

# Sundhed i fællesskab

FOAs forslag til en kommende  
sundhedsaftale



# Indhold

<b>Forord</b>	3
<b>Temaer</b>	5
<b>Uligheden i sundhed</b>	6
<b>Det nære sundhedsvæsen</b>	8
<b>Sygehusene</b>	10
<b>Sundhedsfællesskaberne</b>	12
<b>Sundhedshusene</b>	14
<b>Fagligheden</b>	16
<b>Hygiejnen</b>	18
<b>Ældreområdet</b>	20
<b>Ambulancetjenesten</b>	22
<b>Psykiatrien</b>	24
<b>Økonomien</b>	26
<b>Prioritering</b>	30

Politisk ansvarlig: Mona Striib & Torben  
Hollmann Redaktion: Amalie Dam-Hansen  
& Mie Andersen Produktion: Grafisk Team/  
Sporenstregs og FOAs trykkeri

# Forord

**FOA præsenterer her sine forslag til en kommende sundhedsaftale.**

**FOA repræsenterer en meget stor del af de ansatte på sundheds- og ældreområdet: 70 % af de ansatte i kommunernes sundheds- og ældretilbud og 15 % af de ansatte på sygehusene. FOAs medlemmer arbejder på sygehusene, i den kommunale hjemmepleje, på plejecentrene, i ambulancerne, på botilbuddene og i psykiatrien.**

Det er helt afgørende, at vi får et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen med plads til fagligheden. Det skal også gøre det mere attraktivt at arbejde i sundhedsvæsnet, så vi får løst den store rekrutteringsudfordring, vi står over for.

FOA tænker sundhed bredt. De ældre borgere, som modtager hjemmepleje og bor på plejecentre, er i dag så plejekrævende, at de ikke kan ses som en adskilt gruppe fra resten af sundhedsvæsnet. Coronakrisen har vist os, at det kan få store konsekvenser, hvis den kommunale sektor overses i den nationale sundhedsplanlægning. Sundheds- og ældreområdet skal tænkes mere sammen, hvis vi vil skabe bedre sammenhæng for borgeren og mindske ulighed i sundhed.

Sundhedsvæsnet har i de seneste mange år haft et stort fokus på at samle behandlingen og øge specialiseringen på nye store sygehuse. Der er indført kræftpakker, og der er kommet et væld af nye, forbedrede behandlingsformer og medicin. Liggetiden på sygehusene er faldet markant, så sygehuse nu kun er for de mest syge borgere.

Det har på mange måder været en positiv udvikling med flere og bedre behandlinger, hvor mange borgere hurtigere kan rejse sig fra sygesengen og komme tilbage til deres normale hverdag. Men det har også betydet, at mange borgere har fået længere til sygehuset.

Samtidig har der manglet fokus på det nære sundhedsvæsen, og på at sikre, at patienterne får en sammenhængende behandling.

De kommende år vil vi se en markant stigning i antallet af ældre borgere og borgere med kronisk sygdom. For mange af dem er sygdom en livslang tilstand og en del af deres almindelige hverdag, hvor det gerne skal fylde så lidt som muligt. Samtidig bliver indlæggelsestiden på sygehusene stadig kortere. Patienter, der bliver udskrevet, er færdigbehandlet på sygehuset, men langt fra raske.

FOAs medlemmer ser den hele borger – fysisk, psykisk og socialt. Det vil vi gerne bringe i spil, når der skal indgås en aftale om fremtidens sundhedsvæsen.

Venlig hilsen

Mona Striib  
Forbundsformand

## Faggrupper

### **På sundhedsområdet arbejder følgende faggrupper organiseret i FOA**

- Social- og sundhedsassistenter
- Social- og sundhedshjælpere
- Beskæftigelsesvejledere
- Fodterapeuter
- Handicaphjælpere
- Hjemmehjælpere
- Ledende servicepersonale
- Neurofysiologiassistenter
- Piccoløer og piccoliner
- Plejehjemsassistenter
- Plejere
- Portører
- Servicechefer/-ledere og teamkoordinatorer
- Sygehjælpere
- FOA Ambulance og sygetransport
- FOA Plejehjemstekniker
- Rengøring og rengøringsledere
- Husassistenter
- Serviceassistenter og -medarbejdere
- Vaskeripersonale
- Kantineledere
- Mellemledere og ledere i ældreplejen
- Omsorgsmedhjælpere
- Pædagogmedhjælpere og pædagogiske assistenter
- LFS, dag og LFS, døgn

