18. februar 2019

# DH: Synspunkter på sundhedsreformen

**Indledning**

DH ser muligheder i sundhedsreformen. Der er behov for bedre sammenhæng, større geografisk lighed, mere ensartet kvalitet. Der er behov for flere patientrettigheder. Der er behov for at øge sygehusenes muligheder for at levere specialiseret behandling.

Vi savner dog fokus på de mange patienter med funktionsnedsættelser og mere komplekse sygdomsbilleder: psykisk syge borgere, patienter med flere kroniske sygdomme m.fl.

Vi er fortsat meget stærkt bekymrede over forslaget om at flytte specialiserede sociale tilbud fra regionerne til kommunerne. Det vil vi ikke gøre mere ud her – fokus er her på selve sundhedsdelen i reformen.

Vi foreslår:

* En handlingsplan for bedre sundhed for patienter med kognitive og psykiske handicap
* Et løft af rehabiliteringen: Flere kvalitetsstandarder, servicetjek af genoptræningsplaner
* Pligt til at lave fælles hjælpemiddelcentre i de 21 sundhedsfællesskaber
* Psykisk syge: Flere ressourcer, styrket kapacitet
* En forløbskoordinator til patienter med komplekse sygdomsbilleder, multisygdom, handicap
* Styrket patientinddragelse, mere handicapviden

**Sundhedsreformen skal sikre bedre sundhed for borgere med kognitive og psykiske handicap**

Ifølge udspillet om sundhedsreformen lægges der op til at lave faglige standarder for det, der kaldes ”sundhedsfaglige indsatser i kommunale psykosociale tilbud”.[[1]](#footnote-1)

Det er positivt. For borgere med kognitive og psykiske handicap får ikke i dag en sundhedsmæssig behandling, vi kan være bekendt. Bare et par eksempler:

Tilsyn med bosteder har dokumenteret massive problemer med kvaliteten af sundhedsindsatsen. Manglende kvalifikationer hos personalet, problemer med medicinhåndtering, mangelfuld journalføring, manglende indhentning af samtykke mv.[[2]](#footnote-2)

Der er massiv overdødelighed for psykisk syge og udviklingshæmmede – og antagelig også for andre i målgruppen.

CP-undersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed viste, at kun 16 % af kvinder med CP på bosteder deltager i screeninger for livmoderhalskræft.[[3]](#footnote-3)

**DH mener:**

Der er behov for en samlet handlingsplan for at løfte sundheden for borgere med psykiske og kognitive handicap (alvorlig sindslidelse, epilepsi, autisme, hjerneskade, udviklingshæmning mv.). Den bør bl.a. indeholde:

* Kvalitetsstandarder for sundhedsbehandling på botilbud.
* Fastsættelse af måltal for beboernes deltagelse i forbyggende undersøgelser som kræftscreeninger.
* Et løft af sundhedsmæssige kompetencer hos personalet på bosteder dels gennem efteruddannelse, dels gennem styrket tilknytning af sundhedsfagligt personale til bosteder.[[4]](#footnote-4)
* Tilbud om regelmæssige sundhedstjek til borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsnedsættelser, både til borgere på bosteder og borgere, der bor for sig selv. [[5]](#footnote-5)
* Særligt fokus på forbedring af tandsundheden hos beboerne.

**Kvaliteten af rehabilitering skal styrkes**

Det er godt, at sundhedsreformen lover faglige standarder for rehabilitering inden for kræft og hjerneskade.

Men det bør kun være en begyndelse – der er en række andre områder, der trænger til et kvalitetsløft. Ulighed i forhold til hvem der modtager rehabilitering er desuden alt for stor. Det viser fx undersøgelser af kræftrehabilitering i Københavns Kommune.[[6]](#footnote-6)

Det er et også lotteri, hvem der får en plan for genoptræning og rehabilitering med hjem fra sygehuset – og hvordan kvaliteten er. Sandsynligheden for at få en genoptræningsplan kan variere med faktor 8 fra sygehus til sygehus.[[7]](#footnote-7)

**DH mener:**

Sundhedsreformen bør suppleres med en handlingsplan for et løft af kvaliteten i rehabiliteringen. Den bør bl.a. indeholde:

* Klare signaler - i form af en tidsplan – for indførelse af kvalitetsstandarder for andre områder end kræftrehabilitering og hjerneskade (epilepsi, høreområdet, synsområdet o.m.a).
* Initiativer til at sikre større lighed i adgangen til rehabilitering.
* Et servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsplaner (hvem får en plan, hvordan er kvaliteten, bliver den fulgt osv.) – og opfølgning på resultaterne.

**Flere bud på, hvordan presset på det psykiatriske område skal håndteres**

Regeringen beskriver i sit udspil udfordringerne på psykiatriområdet bl.a. med stigning i antallet af indlæggelser og ambulante besøg. Der lægges bl.a. op til, at angst og depression   
skal i højere grad skal behandles uden for psykiatriske afdelinger.

**DH mener:**

* Udspillet bør indeholde flere bud på, hvordan det store pres på det psykiatriske område skal håndteres. Det indebærer bl.a., at kapaciteten såvel i det nære sundhedsvæsen som på psykiatriske afdelinger må udvides.

