



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 4. juli 2024
Side 1
Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende:

Høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringspart til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Ergoterapeutforeningen vil også gerne benytte lejligheden til at takke for at have været inddraget gennem følgegruppen til kommissionen.

Vi er helt overordnet positive overfor, at der nu er kommet forslag om at fremtids-sikre sundhedsvæsenet, så særligt rammerne og sektorovergangene kan modsvare en ændret demografi, forandringer i medarbejdersammensætninger, ny teknologi og ikke mindst patienternes stigende forventninger til behandlingsresultater.

Vi ser også, at nye løsninger med mere behandling i borgerens eget hjem kan rumme gode perspektiver, hvis rammer og lovgivning på relevant vis understøtter nærhedsbegrebet. Hertil ser vi gerne, at også **forebyggelse, genoptræning og rehabilitering** indarbejdes langt tidligere i forløb for at imødekomme de tre udfordringer, som fremstilles i rapporten.

I rapporten lægges op til at styrke almen praksis og det er godt. Men der er lavt fokus på andre sundhedsprofessionelle i rapporten. Tværfaglighed og tværprofessionelle indsatser kan styrke det nære sundhedsvæsen efter LEON-princippet, billigt og lettilgængeligt.

Vi mener, at hovedopgaven i en ny kommende struktur er, at fragmenterede opdelinger i behandlingsansvar reduceres mest muligt, at usammenhængende patientforløb og ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen samt den geografiske og sociale ulighed i sundhed bliver håndteret i de politiske processer, som følger efter høringsfristen.

Ergoterapeutforeningen kan generelt bakke op om de fem (seks) tværgående anbefalinger, som vi mener rummer væsentlige forhold til forbedringer. Vi vil derimod ikke direkte analysere de tre forvaltningsmodellers relevans for de ergoterapeutiske fagområder.

Således har vi valgt at fremhæve bemærkninger til områder under de fem anbefalinger, hvor vi særligt mener, at der bør ske ændringer. Derefter følger øvrige

bemærkninger til områder, som ikke direkte fremstilles i rapporten, men som er niveauet under eller konsekvensen af udfordringsbilledet.

Øvrige bemærkninger vedrører:

- Ældreområdet
- Midlertidige pladser
- Hjælpemiddelområdet
- Strukturel forebyggelse
- Private aktører, herunder ergoterapeuter

Vi har benyttet nedslag fra rapportens kapitel 14, som vi mener har et godt data- og informationsgrundlag for den videre proces af relevans for borgernes adgang til ergoterapi og dermed ergoterapeuters virke.

Udvalgte områder i anbefalingerne som Ergoterapeutforeningen vil fremhæve:

Sundhedsloven vs. Serviceloven: Snitfladerne mellem §140 i Sundhedsloven og træning efter §86 i Serviceloven bør generelt revideres og særligt kvaliteten i træning efter §86 bør skærpes.

Det er nødvendigt, at lovgivningen bliver sammenhængende ift. genoptræning og rehabilitering mellem sektorer. De nuværende lovgivningsmæssige overgange er ikke optimale. Generelt bør genoptræning og rehabilitering indarbejdes i Sundhedsloven.

Vi ser i dag eksempler på, at genoptræningsplaner, der er lavet i regionerne, afvises af kommunerne med en anden lovgivning. Det efterlader borgeren i et uacceptabelt limbo og underminerer patientrettigheder.

Ergoterapeutforeningen er stor tilhænger af anbefalinger om nationale kvalitetsstandarder. Vi mener, at i takt med omstillingen mod mere behandling i det nære og i almen praksis, skal henvisningsprocedure til genoptræning uden forudgående sygehuskontakt være muligt.

Almen praksis / egen læge skal derfor kunne udskrive genoptræningsplaner, så borgerne ikke skal omkring et sygehus for at blive henvist til genoptræning efter §140. (anbefaling 1 om at styrke almen praksis). Muligheden for at kunne udskrive genoptræningsplaner bør dog også omfatte speciallæge praksis.

Der bør generelt være en større forpligtelse hos de ansvarlige leverandører, så indsatserne rent faktisk kommer til at indeholde det nødvendige kvalitetsniveau. Dette bør gælde for hele landet, så ulighed i sundhed ikke forværres yderligere (anbefaling 3).

Ergoterapeutforeningen deler opmærksomheden på, at der er specifikke områder som fx hjerneskadeområdet, hvor der er behov for samling og specialisering for at få ensartet kvalitet.

Det er også afgørende, at der sikres en økonomisk tilskyndelse til at prioritere genoptræning og rehabiliteringsopgaver. Genoptræning skal altid være noget, det kan betale sig at satse på. Det vil medvirke til at sikre, at så mange borgere som muligt får den højest mulige funktionsevne og bedst mulige livskvalitet, og på sigt opnås besparelser i sundhedsvæsenet.

