# Et billede, der indeholder Grafik, cirkel, symbol, logo Automatisk genereret beskrivelseHøringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Fra Rehabiliteringsforum Danmark

Vi sætter bl.a. fokus på, at der for den enkelte borger, familie og pårørende i øvrigt, er en lang række indsatser, som formelt ikke er sundhedsydelser, men i praksis har stor indflydelse på en forbedring af de pågældendes sundhed. Og her savner vi forslag til konkrete tværsektorielle tiltag, der kan løse disse udfordringer.

Sundhedsstrukturkommissionen har lavet et enestående arbejde indenfor de rammer regeringen har givet i kommissoriet. Desværre har opgaven været bundet til primært at relatere sig til Sundhedsloven. Den har været bundet til en ikke defineret, men snæver definition af hvad sundhed er. Opgaven har primært drejet sig om sammenhæng i sundhedsvæsenet. Desværre bygger den på den grundlæggende antagelse, at regeringen forventer, at en ændret organisering kan løse sammenhængsproblemer.

I årtier har der været talt om sammenhæng i patientforløb og forløb for udsatte og sårbare borgere. Udsatte og sårbare borgere, er borgere der udsættes for hændelser, der forhindrer dem i at tage vare på sig selv, og som - når netværket ikke er er tilstrækkeligt - i kortere eller længere perioder har brug hjælp fra offentlige eller private aktører. Lad det være slået fast, at det er afgørende for funktionsevne og livskvalitet, at patientrollen skal være så kort som muligt eller fylde så lidt som muligt, og lad det være slået fast, at en lang række forhold i nærmiljøet udenfor sundhedssektoren er afgørende for dette bl.a. andet båret af lovgivninger, der løfter socialt, indenfor beskæftigelse og uddannelse og som primært varetages af kommunen.

Det store spørgsmål er om organiseringen af stat, region og kommuner skal ændres radikalt, eller om det i virkeligheden er betingelserne for relationen og samarbejdet mellem stat, region og kommuner der skal styrkes. Det vil sige relation og samarbejde mellem både embedsmænd og fagprofessionelle på tværs vandret og lodret.

Sundhed drejer sig om andet en behandling af sygdom.

*Sundhed skabes og leves af mennesker i deres hverdagslivs omgivelser, hvor de lærer, arbejder, leger og elsker. Sundhed skabes, når mennesker drager omsorg for sig selv og andre, når man er i stand til at tage beslutninger og får kontrol over sine livsbetingelser og ved at sikre sig, at det samfund, man lever i, skaber betingelser, der gør opnåelse af sundhed mulig for alle* (Ottowa Charter for Health promotion 1986).

Fem sundhedsindsatser er afgørende for sundheden på individ-, gruppe- og samfundsniveau: *sundhedsfremme, forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation*. Mange indsatser skal ske med bidrag af fagprofessionelle indenfor alle velfærdsområder – social, beskæftigelse, sundhed, uddannelse (WHO).

Selvom rapporten rummer et begrænset populationsperspektiv, er det positivt, at der er fokus på de ældre, de med mange sygdomme og de unge med psykiatriske diagnoser. Men når vi taler om sundhed retter populationsperspektivet sig også mod de mange med en sygdom eller slet ingen sygdom, hvis funktionsevne er nedsat. Tilsyneladende har kommissionen ikke haft fokus på de populationer som sygdomsbyrdeundersøgelserne i DK afdækker, og hvad ulighedsundersøgelser har vist kan begrunde dette.

Sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering er kun i begrænset omfang adresseret og palliation slet ikke. Indsatser som i dag primært er kommunernes ansvar, og som forudsætter opmærksomhed i forbindelse med udskrivelse generelt, og specielt sideløbende med længerevarende behandlingsforløb.

Borgere med nedsat funktionsevne har brug for rehabilitering, der muliggør et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. For at dette skal kunne lykkes, er der brug for styrkelse af tværfaglige kompetencer og tværgående indsatser på sundheds- social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet. At styrke sammenhængende forløb er derfor afgørende for at borgerne oplever, at sundhedsindsatser hænger bedre sammen. Med et veletableret tværfagligt samarbejde oplever borgerne mening i forløbet, og dermed vil mestring og livskvalitet påvirkes i positiv retning.

Enhver organisering vil skabe nye grænsedragningsproblemer, specielt for de udsatte og sårbare borgere. Derfor er det vigtigt at fokusere på en stærk relation og samstemthed mellem fagprofessionelle på tværs af sektorer og fagområder. En ny organiseringsmodel løser ikke dette med mindre, der satses kraftigt på – mono og tværfaglig kompetenceudvikling (tættere samspil mellem uddannelser og praksis, efteruddannelse, dokumentation og forskning.

Uanset organisationsmodel er det væsentligt, at der bliver etableret et fælles og ensartet dokumentationssystem på tværs af velfærdsområderne og sektorerne, som sikrer, at alle arbejder ud fra samme handleplaner/mål. Dette forudsætter styrkelse af det tværfaglige samarbejde og vil i sig selv kunne styrke dette. I sidste ende til gavn for borgerens samlede forløb.

Vi bliver nødt til at forbedre borgernes funktionsevne, og styrke det kommunale ansvar herfor, så vi reducerer og forebygger et forventet øget behandlingsbehov i det sekundære sundhedsvæsen. Forbedring af funktionsevnen vil kunne forebygge indlæggelser på hospitalerne. *Funktionsevne* skal derfor vægtes på lige fod med eksisterende indikatorer på sundhed: *sygelighed* og *dødelighed*. Det vil være samfundsmæssigt fornuftigt at arbejde på en national strategi, der fokuserer på borgernes funktionsevne som væsentligt indikator på (folke)sundheden.

Vi håber, at der er opbakning til at være ambitiøse, og at der vælges forhold, der styrker et samarbejde båret af relationer på alle niveauer mellem de siloer, som eksisterer i vores samfund i dag på tværs af sundheds- social- beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Dette vil uden tvivl være til gavn for borgere med funktionsevnebegrænsninger og for samfundet generelt.

På vegne af Rehabiliteringsforum Danmark (RFDK),

**Claus Vinter Nielsen**

Professor og formand for RFDK