# Temaer

**1**

Uligheden i sundhed: Tidlig opsporing og bredere fokus

**2**

Det nære sundhedsvæsen: Behovet for en klar national retning

**3**

Sygehusene: Mere fokus på den hele borgers behov

**4**

Sundhedsfællesskaberne: Vægten skal lægges på faglighed

**5**

Sundhedshusene: Der er brug for alle fagligheder

**6**

Fagligheden: Rette kompetencer til rette opgaver

**7**

Hygiejnen: Rengøring og hygiejne er vigtig for sundheden

**8**

Ældreområdet: Gentænkning af fagligheden og tilliden

**9**

Ambulancetjenesten: Bedre sammenhæng i et samlet sundhedsvæsen

**10**

Psykiatrien: Et løft er uomgængeligt

**11**

Økonomien: Der er brug for flere midler og ny prioritering

**12**

Prioritering: Stort behov for gennemsigtighed

# 1 Uligheden i sundhed: Tidlig opsporing og bredere fokus

## Baggrund

FOAs medlemmer møder hver dag uligheden på deres arbejde. Det er fx de svækkede borgere i hjemmeplejen og socialpsykiatrien, som vi kan gøre meget mere for at hjælpe. På operationsbordet kan vi ikke altid se, om det er socialgruppe 1 eller 5, men så snart patienten træder ud af sygehussengen, er der en verden til forskel. Nogle borgere har mange ressourcer og et stort netværk til at hjælpe til, mens andre udskrives til ingenting og derfor har sværere ved at komme sig oven på deres sygdom. Vores medlemmer er centrale brikker til bekæmpelse af ulighed i sundhed.

Uligheden har mange facetter. Det handler bl.a. om manglende ressourcer til at forstå sundhedsvæsnen, om ubehandlede psykiske sygdomme, manglende netværk og ensomhed. Der er også et geografisk aspekt. Borgerne med størst behov for hjælp bor ofte i kommuner, hvor der både er længst til et sygehus, og hvor en presset kommuneøkonomi gør det svært at prioritere sundhedsopgaverne og socialpsykiatrien.

For at komme ulighed i sundhed til livs skal sundhedsvæsnen i højere grad se den hele borger – fysisk, psykisk og socialt – og ikke kun den konkrete diagnose. Behand-

## Behov for mere tid

### Mest effektive tiltag

I en fælles undersøgelse udarbejdet af Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen og FOA svarede 73 % af medarbejderne, at 'mere tid til borgerne/patienterne' er et af de mest effektive tiltag til at hjælpe de borgere, der pga. deres ressourcer og forudsætninger risikerer ikke at få det maksimale udbytte af deres pleje/behandling [2018].

lingen skal tage højde for borgerens livssituation og indrettes efter de mest svækkede borgeres behov. Der skal fx være større fokus på at hjælpe borgerne med at transportere sig frem og tilbage til genoptræning. Der skal også tages højde for, at mange borgere har læsevanskeligheder eller oplever, at komplekse it-systemer begrænser deres adgang til sundhedsvæsnen – en form for digital ulighed.

Tidlig opsporing og rettidig forebyggende indsats er en af vejene til at mindske ulighed i sundhed. Alt for mange borgere indlægges i dag med sygdomme eller sygdoms-

forværring, som kunne være undgået med en tidligere indsats. Sundhedsvæsnet skal derfor have mere fokus på forebyggelse og tidlig opsporing. Det kræver fokus på fagligheden og mere tid, så medarbejderne får mulighed for at udføre det forebyggende arbejde.

Det er især de mindst ressourcestærke, som ikke kommer til læge i tide, og som derfor får behandling for sent. Og det er de svækkede ældre, som risikerer at sygne hen uden den mad, sociale kontakt og motion, de har brug for. Derfor bør ernæringstilstanden inkluderes i plejeindsatsen på lige fod med andre kerneopgaver, og der bør i højere grad screenes for underernæring og uplanlagt vægttab. Samtidig skal der være øget fokus på ensomhed.



## FOA mener

- Der skal være et bredt fokus på borgerne – fysisk, psykisk og socialt.
- Sundhedsvæsnet skal indrettes efter, at borgere har forskellige behov og livsbetingelser.
- Tidlig opsporing kræver prioritering af opgaven.
- Ernæringstilstanden skal være en integreret del af sundhedsindsatsen.

## 2 Det nære sundhedsvæsen: Behovet for en klar national retning



### Baggrund

De kommende år vil vi se flere ældre borgere og borgere med én eller flere kroniske sygdomme. De har ofte behov for behandling, pleje og omsorg tæt på eller i hjemmet.

Unødvendige ture til sygehuset skal nedbringes, ligesom der skal gøres en større indsats for at forebygge indlæggelser, der kunne være undgået.

Der er allerede sket en stor udbygning af det kommunale sundhedsvæsen, men det er foregået uden tilstrækkelig systematik på tværs af landet, og kommunerne oplever, at der ikke er fulgt tilstrækkeligt med penge med. Det har

bl.a. medført store forskelle på kvaliteten i kommunernes tilbud, hvilket især er gået ud over de ressourcetsvage, som oftere bor i kommuner med en dårligere økonomi.

