

24. november 2009  
jl@danskepatienter.dk

## Høringsvar vedr. udkast til "Vejledning om regionale forebyggelsesopgaver"

Danske Patienter takker for muligheden for at indgå i denne høring. Vejledningen har mange gode elementer, som vil kunne løfte den regionale forebyggelse. På nogle områder har vi dog forslag til ændringer, som er beskrevet nedenfor.

### Generelle kommentarer

Danske Patienter finder det positivt, at der i de faglige principper for forebyggelsen lægges op til, at man tager udgangspunkt i patientens og de pårørendes ressourcer, motivation og ønsker, og at tilbuddet til mennesker med kronisk sygdom skal tage udgangspunkt i en individuel vurdering (stratificering). Denne vurdering bør dog være mere omfattende end KRAM-faktorerne og omfatte kognitive og psykiske aspekter samt muligheder for deltagelse i arbejdsliv, fritidsinteresser mv.

Vi anbefaler en mere ambitiøs inddragelse af patienter og pårørendes viden. Således bør vejledningen i langt højere grad omfatte brugerinddragelse direkte i planlægning og udvikling af forebyggelsesarbejdet. Der er dokumentation for, at brugerinddragelse giver bedre behandlingsresultater, øger patienternes livskvalitet og skaber større tilfredshed blandt både patienter og personale. Danske Patienter har netop offentliggjort en model for systematisk brugerinddragelse, som vi opfordrer til, at regionen lader sig inspirere af. Den kan læses på [www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk).

Beslutningen om, hvilken indsats der skal iværksættes, bør ske ud fra den enkeltes ressourcer, behov og ønsker set i forhold til de risikofaktorer, der findes. Indsatsen bør både koordineres med og integreres i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Da begrænsede ressourcer kan være en realitet for mange med kronisk sygdom, er det vigtigt at sørge for, at en given indsats giver den størst mulige effekt.

Danske Patienter savner systematik i vejledningen om, *hvordan* regionerne skal bruge data og viden fra sundhedsaftalerne. Der findes forskningscentre, som har viden om forebyggelse, men der er en uklar kobling mellem dem og sundhedsaftalerne. Det kan næppe forventes, at embedsmænd vil stå for vidensopsamlingen af egen drift. Uden denne vidensopsamling fra kommunerne vil regionernes muligheder for rådgivning være væsentligt dårligere.

Vedrørende kvalitetsudvikling bør Dansk Selskab for Patientsikkerhed nævnes som en oplagt sparingspartner på patientsikkerhedsområdet.

### **Forebyggelse i praksissektoren**

I afsnittet om praksispersonale bør det specifikt fremgå, at praksispersonalets kompetenceudvikling omfatter brug af værktøjer, der sikrer, at patienterne bliver inddraget i behandlingsprocessen.

I afsnittet om tilbud til ældre nævnes muligheden for opsøgende hjemmebesøg med forebyggelse som formål. Et sådant tilbud kan også være relevant for nogle mennesker med kroniske sygdomme.

### **Forebyggelse på sygehuse**

Danske Patienter finder det meget vigtigt, at der findes relevante og tilgængelige tilbud til alle. Kognitive vanskeligheder eller fysiske begrænsninger kan gøre det vanskeligt for nogle at gøre brug af de generelle tilbud, hvilket der skal tages højde for i vejledningen.

I vejledningen nævnes de gode muligheder for samarbejde med frivillige organisationer. Danske Patienter finder, at der er et væsentligt potentiale i samarbejde med patientforeninger, og at dette bør understreges i dette afsnit i relation til den patientrettede forebyggelse.

I afsnittet om udviklingsmuligheder bør også nævnes de mange dokumenterede fordele ved helbredende arkitektur og systematisk arbejde med de fysiske rum på hospitalerne.

### **Rådgivning til kommunerne**

I vejledningen nævnes indsatsen i forhold til mennesker, der har flere kroniske sygdomme samtidig som eksempel på faglig rådgivning af kommunerne inden for specifikke fagområder. Det er et vigtigt område, hvor der bør ydes en særlig indsats.

Regionen bør i samarbejde med kommunerne sikre, at der findes tilbud inden for forebyggelse og sundhedsfremme, der er tilpasset forskellige patientgrupper og det enkelte menneskes forskellige vilkår og ressourcer. For at synliggøre problemstillingen bør man behandle forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver i forhold til mennesker, der har særlige forebyggelsesbehov på grund af fysiske, kognitive eller psykiske funktionsnedsættelser, i et særskilt afsnit. Visse sygdomsgrupper er små og har særlige problemstillinger, og her bør flere kommuner eller flere regioner samarbejde om specialiserede tilbud inden for forebyggelse og sundhedsfremme og patientuddannelser med sygdomsspecifikke problemstillinger. Det vil være meget relevant også at inddrage specialhospitaler og patientforeninger. Regionerne kan her spille en væsentlig rolle i forhold til rådgivning og koordinering.

Det er positivt, at der i rådgivningen af kommunerne lægges op til at tage udgangspunkt i evidensbaserede forløbsprogrammer. Her kunne et nyt initiativ som Map of Medicine, hvis det implementeres, være et godt redskab til at sikre et evidensbaseret udgangspunkt også i forhold til de mindre sygdomsgrupper, hvor der endnu ikke findes forløbsprogrammer. Tanken om "patientens forløbsprogram" er god, men det er afgørende, at patienterne inddrages i udviklingsarbejdet.

I forhold til forebyggelse inden for psykiatrien bør samarbejdet mellem regioner og kommuner opgraderes. Bl.a. er der behov for at etablere fælles lettilgængelige og borgerrettede oplysningssteder, i stedet for alene at forankre oplysningsmulighederne på de psykiatriske behandlingssteder, som primært består af én stor Psykinfo i hver region, hvor langt de færreste borgere kommer.

Genoptræning og rehabilitering bør nævnes specifikt som et vigtigt område i den patientrettede forebyggelse. Der eksisterer væsentlige problemer i arbejdsdelingen mellem regioner og kommuner på dette område.

Vedrørende rådgivning om kvalitet og forskning kan også rådgivning i metoder til brugerinddragelse være relevant.

Med venlig hilsen



Morten Freil  
*Direktør*