10 sager med sidemandsoplæring.
- Alle borgere er ved udskrivelse/første kontakt til kommunen tilknyttet en sagsbehandler.
- Der er for 90 % af borgerne aftalt opfølgingsmøde og møde i hjerneskadeteamet.

Kommunernes mål for effekt

- Andelen af borgere, der bevarer en arbejdsmarkedstilknytning, øges fra nuværende 65 % af de borgere, der deltager i Jobkompagniets tilbud, til 75 %.
- Antallet af genindlæggelser reduceres med 25 %.

Kilde: Rigsrevisionens gennemgang af kommunernes puljeansøgninger.

53. Sundheds- og Ældreministeriet fremhævede i sine tilsagn, at kommunerne havde ansvaret for, at projekterne levede op til de faglige, økonomiske og tidsmæssige rammer, som den godkendte ansøgning beskrev. Ministeriet krævede, at kommunerne indsendte en midtvejs- og en slutrapport samt et foreløbigt og et endeligt regnskab. Ministeriet lagde med slutrapporten op til, at kommunerne evaluerede sig selv.

Vores gennemgang viser, at der i 6 ud af 47 projekter ikke var direkte sammenhæng mellem de mål, som kommunen beskrev i ansøgningen, og de mål, som kommunen fulgte op på i slutrapporten. 12 ud af 47 kommuner havde opstillet effektmål, men kun 7 af disse af rapporterede på effekten. Ministeriet reagerede ikke over for kommunerne på, at deres af rapportering ikke stemte overens med de opstillede mål.

Boks 4 viser 2 eksempler på kommuner, der opstillede effektmål, men som ikke afrapporterede på dem i slutrapporten.

BOKS 4

EKSEMPLER PÅ MANGELFULD AFRAPPORTERING

- Kommunen fremhæver i ansøgningen, at kommunen vil følge op på borgerne med inspiration fra "Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser" for at dokumentere effekt. Denne opfølgning indgik imidlertid ikke i kommunens midtvejs- og slutrapport.
- Kommunen fremhæver i ansøgningen, at der vil være statistiske udtræk fra it-systemer, opsamling på spørgeskemaer fra borgere og kvalitativ analyse af interviews med borgerne. Ingen af disse blev nævnt i slutrapporten.

Kilde: Rigsrevisionens gennemgang af kommunernes ansøgninger og midtvejs- og slutrapporter.

54. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke sikrede, at alle kommunerne opstillede målbare mål og operationelle målepunkter, selv om det var et krav fra ministeriet. Ministeriet sikrede heller ikke, at kommunerne fulgte op på, og om de nåede de mål, de beskrev i ansøgningen.

Sundheds- og Ældreministeriet fulgte i stedet op med udgangspunkt i kommunernes selvevaluering. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at selvevaluering ikke kan stå alene som redskab til at vurdere, om modtageren har brugt tilskuddet effektivt og til formålet. Modtageren af tilskud bør opstille konkrete og målbare mål, herunder mål for effekt, og indsamle data, så ministeriet kan vurdere, om effektvurderingen er anvendelig.

Rigsrevisionen anerkender, at effektstyring er svært. Det er dog et centralt redskab til at opnå en effektiv forvaltning af tilskud. I den forbindelse er det afgørende, at ministeriet har sikret, at der er opstillet mål for de enkelte projekter.

55. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet anerkender, at ministeriet i forbindelse med opslaget af puljen i 2011 ikke i tilstrækkelig grad sikrede operationelle målepunkter, som kunne give en mere fyldestgørende viden om effekterne af de gennemførte projekter. Ministeriet har derfor ændret praksis på dette område. Det er dog ministeriets vurdering, at puljen overordnet har medvirket til et betydeligt løft af kommunernes indsatser på området, selv om målbarheden af effekterne burde have været sikret bedre.

56. Sundheds- og Ældreministeriet fik i 2015 et konsulentfirma til at foretage en samlet evaluering i form af en erfaringsopsamling på puljen. 10 projekter indgik i evalueringen. De 10 projekter indgår ikke i vores stikprøve. Ifølge ministeriet tog evalueringen udgangspunkt i 10 projekter, der var udvalgt, så de samlet set repræsenterede puljens forskellige formålsområder og en betydelig spredning i geografi og kommunestørrelse.