Psykiatrien: Vi deler positionen om, at psykiatrien skal fuldt integreres i det somatiske sundhedsvæsen (anbefaling 4). Det er helt urimeligt, at mennesker med psykiske sygdomme grundet underbehandling af somatiske lidelser i gennemsnit skal dø langt tidligere end andre mennesker i samfundet.

Vi ser positivt på de stillede forslag om bla. faste læger på botilbud og nationale kvalitetsstandarder for socialpsykiatrien.

Vi så gerne, at anbefalingerne havde et ambitionsniveau om, at socialpsykiatrien også bliver omfattet af Sundhedsloven og ikke forsat hører under Serviceloven. Socialpsykiatrien har i lang tid lidt under lav sundhedsfaglighed og stor personalemangfoldighed. Desværre kan vi konstatere at socialpsykiatrien ikke indgår i rapporten, hvilket for os at se er en stor mangel.

Vi finder, at uden et fuldt kædeansvar i psykiatrien bliver det meget svært at løfte og udføre genoptræning og recovery pba. genoptræningsplaner, da disse ser ud til fortsat at ramme en stopklods i det nære sundhedsvæsen.

Der er desuden et stort behov for rekruttering og fastholdelse af medarbejdere i psykiatrien – herunder ergoterapeuter. Sundhedsstyrelsen foreslår en ny specialuddannelse i psykiatri og børne- ungdomspsykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter for at imødekomme disse udfordringer og for at styrke indsatserne til mennesker med psykiske lidelser. Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter ser gerne denne specialuddannelse etableret snarest.

https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Psykiatri/Master_FYS-ERGO_Rapport_250422.ashx

Praksisforskning: Det glæder os at læse, at der under anbefaling 3 er en underanbefaling 5, som særligt har til formål at fremme den praksisnære forskning, som ergoterapeuter er en af de faggrupper, som udøver:

Sundhedsfaglig forskning skal i højere grad målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad specialiserede indsatser på sygehusene. Ph.d.-forløb skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger.

Forskning indenfor ergoterapi og aktivitetsvidenskab har været støt stigende siden midten af forrige århundrede. Herhjemme har der været forsknings- og udviklingsarbejde indenfor ergoterapi og aktivitetsvidenskab siden 1990'erne, men antallet af forskeruddannede ergoterapeuter er først for alvor vækstet i de seneste to årtier. Med etableringen af særligt Forskningsinitiativet for aktivitetsvidenskab og ergoterapi på Syddansk Universitet skabtes mulighed for, at ergoterapeuter kan indskrives som ph.d studerende i et miljø, hvor der foregår forskning af relevans for ergoterapi og sundhedstjeneste.

Trods mangeårige forskningsindsatser er der fortsat behov for forskning af relevans for ergoterapi, herunder forskning der skaber evidens for ergoterapeutiske indsatser. Der er således behov for at styrke fokus på ergoterapi i forskningskonteksten til gavn for borgernes hverdagsliv.

Link til Ergoterapeutforeningens Forskningspolitik fra 2024
[ETF forskningspolitik A5 enkeltsider2024 \(1\).pdf](#)

Datadrevet sundhed: Forslaget om et nationalt datacenter vil vi umiddelbart bakke op om (anbefaling 2. underanbefaling 3). Heri forstår vi, at datadeling på tværs ligger implicit i forslaget. Hvis de nødvendige GDPR- løsninger bliver indhentet vil det være vejen frem.

Datadrevet sundhed er afgørende for at fremme og kvalitetsudvikle danskernes sundhed.

I det nye Kvalitetsinstitut, hvor Behandlingsrådet og RKKP fremover skal samles vil ergoterapeuter gerne have indflydelse. Det er i Regi af Kvalitetsinstitutet, at der fremover skal udvikles kliniske retningslinjer. Dette område bør gøres til genstand for tværfaglig deltagelse, herunder af ergoterapeuter.

Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) med drift og udvikling af omkring 80 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser er et godt eksempel på, hvordan man kan lave datadrevet sundhed. Databaserne bør dog også kunne være med til på systematisk vis at kvalitetssikre det samlede patientforløb på tværs af sektorerne og ligeledes høste data fra kommunerne.

De nationale kvalitetsdatabaser bør således rulles ud i kommunerne, så vi kan få data på tværs, som samlet set kan forbedre borgernes hverdagsliv. Derfor bør kommunerne have en mere ensartet praksis i indsamling af data, så vi kan forbedre patientforløb på tværs af sektorer og rehabiliterings- og behandlingsindsatser optimeres.

Vi vil desuden anbefale, at der ses på unødigt dobbeltregistrering og at sundhedsvæsenets indsatser registreres i et system.

