



Input til Sundhedsstrukturkommissionen

Af: Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen

Hvad er den vigtigste problemstilling, som Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger bør adressere?

Vi skal have et sammenhængende sundhedsvæsen

Alt for mange borgere falder i dag mellem to stole – mellem regioner og kommuner – mellem servicelov og sundhedslov. For borgere kan det betyde unødvendig ventetid, forværring af sygdomme og til tider (gen)indlæggelser, som ville kunne undgås. For samfundet betyder det bureaukrati og spildte ressourcer. Derfor skal sammenhængen i vores sundhedsvæsen styrkes, så der kommer høj grad af sammenhæng i patientforløb fra forebyggelse og rehabilitering til behandling og rehabilitering/genoptræning.

Er der nogle løsningsforslag til problemstillingen, som Sundhedsstrukturkommissionen bør forfølge?

Ergoterapeutforeningen har fire forslag til styrket sammenhæng i sundhedsvæsenet

1. En styrket sundhedsindsats – rehabilitering skal forankres i sundhedsloven

En styrket rehabiliteringsindsats er central for at forebygge (gen)indlæggelser. Hvis borgeren ikke får den nødvendige rehabilitering til rette tid, medfører det yderligere funktionsevnetab samtidig med, at det er et ressourcospild for samfundet.

I Ergoterapeutforeningen oplever vi, at rehabilitering (og recovery) ikke sammentænkes tilstrækkeligt i det samlede sundhedsforløb, og at kvaliteten varierer for meget på tværs af landet. En del af løsningen er arbejdet med kvalitetskrav og en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen. Men der skal også strukturelle løsninger til. De nuværende lovgivningsmæssige overgange skaber bøvl og bureaukrati. Vi ser eksempler på, at genoptræningsplaner, der er lavet i regionerne, afvises af kommunerne. Det efterlader borgeren i et uacceptabelt limbo, hvor rehabiliteringsbehov ikke imødekommes. Derfor skal rehabilitering forankres i *sundhedsloven*.

2. Smidigt samarbejde - afgrænsningscirkulæret skal moderniseres

Afgrænsningscirkulæret regulerer afgrænsningen mellem *hjælpemidler*, som kommunerne har ansvar for at tildele, og *behandlingsredskaber*, som er regionernes ansvar.

Cirkulæret har i årevis givet anledning til problemer, fordi borgeren risikerer at falde mellem to stole. Og i takt med produktudviklingen, er afgrænsningsudfordringen blevet væsentlig mere kompleks.



Cirkulæret bør erstattes med et tidssvarende regelsæt, der er anvendeligt i praksis, så kommuner og regioner ikke bruger unødvendige ressourcer på bureaukrati. Eksempelvis oplever 80 pct af sagsbehandlende ergoterapeuter at bruge unødvendig meget tid på samarbejde mellem kommune og region om hjælpemidler.

Sagsbehandlingstiden kan også betyde unødvendig ventetid for borgeren. Det kan have afgørende betydning for borgerens udbytte af den professionelle indsats og i sidste ende borgers grad af selvhjulenhed og livskvalitet.

Det er afgørende, at kommuner, regioner og praktiserende læger samarbejder smidigt om borgere, der udskrives eller har forløb på tværs af sektorerne. Det er derfor oplagt at tage hånd om samarbejdet om hjælpemidler/behandlingsredskaber i de nye sundhedsklynger.

3. Lighed i sundhed – borgere skal kunne få henvisning til ergoterapi

Som det er i dag, kan den privatpraktiserende speciallæge eller egen læge ikke henvise patienter til ergoterapeut med offentligt tilskud, som man kan til en fysioterapeut eller en psykolog.

Det skaber ulighed i sundhed. Den ergoterapeutiske genoptræning og behandling tilbydes kun i det offentlige med stor variation i kommunale tilbud og visitationskriterier. Privat ergoterapi er med fuld egenbetaling og derfor en stor hindring for lige behandlingsmuligheder og den nødvendige hjælp for både børn, voksne og ældre.

Privat ergoterapi er allerede en del af "frit valgs-ordningen" i sundhedsloven under §140 og kan af den vej smidigt udvides. Et øget samarbejde i praksissektoren med direkte henvisning til ergoterapi vil lette presset på sundhedsvæsenet.

4. Bedre arbejde med data – forskningsforpligtelse i kommunerne

Datadrevet sundhed er afgørende for at fremme og kvalitetsudvikle danskernes sundhed. Ikke kun i forhold til behandling, men også når det kommer til forebyggelse samt rehabilitering og genoptræning. Der er behov for evidensbaserede indsatser i alle dele af sundhedsvæsenet, så eksempelvis ergoterapeutiske interventioner uanset strukturelt ophæng leveres på et evidensbaseret grundlag. Derfor bør praksisnær forskning styrkes med forskningsforpligtelse i kommunerne i takt med, at flere og flere sundhedsopgaver flyttes ud i kommunerne.

I regionerne eksisterer det kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), som står for drift og udvikling af omkring 80 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Det er et godt eksempel på, hvordan man kan lave datadrevet sundhed. Databaserne har til formål at belyse kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsatser og resultater.

Databaserne bør dog også kunne være med til på systematisk vis at høste data fra kommunerne, så der bliver dokumenteret rettidigt og meningsgivende i organisationer, der skal samarbejde på tværs af sektorer og fagområder. På den måde kan vi forbedre patientforløb på tværs af sektorer samt optimere rehabiliterings- og behandlingsindsatser.