Ministeriets erfaringsopsamling på de 10 projekter viste, at ingen af modtagerne systematisk indsamlede ensartede eller standardiserede data om den faktiske og/eller oplevede kvalitet i projekterne. Ministeriet kunne derfor ikke, jf. erfaringsopsamlingen, dokumentere, at projekterne førte til forbedringer.

57. Erfaringsopsamlingen viste derudover, at der blandt kommunerne var en opfattelse af, at de tidligere tilbød en række patienter et forløb på specialiseret niveau som standard, uden at patienternes behov og potentiale forudgående var blevet vurderet. Kommunerne vurderede, at disse patienter i stedet kunne få den rette kvalitet ved avanceret genoptræning.

Flere kommuner har derfor, ifølge erfaringsopsamlingen, opsagt det faste samarbejde med specialiserede hjerneskadetilbud. De tilbyder i stedet selv patienterne avanceret genoptræning med egne opkvalificerede medarbejdere. Kommunerne forventer derved at kunne reducere udgifterne til de specialiserede tilbud. Det fremgår, at kommunerne ikke på nuværende tidspunkt har data, der kan dokumentere, om patienterne får en kvalitet og effekt af kommunens avancerede genoptræning, der er på niveau med de specialiserede tilbud.

AFSPECIALISERING

Afspecialisering kan opstå i den situation, hvor kommunerne udvikler egne tilbud i stedet for at efterspørge specialiserede tilbud hos andre kommuner, regioner eller private. Derved kan vigtige kompetencer forsvinde, fordi de specialiserede tilbud må lukke på grund af manglende efterspørgsel.

58. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriets opfølgning på puljen til styrket genoptræning ikke fuldt ud lever op til en effektiv forvaltning af tilskud. Det skyldes, at ministeriet ikke i tilstrækkelig grad sikrede, at kommunerne opstillede målbare mål og operationelle målepunkter, herunder mål for effekt, og at ministeriet derfor heller ikke i tilstrækkelig grad ved slutrapporter og gennem den eksterne erfaringsopsamling kunne følge op på, om puljen levede op til formålet. Det er særligt relevant at skabe et retvisende billede af effekten af projekterne, når nogle kommuner på baggrund af projekterne begyndte at hjemtage ydelser fra specialiserede hjerneskadetilbud, fordi kommunerne forventede, at de selv kunne varetage opgaven. Når kommunerne ikke dokumenterer, at de kan løse opgaven på et effektivt og højt nok niveau, er der risiko for en afspecialisering.

Sundheds- og Ældreministeriet burde have indsamlet ensartede og standardiserede data om projekterne, så ministeriet kunne evaluere effekten af disse. Nogle kommuner opstillede i deres ansøgninger mål, operationelle målepunkter og effektmål og afrapporterede på disse. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at ministeriet med fordel kunne have brugt disse kommuner som eksempel over for andre kommuner.

Krav til og udbud af kommunernes genoptræning

59. Sundheds- og Ældreministeriet søgte med puljen til styrket genoptræning bl.a. at sikre etablering af avancerede tilbud i kommunerne. Vi har undersøgt, hvilke krav ministeriet stiller til den genoptræning, som kommunerne tilbyder patienterne, og om ministeriet følger op på, om kravene bliver indfriet. Vi har desuden undersøgt, om ministeriet fremadrettet understøtter, at udbuddet af genoptræning matcher behovet for genoptræning hos patienter med hjerneskade.

60. Det er vigtigt, at kommunerne tilbyder patienter genoptræning på rette niveau. Kommunerne er på baggrund af genoptræningsplanen forpligtet til at tilbyde patienter genoptræning på 3 niveauer: basal genoptræning, avanceret genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Kommunerne kan vælge selv at drive tilbud og institutioner eller indgå aftaler om at bruge andre kommuners tilbud, regionale tilbud eller private tilbud. Den enkelte kommune behøver ikke selv etablere alle typer tilbud, men kan stille dem til rådighed via aftaler med andre aktører.

