



Regionsrådet  
Region Midtjylland  
Skottenborg 26  
8800 Viborg

Den 20. juni 2013  
Ref.: EW/KES  
Medlems nr.:  
Sagsnr.: 1306-0006

## Sundhedsplan - fælles ansvar for sundhed

Regionsrådet har sendt forslag til Sundhedsplan- fælles ansvar for sundhed i høring.

Dansk Sygeplejeråd skal i det følgende kommentere denne.

### Mennesket i centrum i et sammenhængende sundhedsvæsen

Sundhedsplanen bygger på en ændret grundopfattelse af den ideelle relation mellem mennesket og sundhedsvæsenets institutioner, som afspejles i kapitlet: Patienten bestemmer.

Når der er tale om så grundlæggende spørgsmål, bør man allerede i det indledende beskrive hvilket menneskesyn, der lægges til grund for dette paradigmeskift, således at menneskesyn og konsekvenserne heraf kan diskuteres og understøttes i forhold til organisering, ledelse, uddannelse og forskning m.m.

Herved kan også undgås forskellige opfattelser af Region Midtjyllands målsætning. Vi synes eksempelvis, at det side 6 anførte om: " at "patienten bestemmer", når det er muligt", harmonerer dårligt med diskussionen i afsnittet: "Patienten bestemmer - hvorfor, hvornår og hvordan", hvor det side 9 anføres: "Derfor skal "patienten bestemmer" mest af alt forstås som udtryk for en retning i sundhedsvæsenet".

---

Det fremgår (side 8), at udgangspunktet "for de kommende års udvikling af sundhedsvæsenet er, at patienten bestemmer. Men patienterne kan kun bestemme, hvis de mødes med den forventning, og hvis vi skaber rum til det."

## DANSK SYGEPLEJERÅD

### Kreds Midtjylland

**Fælles postadresse:**  
DSR, Kreds Midtjylland  
Marienlystvej 14  
DK - 8600 Silkeborg

**Telefontider:**  
Mandag-tirsdag  
Torsdag 10.00 -15.00  
Onsdag – lukket  
Fredag 10.00 – 13.00

Tlf. +45 4695 4600  
Fax + 45 7021 1667

[midtjylland@dsr.dk](mailto:midtjylland@dsr.dk)  
[www.dsr.dk/midtjylland](http://www.dsr.dk/midtjylland)

#### Lokalkontorer:

**Århus**  
Mindegade 10  
8000 Århus C  
Kontoret er åbent efter aftale

**Holstebro**  
Fredericiagade 27-29  
7500 Holstebro  
Kontoret er åbent efter aftale

Dansk Sygeplejeråd kan helt tilslutte sig denne tankegang. Vi har som mange af de øvrige sundhedsprofessionelle grupper i mange år hyldet udsagnet om patienten i centrum.

Det er desværre vores erfaring, at de arbejdsgange og organisationskulturer, der udfolder sig i sundhedsvæsenet, har gjort det vanskeligt at realisere denne tankegang.

Vi hilser det derfor særdeles velkomment, at Region Midtjylland ønsker at ændre på organisationskulturerne, således at "patienten bestemmer" - i realiteten og ikke blot på papiret - bliver udtryk for retningen i sundhedsvæsenet.

I sygehusvæsenet tales om "patienten", medens det i kommunerne er "borgeren", der er det centrale begreb. Der er forskellige billeder knyttet til de to begreber. Det anbefales, at der - netop for at signalere et brud med fortidens tankemønstre - anvendes et andet begreb:  
**Mennesket i centrum i et sammenhængende sundhedsvæsen.**

Når vi har valgt at inddrage det sammenhængende sundhedsvæsen, er det fordi, vi ser det som en forudsætning for at realisere sundhedsplanen, at der skabes et sammenhængende sundhedsvæsen.

I et sammenhængende sundhedsvæsen tager alle ansvar for helheden, dvs. at alle aktører arbejder sammen om at sikre, at det menneske, som kommer i berøring med sundhedsvæsenet - også ved overgange mellem afdelinger eller sektorer - oplever en velfungerende, effektiv og koordineret indsats. Mange undersøgelser viser, at det netop er i overgangene, at "det går galt".