Der er behov for en plan for, hvordan det nære sundhedsvæsen kan styrkes, så flere borgere kan modtage behandling og genoptræning i kommunerne. Der skal være et samlet løft af sundhedsvæsenet.

Der er samtidig behov for, at kvaliteten i kommunerne løftes og bliver mere ensartet. Der skal derfor stilles større krav til det kommunale sundhedsvæsen, og Sundhedsstyrelsen skal udarbejde standarder for sundhedstilbuddene. Det kan også indebære, at det ikke er alle kommuner, der løser alle sundhedsopgaver. Det er dog vigtigt, at det ikke bliver for rigtigt, så der fortsat er plads til den lokale faglighed. Det gælder både de opgaver, kommunerne løfter i dag, og de opgaver, der flyttes fra sygehusene.

Samtidig skal der ske et kompetenceløft af medarbejderne i det nære sundhedsvæsen, så de klædes på til at håndtere mere komplekse patienter. Dette løft skal ikke kun ske i form af efter- og videreuddannelse af enkelte sundhedspersoner. Alle medarbejdere og den samlede organisation skal løftes.



Når flere sundhedsopgaver skal løses i hjemmet eller på fx kommunale akutpladser, er det eksempelvis nødvendigt, at der også kommer øget fokus på infektionshygienisk rengøring disse steder.

Det kræver, at de rigtige fagligheder er til stede, så vi kan forebygge infektioner og bryde smitteveje.

### Den demografiske udvikling

#### Flere borgere med kroniske sygdomme

Gruppen af over 80-årige forventes at vokse med 58 % de næste 10 år, og samtidig vil vi se flere borgere med en eller flere kroniske sygdomme. Udviklingen er allerede i gang. Fx er antallet af danskere med diabetes fordoblet i de sidste 20 år, og stadig flere forventes at få diabetes fremover. Ældre borgere har flere kontakter med sygehuset, og de går oftere til deres praktiserende læge. Derudover har særligt borgere over 80 år ofte brug for hjælp fra deres kommune til sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp. Det er især den kommunale pleje, som de kommende år forventes at opleve et pres som følge af det voksende antal ældre.

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2020, Danmarks Statistik 2018

## FOA mener

- Der skal udarbejdes en ambitiøs, national plan for udviklingen af det nære sundhedsvæsen.
- Der skal tages højde for, at borgerne behov kan være forskellige, alt efter hvor de bor – hvis man fx har langt til sygehuset, er der større behov for at kunne gå til kontrol i et lokalt sundhedshus.
- Kommunerne skal rustes til at påtage sig nye sundhedsopgaver.
- Der er behov for ensartet kvalitet i de opgaver, der løses i kommunerne – det kræver faglige standarder.
- Medarbejderne skal have de rigtige kompetencer til at løfte de nye opgaver, og de skal have mulighed for at anvende deres kompetencer.

# 3 Sygehusene: Mere fokus på den hele borgers behov

## Baggrund

Sygehusene er de senere år blevet mere specialiserede – mindre sygehuse er blevet lukket, og der stilles større krav til bl.a. kræftbehandlingen og den akutte indsats. Det har i vidt omfang ført til bedre behandling og større overlevelseschancer for patienter med bl.a. kræft og hjertesygdomme – dog er der stor social ulighed i sandsynligheden for at overleve. Den øgede specialisering og siloopdeling har dog også medført mere fragmenterede behandlingsforløb for patienterne, fordi sammenhængen både mellem sygehuse-afdelinger og mellem sygehuset og resten af sundhedsvæsnet i mindre grad er blevet prioriteret.

De fleste ansatte på sygehusene har fokus på at kurere eller lindre den sygdom, patienten kommer med. Det er godt, for det er en kerneopgave for sygehusene. Men for borgeren er sygehuset blot et hjørne i borgerens hele liv. Fx kan manglen på en bolig eller uvisheden om hjælp fra hjemmeplejen fylde meget i tankerne, mens sygehuset primært har fokus på at få styr på den hjerterytmeforstyrrelse, som borgeren er indlagt med.

Det er derfor helt afgørende, at sygehusene ser den hele borgers liv – borgerens sociale situation, psykiske velbefindende, tilknytning til arbejdsmarkedet, økonomi osv.

Der skal være fokus på koblingen til det kommunale system og borgerens eget hjem, så der fx er en social- og sundhedsassistent, der kan følge en borger hjem eller lave de nødvendige aftaler med kommunen.

Ved at se den hele borger – fysisk, psykisk og socialt – skabes der mere værdighed for borgeren, fordi de ikke bliver reduceret til deres sygdom.