61. Sundheds- og Ældreministeriet har beskrevet en række krav til de 3 niveauer til bl.a. kompetencer, samarbejde, organisering og forskning. Det har ministeriet gjort i "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner" fra 2014 og i forløbsprogrammet fra 2011. Da ministeriet bruger betegnelsen *krav* i vejledningen, er der efter Rigsrevisionens opfattelse tale om, at der skal være en væsentlig begrundelse, hvis kommunerne ikke følger disse krav.

Ministeriets krav til basal genoptræning, avanceret genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau fremgår af boks 5.

BOKS 5

KRAV TIL BASAL OG AVANCERET GENOPTRÆNING SAMT REHABILITERING PÅ SPECIALISERET NIVEAU

	Basal genoptræning	Avanceret genoptræning	Rehabilitering på specialiseret niveau
Målgruppen	Patienter med enkel og afgrænset nedsættelse af funktionsevnen.	Patienter med omfattende nedsættelse af funktionsevnen.	Patienter med kompliceret, omfattende og/eller alvorlig nedsættelse af funktionsevnen.
Udbuddet af genoptræning	Alle kommuner kan have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer.	Ofte behov for tværkommunalt samarbejde for at få tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer.	Et begrænset antal tilbud i landet skal sikre tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer.
Krav til kompetencer	Autoriserede sundhedspersoner med grunduddannelse samt relevant erfaring og eventuel efteruddannelse.	Autoriserede sundhedspersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde, dvs. med efteruddannelse på højt niveau og relevant erfaring.	Autoriserede sundhedspersoner og andre faggrupper med specialiseret viden, erfaring og kompetencer på højt niveau og relevant efteruddannelse. Minimum 2-3 i hver faggruppe.
Krav til samarbejde og organisering	Kommunen varetager indsatsen inden for kommunens sædvanlige rammer uden særlige krav til organisation, koordinering og samarbejde.	Organiseres som tværfaglige forløb. Kommunen samarbejder med specialiseret niveau om supervision og rådgivning ved konkrete patientforløb og ved udvikling og fastholdelse af den faglige kvalitet.	Organiseres som tværfaglige, helhedsorienterede forløb.
Krav til forskning	Kan deltage i forskning.	Kan deltage i forskning.	Udfører forskning og bidrager til at udvikle den faglige kvalitet.

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriets "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner" fra 2014.

Sundheds- og Ældreministeriet anbefaler i forløbsprogrammet, at genoptræning af patienter med hjerneskade sker ud fra princippet om, at *øvelse gør mester*. Det betyder, at sundhedspersonalet skal have et vist antal patienter med hjerneskade for at opretholde tilstrækkelige kompetencer i og erfaring med at genoptræne denne patientgruppe. Det er derfor ifølge ministeriet ikke alle kommuner, der selvstændigt kan udbyde avanceret genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau til patienter med hjerneskade. Kommunerne skal i stedet samarbejde om det på tværs. Samarbejde med andre kommuner og specialiserede hjerneskadetilbud var formålet med puljen til styrket genoptræning.

Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at kravene til avanceret genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau er skærpet i den nyeste "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i regioner og kommuner" fra 2014 set i sammenligning med forløbsprogrammet fra 2011. Særligt krav om forskningsaktivitet for tilbud, der bedriver rehabilitering på specialiseret niveau, gør, at få kommunale tilbud kan leve op til dette. Dette initiativ vil ifølge ministeriet forventeligt være med til at modvirke afspecialisering, da det forudsætter et samarbejde enten tværkommunalt eller med et specialiseret tilbud.

Ministeriet har ikke et fast eller tentativt mål for, hvor mange patienter med hjerneskade det kræver for at få tilstrækkelig øvelse.

62. I forløbsprogrammet skønnes det, at kommunerne genoptræner 25 % af patienterne med hjerneskade på basalt niveau og 70 % på avanceret niveau. 5 % af patienterne har behov for rehabilitering på specialiseret niveau.