**Fælles løsninger om hjælpemidler til borgerne skal være obligatorisk**

Sundhedsreformen lægger op til, at sundhedsforvaltninger og kommuner skal have mulighed for at samarbejde om at finansiere og varetage opgaver – fx i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Det er godt. Mange borgere står magtesløse, når kommuner og regioner er uenige om, hvem der skal bevilge og betale for behandlingsredskaber/hjælpemidler. Det skal der findes løsninger på.

**DH mener:**

* Det skal være en pligt for sundhedsforvaltninger og kommuner at etablere fælles løsninger i form af hjælpemiddelcentre.

**Sammenhængende forløb for patienter med komplekse behov**

Sundhedsreformen lægger op til at skabe bedre sammenhæng med fokus på patienten. Det er godt. Men vi savner fokus på patienter med komplekse sygdomsbilleder, med multisygdom, med et eller flere handicap.

De har som regel brug for såvel specialiseret behandling som indsatser i praksissektoren og hos kommunen. Ofte er der også behov for indsatser i andre sektorer: social-, undervisnings- og beskæftigelsessektoren. Mange af vores medlemsorganisationer efterspørger på patienters - og pårørendes - vegne hjælp til bedre overgange, større sammenhæng. Fokus skal være på det samlede forløb, også indsatser uden for sundhedssektoren.

**DH mener:**

* Patienter komplekse sygdomsbilleder - fx, med multisygdom – og et eller flere handicap skal tilbydes en forløbskoordinator.

**Styrket patientinddragelse, mere handicapviden**

Der er positive signaler om patient- og borgerinddragelse. Men dels er der uklare punkter. Dels vil sundhedsreformen styrkes, hvis man sikrer en bedre repræsentation af den viden, de mange hundrede tusinder af patienter med funktionsnedsættelser og handicap ligger inde med.

Indflydelse i de 21 sundhedsfællesskaber:

Sundhedsreformen lægger op til, at sundhedsfællesskaberne overtager dialogen med de eksisterende 5 regionale patientinddragelsesudvalg. Dermed skal hvert udvalg forholde sig til 4-5 sundhedsfællesskaber. For os at se kræver det en styrkelse af antal medlemmer, rammer og vilkår for indflydelse, hvis det skal lade sig gøre.

**DH mener:**

* Patientinddragelsesudvalget skal styrkes. Antallet af medlemmer skal øges, vilkårene for indflydelse skal styrkes. Det skal være direkte dialog og samarbejde mellem sundhedsfællesskabernes bestyrelse og patientinddragelsesudvalg.
* Patientrepræsentanter, herunder personer med handicapvide fra fx kommunale Handicapråd, udpeges til sundhedsfællesskabernes ledende organer.

Indflydelse i de 5 sundhedsforvaltninger og i nye organ Sundhedsvæsen Danmark: Der lægges op til, at der skal være 1 patientrepræsentant i hver af de 5 sundhedsforvaltninger. Og 1 patientrepræsentant i Sundhedsvæsen Danmark. Det er positivt, men vi er bekymrede for, om handicapviden bliver godt nok repræsenteret ved kun 1 repræsentant.

**DH mener:**

* Det skal sikres, at mennesker med handicap og deres organisationer er repræsenteret. Fx ved at udvide antallet af patientrepræsentanter til 2.

For nærmere oplysninger kan chefkonsulent Torben Kajberg kontaktes på [tk@handicap.dk](mailto:tk@handicap.dk) eller 30439688

1. <https://www.regeringen.dk/media/6167/udspil-patienten-foerst-naerhed-sammenhaeng-kvalitet-og-patientrettigheder.pdf>, s. 82. [↑](#footnote-ref-1)
2. [Tilsyn med bosteder](https://stps.dk/da/udgivelser/2018/bosteder-erfaringsopsamling-fra-det-risikobaserede-tilsyn-2017/~/media/F808996C8964460386A022C574AD2786.ashx) Styrelsen for Patientsikkerhed. [↑](#footnote-ref-2)
3. [CP undersøgelse SIF](https://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi35b6f_7_gAhUjwsQBHaNNDQUQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.sdu.dk%2Fsif%2F-%2Fmedia%2Fimages%2Fsif%2Fudgivelser%2F2017%2Fvoksne_med_cerebral_parese_i_danmark.pdf&usg=AOvVaw2dEbDfv25orXUvdQoIBlJQ), s. 58 [↑](#footnote-ref-3)
4. ”Tilknytning” kan være ansættelse af sundhedsfagligt personale. Men det kan også ske ved, at eksternt sundhedsfagligt personale regelmæssigt leverer ydelser til bostederne. Fx at en tandplejer underviser personalet i tandpleje af beboerne. Eller at en sygeplejerske, læge eller klinisk farmaceut rådgiver om medicinhåndtering. Eller at udgående specialiserede teams behandler udviklingshæmmede patienter med epilepsi på bosteder. [↑](#footnote-ref-4)
5. [Forslag om sundhedstjek](https://www.handicap.dk/files/2344/Sundhedstjek%20til%20sårbare%20grupp-269800.4.0-270186_(2).pdf)

   [Skøn: hvad koster sundhedstjek?](https://www.handicap.dk/files/2562/Hvad%20kos-417678.docx) [↑](#footnote-ref-5)
6. <http://www.kraeftcenter-kbh.dk/assets/1595/erfaringsopsamling_final.pdf> [↑](#footnote-ref-6)
7. <https://www.kora.dk/aktuelt/nyheder/2016/sygehuse-henviser-vidt-forskelligt-til-genoptraening/> [↑](#footnote-ref-7)