Digitale løsninger: Når der er behov for indsatser, som bredt set kan være med til at fremme sundhed, er vi grundlæggende positive overfor at se på digitale løsninger for den enkelte borger. Det gælder velfærdsteknologi, brugen af AI mv. Vi ser også et stort potentiale i borgerens egen monitorering med digitale hjælpemidler til mestring af sygdom og kroniske lidelser i hverdagen.

Vi må dog samtidig sikre os, at borgeren også er med på at benytte digitale løsninger og har de rette forudsætninger herfor. Ergoterapeuter arbejder allerede nu med redskaber til screening af borgernes digitale kompetencer, som vi gerne ser en bredere implementering og forankring af.

Det individuelle perspektiv i relation til digitale tilbud skal udvikles og tilbud skal være tilgængelige og nuancerede, så de kan passe til forskellige borgers funktionsevniveau.

Øvrige bemærkninger til udfordringsbilledet, som Ergoterapeutforeningen vil fremhæve:

Ældreområdet: Implementering af Ældrereformen bør indeholde lovgivning som fortsat kan styrke borgernes rehabilitering. Ergoterapeutforeningen mener, at §83A i Serviceloven grundlæggende har været med til at fremme borgernes selvhjulpethed og reduceret udgifter til passiv pleje. Dette paradigmeskift må ikke gå tabt i hverken en ny sundhedsstruktur eller ældrereform. I borgernes hverdag skal der fortsat være lovgivning, som giver det nære sundhedsvæsen incitamentet til indsatser, som kan fremme forebyggelse af funktionsevnetab mv.

Ergoterapeutforeningen finder, at der er behov for tydeligt at omsætte kommissionens grundige demografiske analyse og statistik i en reform af det samlede

sundhedsområde. En meget stor del af ældreområdet målgruppe, er også sundhedsområdets brugere.

Sundhedsstrukturkommissionens identificering af tre væsentlige tendenser, der ændrer forudsætningerne for opgaveløsningen i fremtiden, angår ikke mindst ældreområdet. Det fremtidige sygdomsbillede og mangel på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere, betyder at ældreområdet allerede nu står overfor udfordringer.

Midlertidige pladser: Med stadig hurtigere udskrivelse fra sygehus, stiger behovet for det der i dag under et kaldes "midlertidige" pladser. Borgere udskrives til behandling og pleje i eget hjem. Når det ud fra borgerens tilstand ikke er muligt, kan borgeren visiteres til en midlertidig plads. Der er flere udfordringer med konstruktionen og uligheden, idet kommunerne kan vælge at behæfte sengepladsen med brugerbetaling. Derudover har kommunernes midlertidige pladser meget forskellighed i kvalitet og hvad angår antallet af pladser og faglige kompetencer på lokationen.

Ergoterapeutforeningen anbefaler, at midlertidige pladser fremadrettet hører under Sundhedsloven, at der tilknyttes lægefaglighed (evt. udskrivende afdelings ansvar) og at rehabilitering/genoptræning bliver en fast integreret ydelse med det formål, at borgere hurtigt kan klare sig i eget hjem. Ergoterapeutforeningen anbefaler, at egenbetaling for ophold i midlertidig sengeplads ligestilles med ophold i regional hospitalsseng.

Hjælpemiddelområdet: Vi anbefaler, at lovgivningen på hjælpemiddelområdet samles i en lovgivning.

Hjælpemidler er integreret i forskellige lovområder – herunder serviceloven, beskæftigelsesområdet og skole- og uddannelsesområdet. Det betyder blandt andet, at et hjælpemiddel følger institutionen f.eks. folkeskole, gymnasie, arbejdsplads, fritidsaktivitet, og ikke borgeren. Ligesom et barn skal aflevere et givent hjælpemiddel for derefter at søge om et nyt identisk hjælpemiddel ved overgang mellem folkeskole, gymnasium og videre på universitet. Det er uhensigtsmæssigt. Hjælpemidlet skal følge borgeren og ikke uddannelsesinstitutionen/jobbet, og derfor skal hjælpemiddelområdet samles i en lovgivning.

Ergoterapeuter er den primære faggruppe på hjælpemiddelområdet, og Ergoterapeutforeningen bifalder, at Sundhedsstrukturkommissionen også sætter fokus på de afgrænsningsudfordringer, der er forbundet med adgangen til hjælpemidler og behandlingsredskaber. Alt for ofte ender borgeren som kastebold med ventetider og frustrationer som følge, fordi lovgivningen ikke tydeliggør, hvornår det er kommunens, og hvornår det er regionens ansvar at hjælpe borgeren.

Derfor skal det såkaldte afgrænsningscirkulære ophæves, så det bliver tydeligt, hvem der har ansvaret for specifikke kategorier af produkter.