Rigsrevisionens gennemgang af puljen til styrket genoptræning viser, at kommunerne i 22 ud af 47 projekter ikke dokumenterede, at de fremover ville samarbejde fast med specialiserede tilbud på hjerneskadeområdet og andre kommuner for at få supervision og et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag, jf. kravene fra "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i regioner og kommuner" fra 2014. Det er derfor efter Rigsrevisionens opfattelse uklart, om puljen til styrket genoptræning i tilstrækkelig grad har medvirket til, at kommunerne fremadrettet kan opretholde og vedligeholde de nødvendige kompetencer hos personalet og dermed sikre indsatsen over for hjerneskadede med behov for genoptræning på avanceret niveau.

63. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at de er bekendt med 3 specialsygehuse, der rehabiliterer patienter på specialiseret niveau. Ministeriet kender derudover ikke de specialiserede tilbud om rehabilitering, som især er forankret i kommunerne. Ministeriet afventer en undersøgelse fra KORA, der skal give et øjebliksbillede af antallet af tilbud.

KORA fik i 2013 til opgave at undersøge indsatsen for 5 konkrete målgrupper, bl.a. patienter med kompleks hjerneskade. Formålet var at kortlægge organiseringen af indsatsen i perioden 2013-2015 for de 5 målgrupper. KORA gennemførte undersøgelsen fra januar 2014 til oktober 2016. Sundheds- og Ældreministeriet er en del af undersøgelsens følgegruppe, der ledes af Social- og Indenrigsministeriet.

64. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet ikke følger, om de tilbud om genoptræning, som kommunerne stiller til rådighed, generelt lever op til ministeriets krav. Ministeriet konstaterer dog, at der er behov for at udvikle relevante og målrettede tilbud på tværs af kommuner og regioner. Det kan sikre ensartede genoptræningstilbud af høj kvalitet. Det er kommunerne, der har ansvaret for, at tilbuddene om genoptræning er til stede, og derfor følger ministeriet hverken, om kapaciteten står mål med behovet, eller om patienter med hjerneskade generelt modtager den genoptræning, som genoptræningsplanen henviser dem til.

Ministeriet oplyser videre, at regioner og kommuner i sundhedsaftalerne for perioden 2015-2018 har besluttet at gøre en indsats for at implementere de nye bestemmelser om genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau.

65. Rigsrevisionen kan konstatere, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke ved, om tilbuddene lever op til ministeriets krav til genoptræning, og desuden har meget begrænset kendskab til udbuddet af avanceret genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at særligt 3 forhold tilsiger, at Sundheds- og Ældreministeriet skaffer sig et bedre indblik i, om udbuddet af genoptræningstilbud matcher behovet hos patienter med hjerneskade. Det gælder udviklingen i ventetider, kommunernes manglende dokumentation for den fremadrettede tilstedeværelse af tilbud om avanceret genoptræning og den begrænsede viden om udbud af rehabilitering på specialiseret niveau.

Ministeriets generelle opfølgning på effekten af genoptræningen

66. Vores undersøgelse viser, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke har specifik viden om effekten af de 95 projekter, der har fået midler fra puljen til styrket genoptræning. Vi har derfor undersøgt, om ministeriet på et mere overordnet niveau medvirker til at sikre, at de sammen med de relevante aktører indsamler viden om effekten af genoptræning for patienter med hjerneskade. Det er en forudsætning for, at ministeriet kan vurdere, om patientgruppen får de rette tilbud om genoptræning.

67. Vores undersøgelse viser, at der generelt ikke er viden om effekten af genoptræning, herunder for patienter med hjerneskade. Sundheds- og Ældreministeriet fremhæver i forløbsprogrammet, at det er en fordel at monitorere, hvordan patienternes funktionsevne udvikler sig over tid, da det gør det muligt at vurdere effekten af genoptræningen. Ministeriet anbefaler, at hospitalerne indberetter udvalgte informationer som patientens funktionsevne til Landspatientregisteret. Dermed kan hospitalerne øge deres viden og skabe et ensartet grundlag på landsplan, så hospitaler og kommuner kan udvikle kvalitet, planlægning og forskning. Endvidere er det en anbefaling og ikke et krav, at hospitalerne indberetter funktionsevnen til Landspatientregisteret, når de udskriver patienten.