Det følger heraf, at kommuner, region og praksissektor i langt højere grad sammen skal planlægge udviklingen af det samlede sundhedsvæsen.

I dag bærer hverdagen i det danske sundhedsvæsen - og regionens udkast til sundhedsplan - i høj grad præg af, at der er en ansvarsfordelt opgavevaretagelse mellem region og kommuner.

Med ønsket om at sætte mennesket i centrum i et sammenhængende sundhedsvæsen vil vi i det følgende pege på en række perspektiver til at opfylde intentionen.

## **Behandling, pleje m.m.**

Skal tankegangen om mennesket i centrum slå rod i sundhedsvæsenet, er det også væsentligt at præsentere et mere retvisende og fuldstændigt billede af de opgaver, som sundhedsvæsenet udøver.

Hvis mennesket skal kunne tage ansvar for - og kunne mestre - sit eget sundhedsforløb, skal det også være oplyst om alle elementer af forløbet.

I sundhedsplanen anvendes næsten konsekvent begrebet behandling. Dette giver en forenklet og derfor upræcis beskrivelse af den palet af ydelser, som indgår i sundhedsvæsenet - ikke mindst i et moderne hospitalsvæsen.

Der betyder også, at "lægen" og "behandling" får en særlig placering i sundhedsplanen, medens alle øvrige faggrupper omtales som sundhedsprofessionelle, ligesom deres særlige ydelser ikke nævnes.

Som et eksempel kan peges på afsnittet: "Fælles beslutning om behandling" (s.10), hvor der bl.a. anføres følgende: "Modellen bygger på, at **lægen** (vores fremhævelse) formidler medicinsk viden til patienten, og at patientens perspektiver, præferencer og rettigheder inddrages i den kliniske samtale. Gennem dialog finder patienten og behandler så frem til hvilken **behandling** (vores fremhævelse), der vil være den bedste i patientens individuelle situation."

Behandling er blot en dimension, hvor det samlede patient-/sundhedsforløb er flerdimensionelt: diagnosticering, behandling, pleje, rehabilitering, forebyggelse. Det danske sundhedsvæsen har netop udviklet sig sådan, at flere professionelle grupper har indsigt og ansvar for de forskellige dimensioner.

Ved at reducere patient-/sundhedsforløb til "behandling" udvises ganske enkelt ikke respekt for det samarbejde mellem de forskellige faggrupper og discipliner, der er med til at skabe den meget høje kvalitet i det danske sundhedsvæsen.

## **Ulighed i sundhed**

Ulighed i sundhed har gennem de sidste 20 år været stigende med store regionale forskelle i sygdomsrisiko og dødelighed og stor forskel mellem erhvervs- og faggrupper.

Vi hilser det derfor velkommen, at sundhedsplanen endelig inddrager spørgsmålet om mere lighed i sundhed som et område, hvor re-

gionen jf. sundhedsplanen (s. 18) vil arbejde mere systematisk med at målrette og tilpasse indsatserne, så de opleves vedkommende og forståelige.

Der skal være et særligt opmærksomhedspunkt i forhold til de psykisk syge, som er særlig udsatte for en række følgedelser og dermed også er særlig udsatte for ulighed i sundhed.

Her er det ikke tilstrækkeligt med samarbejde og erfaringsudveksling med kommunerne om bestemte grupper, der falder ud (boksen s. 21 øverst). Her bør inddrages overvejelser om samarbejde med fagbevægelse og lejerbevægelse - dvs. at man udforsker disse organisationers viden på området og deres muligheder for at samarbejde om at reducere ulighed i sundhed - altså at der også tænkes i forebyggende indsatser.

Sundhedsforløb for de svageste kræver ofte tværgående/tværsæktorielle indsatser, hvor der eksempelvis kan være behov for både socialfaglig og sundhedsfaglig indsats eller behandling i forhold en kombination af somatisk og psykisk sygdom.