Ergoterapeutforeningen har sammen med Kommunernes Landsforening foreslået "Skab klarhed på hjælpemiddelområdet":

1. Saml ansvaret for tildeling af kropsbårne hjælpemidler i regionerne
2. Saml ansvaret for de midlertidige hjælpemidler i kommunerne

[file:///C:/Users/ug/Downloads/Skab-klarhed-paa-hjaelpemiddelomraadet-ETT-KL-%20juni%202024%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ug/Downloads/Skab-klarhed-paa-hjaelpemiddelomraadet-ETT-KL-%20juni%202024%20(3).pdf)

Kropsbårne hjælpemidler: Vi foreslår, at ansvaret for udlevering af kropsbårne hjælpemidler, der involverer en lægefaglig vurdering flyttes til regionerne.

Vi foreslår, at der laves en tydelig afgrænsning af hvilke kropsbårne hjælpemidler, der kræver lægefaglig vurdering. Det drejer sig fx om stomiposer, blodsuktermålere, glukosemålere og kompressionsstrømper. Der er ingen grund til, at kommunen skal ind over bevillingerne i og med, at kommunerne ikke foretager den endelige vurdering. På den måde vil borgerne hurtigere få adgang til det produkt, de har brug for, og der vil ikke længere være tvivl om, hvem der har ansvaret for bevilling og finansiering. (Del 4/ kap. 14./ s. 330-331).

Midlertidige hjælpemidler: Vi foreslår samtidig, at kommunerne overtager hele ansvaret for de midlertidige hjælpemidler. Det vil sikre en mere helhedsorienteret indsats til borgeren og fjerne overgangen fra midlertidige hjælpemidler til blivende hjælpemidler. Det vil desuden mindske bureaukrati og administration. Samtidig vil et samlet driftsansvar i kommunerne kunne være med til, at flere hjælpemidler genbruges og således bidrager til en mere effektiv og bæredygtig omsætning.

Samtidig foreslår Ergoterapeutforeningen, at visse behandlingsredskaber de såkaldte tekniske behandlingsredskaber såsom ståstøttestativ og tyngedyneprodukter mv. som kan genbruges, henføres til kommunernes fulde ansvar. Disse produkter vil derefter kunne udlånes fra de kommunale hjælpemiddeldepoter med genanvendelse og bæredygtighed for øje.

Strukturel forebyggelse: I den strukturelle forebyggelse fokuserer man på at fremme sunde rammer (jf. sundhedsloven) og på at modvirke den sociale ulighed i sundhed, som betyder at socialt og økonomisk udsatte borgere, de kortest uddannede og mennesker med psykiatriske lidelser har en langt lavere middellevetid og højere forekomst af sygdom end andre grupper.

Den individuelle forebyggelse foregår i tæt samspil med borgernes hverdagsliv og her er incitamentet i strukturerne af stor betydning for om der faktisk finder forebyggelse sted.

Efter vores mening bør forslag til både strukturel forebyggelse og individrettet forebyggelse indgå i en kommende national sundhedsplan. Vi læser desuden af afsnittet i del 4 / kap. 14/ s.360 om medarbejdere i forebyggelse, at der er relativt få medarbejdere i (de individrettede) forebyggelsesindsatser, hvilket vi vil tillade os at forholde os kritiske overfor, hvis vi vil have markante resultater på området.

Private aktører, herunder ergoterapeuter: Det er med beklagelse, at vi konstaterer, at der fortsat ikke er forslag om overenskomst med sygesikringen for ergoterapeuter. Det skaber ikke kun ulighed i konkurrencen mellem faggrupper, men også ulighed for borgerne/patienterne ift. at kunne benytte relevante og forskellige indsatser.

Som det er i dag, kan privatpraktiserende speciallæge eller almen praksis ikke henvise patienter til en ergoterapeut med offentligt tilskud, som man kan til fx en fysioterapeut eller en psykolog. Ergoterapeutforeningen har mange eksempler med borgercases, som viser, at behovet for privat ergoterapi er stigende for alle aldersgrupper med medfødte eller erhvervede handicaps, opståede skader eller senfølger.



Mange borgere kan ikke få den ergoterapi, som de har brug for i det offentlige, når det fx kommer til fx arbejdsrehabilitering og ergoterapi til børn, hvorfor der er brug for private tilbud.

Det skaber ulighed i sundhed. Derfor foreslår vi, at egen læge og speciallæge fremover både skal kunne henvise til privat overenskomstdækket ergoterapi.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddybende kommentarer i forhold til høringssvaret, og vi deltager meget gerne i det opfølgende arbejde om udvikling af fremtidens sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager
formand for Ergoterapeutforeningen