68. I 2015 fik 7.100 udskrevne patienter med hjerneskade en genoptræningsplan med fra hospitalet, som beskrev deres funktionsevne. Vores gennemgang af tal fra Landspatientregisteret viser dog, at hospitalerne i 2015 kun indberettede funktionsevne for 10 patienter med hjerneskade til registeret.

Kommunerne kan ikke indberette data for patienternes funktionsevne til Landspatientregisteret. Derfor kan ingen i dag monitorere patienternes funktionsevne før og efter genoptræning og dermed indsamle viden om effekten af patienternes genoptræning.

SUNDHEDSAFTALER

Siden 2007 har regioner og kommuner i samarbejde udarbejdet sundhedsaftaler. De skal sikre sammenhængende patientforløb på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis.

Regionen og kommunerne indgår de sundhedsaftaler, som ligger i regionen. Sundhedsstyrelsen godkender sundhedsaftalerne i de 5 regioner.



Genoptræning i en kommune.

Foto: Scanpix

Forskellige tests på hospitaler og i kommuner

69. Regionerne foreslog i "Evaluering af sundhedsaftalerne – Opfølgning og indikatorer" fra 2010, at der blev etableret en national database, så hospitaler og kommuner kan måle patienters effekt af genoptræning. En sådan database kræver dog, at hospitaler og kommuner bruger de samme testværktøjer, når de måler patienters funktionsevne før og efter genoptræning.

70. En undersøgelse fra Marselisborgcentret i Region Midtjylland fra 2013 viste, at hospitaler og kommuner bruger mange forskellige værktøjer til at vurdere patienternes funktionsevne. Tilsammen brugte 78 hospitalsafdelinger og kommuner i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland 89 forskellige, men anerkendte værktøjer til at vurdere funktionsevnen. Derudover brugte de 45 uautoriserede eller stærkt ændrede værktøjer. Der var ikke nogen af de 89 anerkendte værktøjer, der blev brugt på alle hospitaler og i alle kommuner. Halvdelen af de 89 anerkendte værktøjer, der blev brugt, blev kun anvendt på 1-2 hospitaler eller i 1-2 kommuner.

71. Dansk Selskab for Neurorehabilitering tog i 2015 initiativ til en national arbejdsgruppe. Den skal udvælge en række fælles tests til at vurdere patienternes funktionsevne specifikt på hjerneskadeområdet. Det er Dansk Selskab for Neurorehabilitering, der står for arbejdet, men Sundhedsstyrelsen deltager i styregruppen.

72. Sundheds- og Ældreministeriet anbefaler, at monitoreringer på sundhedsområdet generelt måler på patienternes behov, hvilke indsatser patienterne tilbydes, og hvilke resultater patienterne opnår. Ministeriet oplyser, at det ikke sker i dag, hverken generelt eller for gruppen af patienter med hjerneskade. Selv om der ikke monitoreres nationalt, så betyder det ikke, at det ikke gøres i sundhedspersonens møde med patienten. Den enkelte sundhedsperson foretager målinger, som benyttes i forbindelse med de konkrete indsatser, fx til at tilrettelægge forløbet.

73. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke fuldt ud medvirker til at sikre, at der på et overordnet niveau indsamles viden om effekten af genoptræning. Det gælder hverken for patienter generelt eller for patienter med hjerneskade. Hospitaler indberetter ikke patienternes funktionsevne til Landspatientregisteret, og hospitaler og kommuner bruger ikke fælles testværktøjer. Det er efter Rigsrevisionens opfattelse en væsentlig forudsætning for, at ministeriet kan følge effekten af patienternes genoptræning.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i helt tilstrækkelig grad understøtter kvaliteten i den genoptræning, som patienterne modtager efter udskrivelse fra hospitalet.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriets forvaltning af og opfølgning på puljen til styrket genoptræning ikke fuldt ud levede op til Finansministeriets "Vejledning om effektiv tilskudsforvaltning".