Det betyder, at sammenhængende forløb er helt afgørende for at gøre op med ulighed i sundhed.

Måske er det særligt vigtigt for forebyggelse af ulighed i sundhed, at det fastholdes, at afsættet for indsatsen skal være, at "patienten er ekspert og hovedaktør i eget liv og særlige omstændigheder"(s.11).

## **De sundhedsprofessionelle**

Et andet aspekt er de muligheder, som de sundhedsprofessionelle grupper får for at udøve faglige skøn i den enkelte situation.

I afsnittet: "Patienten bestemmer" fremhæver man, at den sundhedsprofessionelle på en og samme tid agerer inden for rammerne af kliniske retningslinjer, standardiserede pakkeforløb, praktiske muligheder, økonomi - og patientens ønsker.

Hvis patienten har afvigende ønsker i forhold til pakkeforløb, hvordan skal den sundhedsprofessionelle så stille sig?

Her er det nødvendigt også at diskutere de sundhedsprofessionelles muligheder for - på baggrund af deres faglige kunnen - at udøve et professionelt skøn, som ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med pakkeforløb m.m.

## **Udvikling, uddannelse, forskning**

I sundhedsplanen savnes en nærmere beskrivelse af det kompetencemæssige grundlag, der skal gøre det muligt at realisere denne.

Vi skal derfor foreslå, at det også i sundhedsplanen beskrives, hvorledes man tænker sig den personalemæssige udvikling varetaget dvs. hvordan man vil sikre sig, at der er uddannet et tilstrækkeligt - og et tilstrækkeligt kvalificeret - personale.

Det skal desuden beskrives hvorledes dette personales uddannelsesniveau sikres udviklet, således at det til stadighed matcher behovet.

Tilsvarende skal foreslås, at der udarbejdes et afsnit om forskning, således at sundhedsplanen også beskriver de mål og strategier, der i en årrække skal anlægges for sundhedsvæsenets forskning.

Disse afsnit skal også beskrive de uddannelsesmæssige og forskningsmæssige tiltag, der er nødvendige for at implementere det paradigmeskift i forhold til patienten, som sundhedsplanen lægger op til.

## **Faglig ledelse**

Vi ønsker at understøtte, at det grundsyn, der anlægges i "patienten bestemmer", rent faktisk bliver udtryk for retningen i sundhedsvæsenet. Det fordrer imidlertid, at alle faggrupper og deres mangesidede kompetencer inddrages i det fælles projekt om at skabe det "nye" sundhedsvæsen.

Her vil det samtidig være en klar forudsætning, at der er faglige ledelser - ikke mindst sygeplejefaglig ledelse - på alle niveauer, som kan understøtte udvikling af den ønskede professionelle kultur, der skal til for at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor borgerne med deres forskellige forudsætninger og ønsker inddrages i beslutninger om eget liv og helbred.

Vi er helt enige med det i udkastet (s. 13) anførte om, at "For at opnå en patientcentreret praksis er det vigtigt med et stærkt forankret fokus hos topledelsen, og ikke mindst er det vigtigt, at patientcentring betragtes som et kulturelt element."

Vi kan derfor også helt tilslutte os det anførte om, at kulturelle organisationsændringer tager tid, og at en gennemgående patientcentreret

praksis i hele organisationen derfor kræver en stor og vedvarende ledelsesopgave i de kommende år.

Det forudsætter en betydelig uddannelsesindsats, således at "gammel praksis" aflæres og erstattes af nye holdninger.

Vi skal i forlængelse heraf gøre opmærksom på, at dette fordrer et omfattende samarbejde med personalets repræsentanter.


Medbestemmelsessystemet og samarbejdet mellem ledelser og personalerepræsentanter - såvel på top-niveau som i de enkelte afsnit - bliver helt afgørende for at kunne realisere sundhedsplanens ambitiøse målsætninger.

Vi er naturligvis som organisation og som professionel faggruppe parat til at påtage os det ansvar, der følger heraf.

---

Vi medvirker gerne til yderligere belysning af ovenstående synspunkter og forslag.

Med venlig hilsen



Else Kayser  
Kredsformand