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at kun 27 ud af 47 kommuner som påkrævet dokumenterede samarbejde med et specialiseret tilbud på hjerneskadeområdet. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriets opsamling mangler fokus på effekt. Ministeriet har ikke sikret, at alle kommuner opstiller målbare mål og operationelle målepunkter i deres ansøgning, selv om det er et krav og en forudsætning for, at både modtager og giver af tilskud kan evaluere, om midlerne er brugt effektivt og til formålet.

Sundheds- og Ældreministeriet fik et konsulentfirma til at lave en erfaringsopsamling som evaluering på puljen. Evalueringen viste, at kommunerne ikke systematisk havde indsamlet ensartede eller standardiserede data om den faktiske og/eller oplevede kvalitet i projekterne. Det betød, at det ikke var muligt at vurdere, om projekterne førte til forbedringer. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det er særligt relevant at skabe et retvisende billede af effekten af projekterne, når nogle kommuner begyndte at hjemtage ydelser fra specialiserede hjerneskadetilbud, fordi kommunerne forventede, at de selv kunne varetage opgaven. Når kommunerne imidlertid ikke dokumenterer, at de kan løse opgaven på et effektivt og højt nok niveau, er der risiko for en afspecialisering.

Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet anerkender, at ministeriet ved opslaget af puljen i 2011 ikke i tilstrækkelig grad sikrede operationelle målepunkter, som kunne give en mere fyldestgørende viden om effekterne af de gennemførte projekter. Ministeriet oplyser, at ministeriet har ændret praksis på dette område. Ministeriet oplyser samtidig, at det er ministeriets vurdering, at puljen overordnet har medvirket til at give et betydeligt løft af kommunernes indsats på området, selv om målbarheden af effekterne burde have været sikret bedre.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet i "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner" stiller en række krav til tilbuddene om genoptræning. Ministeriet ved dog ikke, om tilbuddene generelt lever op til disse krav. Det betyder, at nogle kommuner kan tilbyde genoptræning uden at have de tilstrækkelige kompetencer og den nødvendige erfaring.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke kender omfanget af de institutioner, der udbyder avanceret genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau. Puljen til styrket genoptræning skulle medvirke til at sikre udbuddet af avanceret genoptræning, men 22 ud af 47 kommuner i puljen beskrev ikke et fremadrettet samarbejde med andre kommuner eller specialiserede tilbud til hjerneskadede. Derfor er det efter Rigsrevisionens opfattelse uklart, om puljen reelt har medvirket til, at kommunerne fremadrettet kan opretholde og vedligeholde de nødvendige kompetencer, så de kan genoptræne patienter med hjerneskade på avanceret niveau.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke fuldt ud medvirker til at sikre, at der på et overordnet niveau indsamles viden om effekten af genoptræning for patienter med hjerneskade. Hospitaler indberetter ikke patienternes funktionsevne til Landspatientregisteret, og hospitaler og kommuner bruger ikke fælles testværktøjer, hvilket ellers på sigt kunne udgøre et væsentligt grundlag for at kunne vurdere effekten af genoptræningen. Der blev på initiativ af Dansk Selskab for Neurorehabilitering i 2015 nedsat en arbejdsgruppe, der skal udvælge en række fælles tests til både hospitaler og kommuner, som skal måle effekten af patienternes genoptræning.

Rigsrevisionen, den 2. november 2016

Lone Strøm

/Claus Vejlsø Thomsen

BILAG 1. METODISK TILGANG

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter sammenhæng og kvalitet i den genoptræning, som patienter med hjerneskade modtager.

I undersøgelsen indgår Sundheds- og Ældreministeriet.

Undersøgelsen handler om alle voksne patienter over 18 år, som har fået en hjerneskade. Den omfatter dermed både patienter med milde symptomer og patienter med meget komplekse hjerneskader. Undersøgelsen inddrager ikke børn eller patienter med medfødt hjerneskade.

Undersøgelsen omfatter perioden 2010 - medio 2016.

Undersøgelsen er baseret på en gennemgang af materiale fra og interview med Sundheds- og Ældreministeriet. Materialet omfatter bekendtgørelser, vejledninger, publikationer og evalueringer.

Vi har desuden modtaget materiale fra og afholdt interview med Social- og Indenrigsministeriet, Region Syddanmark og Region Nordjylland. I de 2 regioner har vi interviewet 4 hospitaler: Odense Universitetshospital (Svendborg), Sydvestjysk Sygehus (Grindsted), Sygehus Lillebælt (Vejle) og Aalborg Universitetshospital. I undersøgelsen indgår også 3 kommuner: Assens, Kolding og Aalborg.

Undersøgelsen bygger desuden på en stikprøve på 47 projekter fra Sundheds- og Ældreministeriets "Puljen til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade" samt registerdata.

De væsentligste dokumenter

Vi har i undersøgelsen gennemgået en række dokumenter fra Sundheds- og Ældreministeriet og fra Social- og Indenrigsministeriet, herunder:

- "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus", nr. 1088 af 6. oktober 2014
- sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014
- serviceloven, lovbekendtgørelse nr. 1284 af 17. november 2015
- "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner", nr. 9759 af 8. oktober 2014
- "Vejledning om kommunal rehabilitering" fra 2011.

Rapporter fra Sundhedsstyrelsen:

- "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade" fra 2011
- "Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering" fra 2011
- "Øget faglighed i genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus – Stratificeringsmodel, specialiseringsniveauer og krav til genoptræningsplaner" fra 2014
- "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje" fra 2014
- "National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi" fra 2014.

Vi har gennemgået dokumenterne for at belyse, hvordan Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen, understøtter sammenhængen for patienter med hjerneskade.

Møder og interviews

Vi har holdt møder med Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsstyrelsen for at få indsigt i de overordnede rammer for at skabe sammenhængende patientforløb.

Vi har desuden interviewet Region Syddanmark og Region Nordjylland om, hvordan de omsætter de overordnede rammer til konkrete aftaler og instrumenter med kommunerne i regionen, fx sundhedsaftaler om samarbejde og genoptræningsplaner. Vi har desuden holdt møde med Social- og Indenrigsministeriet og Socialstyrelsen.

Vi har interviewet Assens Kommune, Kolding Kommune og Aalborg Kommune om deres erfaringer med at samarbejde med hospitalerne om patientforløb og genoptræningsplaner. Vi har valgt de 3 kommuner, fordi de afspejler forskelle i indbyggertal, antal patienter med hjerneskade og ventetider til genoptræning.

Vi har tilsvarende interviewet 4 hospitaler om deres erfaringer med at samarbejde med kommunerne om patientforløb og genoptræningsplaner. Vi har valgt de 4 hospitaler, da de udskriver patienter til genoptræning og rehabilitering i de valgte kommuner.

Vi har i undersøgelsens indledende fase interviewet patientforeningen Hjernesagen, holdt et interview med en fokusgruppe af patienter med hjerneskade og pårørende. Vi har også interviewet Region Hovedstaden, Egedal Kommune og KL. Vi har desuden holdt møde med KORA for at høre om deres undersøgelse af organiseringen af indsatsen for 5 konkrete målgrupper, herunder patienter med kompleks hjerneskade.

Stikprøve

Sundheds- og Ældreministeriet har i perioden 2011-2015 udmøntet 150 mio. kr. til kommunerne via "Puljen til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade".

95 kommuner og én region med tilhørende kommuner ansøgte om midler fra puljen. Alle ansøgere fik tilsagn om midler fra puljen, men én kommune gennemførte dog aldrig projektet og fik derfor ikke udbetalt midlerne. 10 af projekterne (fra 10 forskellige kommuner) indgår allerede i en opsamling af erfaringer, som ministeriet har fået udarbejdet i 2015. De 10 projekter indgår ikke i vores stikprøve.

Vi har blandt de resterende 85 projekter udtaget en tilfældig stikprøve på 47 projekter. Stikprøven på de 47 projekter er repræsentativ, da vi udtog den med 95 % konfidensinterval og en forventet fejlmargen på 10 %.

Vi har gennemgået de 47 projekter for bl.a. at undersøge, hvordan ministeriet behandlede ansøgningerne, fulgte op på projekternes resultater, og om ministeriet gennem puljen har understøttet kvaliteten og udbuddet af kommunernes tilbud om genoptræning til patienter med hjerneskade.

Registerdata

Vi har indhentet data fra Landspatientregisteret via Sundhedsdatastyrelsen om antal patienter med hjerneskade, antal henviste til rehabilitering på specialiseret niveau og ventetider til genoptræning i kommunerne.

Sundhedsdatastyrelsen har udtrukket data fra Landspatientregisteret den 10. marts og den 12. august 2016. Udtrækket omfatter dels alle patienter, der er henvist til genoptræning i kommunerne, dels patienter med hjerneskade. Sidstnævnte er patienter fordelt på 378 forskellige diagnoser, som alle kan medføre en større eller mindre hjerneskade. Data-trækket medtager alle de patienter, som har fået én af disse diagnoser i perioden 2013-2015, og som var i live i begyndelsen af 2016.

BILAG 2. ORDLISTE

Afspecialisering	Beskriver i denne beretning den situation, hvor kommunerne udvikler egne tilbud i stedet for at efterspørge specialiserede tilbud hos andre kommuner, regioner eller private. Derved kan der ske en afspecialisering, hvor vigtige kompetencer forsvinder, fordi de specialiserede tilbud må lukke på grund af manglende efterspørgsel.
Almen genoptræning	En samlet betegnelse for basal og avanceret genoptræning. Kommunen fastsætter, om patienten skal tilbydes basal eller avanceret genoptræning.
Audit	En metode til at vurdere kvaliteten i sundhedsvæsenet, hvor auditører vurderer kvaliteten af ydelser på grundlag af konkrete patientforløb. En auditør kan fx gennemgå et bestemt antal patientjournaler og vurdere, om journalerne lever op til de stillede krav.
Avanceret genoptræning	Tilbydes patienter med omfattende nedsættelse af funktionsevnen, ofte af betydning for flere livsområder. Det kan eventuelt være komplikationer, som påvirker funktionsevnen eller genoptræningen.
Basal genoptræning	Tilbydes patienter med enkle og afgrænsede nedsættelser af funktionsevnen og ingen komplikationer af betydning for funktionsevnen eller genoptræningen.
Erhvervet hjerneskade	Opstår som følge af sygdom eller ulykke – i modsætning til en medfødt hjerneskade.
Funktionsevne	Et mål for patientens evne til at lave forskellige fysiske og psykiske aktiviteter, der beskriver patientens behov for genoptræning og rehabilitering.
Genoptræning	Træning af kroppen og aktiviteter, hvor patienten fx træner evnen til at gå igen, spise eller tale. Genoptræning er en del af rehabilitering.
Genoptræningsplan	Svarer til en henvisning og giver patienten adgang til genoptræning og rehabilitering i kommunen. Hospitalet udarbejder planen og sender den til kommunen. Kommunen bruger planen til at planlægge patientens videre genoptræning og rehabilitering.
Landspatientregisteret	Indeholder oplysninger om alle patientkontakter til danske hospitaler, fx indlæggelser, ambulante besøg og besøg på skadestuer. For hver kontakt registreres bl.a. oplysninger om hospital, afdeling og dato for indlæggelse og udskrivning.
Rehabilitering	Målrettede og tidsbestemte forløb af koordinerede ydelser på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområderne. Formålet med at genoptræne og rehabilitere er, at patienten enten opnår samme funktionsevne som tidligere eller den bedst mulige.
Rehabilitering på specialiseret niveau	Tilbydes de patienter, som har komplicerede, omfattende og/eller alvorlige nedsættelser af deres funktionsevne af væsentlig betydning for flere livsområder. Ofte kan det være omfattende mentale nedsættelser af funktionsevnen. Det gælder især patienter med kompleks hjerneskade.
Specialsygehus	Hospitaler, der behandler og rehabiliterer patienter med kroniske sygdomme. Disse sygehuse retter sig hver især mod en specifik patientgruppe, fx patienter med muskelsvind, patienter med sklerose og patienter med erhvervet hjerneskade.