Det er vigtigt, at sygehusene prioriterer den grundlæggende sygepleje, som udføres af social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Det dækker bl.a. over, at borgeren får mad og væske, at borgeren så vidt muligt får bevæget sig, og at der er styr på hygiejnen. Hvis der ikke er fokus på den grundlæggende sygepleje – hvilket let kan ske i en travl hverdag – øges risikoen for urinvejsinfektioner, liggear, sepsis, infektioner mv. Sygeplejen udgør altså selve fundamentet for, at resten af behandlingen lykkes, og det kan udgøre en stor patientsikkerhedsmæssig risiko, hvis dette ikke prioriteres.

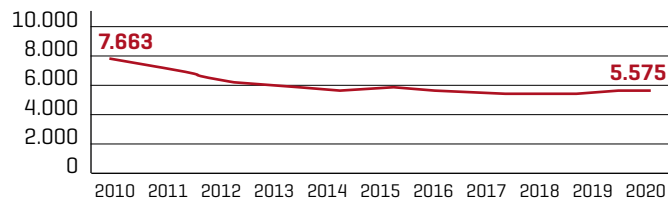
## Social- og sundhedsassistenter på medicinske afdelinger

På landets sygehuse er der mange social- og sundhedsassistenter ansat på de medicinske afdelinger. Deres kerneopgaver er at sikre sygepleje af høj kvalitet og være en

koordinerende sundhedsperson i patienternes sygdomsforløb, så sammenhæng i forløbene imødekommes.

Deres opgaver kan fx være medicin håndtering, forebyggelse af tryksår, stuegangsfunktion, varetagelse og støtte til lindring af lungefunktionsbesvær, smerter, vejledning i forbindelse med hindring af senkomplikationer til diabetes og støttende samtaler til patienter og pårørende i relation til sorg og krisereaktioner.

#### Social- og sundhedsassistenter på sygehusene 2010-2020



Kilde: Krl.dk. Social- og sundhedsassistenter omregnet til fuldtid på sundhedsområdet i regionerne (Februar-tal).

#### Støtte i relation til fødsler

##### Sygepleje og omsorg i forbindelse med fødsler

Social- og sundhedsassistenter ansat på landets fødeafdelinger assisterer jordemødre og læger inden, under og efter fødsler. De skal bl.a. sikre omsorg og pleje for den fødende og det nyfødte barn. For nybagte forældre kan denne støtte være helt afgørende for, at de kommer godt fra start som forældre - at de får styr på amningen og har én at tale med om det store, der lige er sket.

## FOA mener

- At sygehusene skal have fokus på det hele menneskes behov, så patienten ikke reduceres til at være en sygdom. Social- og sundhedsassistenterne har en vigtig rolle for at sikre dette, og derfor bør sygehusene igen øge antallet af social- og sundhedsassistenter.
- At den grundlæggende sygepleje prioriteres, fordi dette er forudsætningen for en vellykket behandling.
- At sygehusene skal styrke relationen til bl.a. kommunerne og de praktiserende læger, så borgerne oplever bedre overgange mellem sektorer. Bl.a. skal der afsættes personaleresourcer til at koordinere med den kommunale pleje.



## 4 Sundhedsfællesskaberne: Vægten skal lægges på faglighed

### Baggrund

Alt for mange patienter oplever i dag, at der ikke bliver samarbejdet godt nok mellem sygehus, almen praksis og den kommunale behandling og pleje. Det kan fx være den komplekse patient, som udskrives fra sygehuset, uden at kommunen får besked. Det er frustrerende for medarbejderne, som oplever ikke at kunne bruge deres faglighed – og for borgerne kan det medføre yderligere svækkelse og genindlæggelse.

Der eksisterer allerede forskellige samarbejdsfora i hele landet, som skal skabe bedre koordinering mellem kom-



muner, sygehuse og almen praksis. Der er dog store forskelle på, hvor velfungerende samarbejdet er.

### Dårligt samarbejde

#### Manglende sammenhæng ved udskrivelse

Blandt FOAs medlemmer i ældreplejen er det kun hver tredje, der synes, at der er et godt samarbejde med sygehus og læge, når en borger udskrives fra sygehuset. Et dårligt samarbejde kan være medvirkende til, at der sker mange genindlæggelser. Blandt borgere over 75 år er det tæt på hver femte somatiske indlæggelse, der er en genindlæggelse.

Kilde: eSundhed, Sundhedsdatastyrelsen [2018]

FOA foreslår, at det lokale samarbejde styrkes, fx i nye sundhedsfællesskaber med deltagelse af repræsentanter fra sygehus, kommuner og almen praksis. De nye sundhedsfællesskaber skal bygge videre på erfaringerne fra de nuværende samarbejdsfora, men med en styrket ledelse og også gerne fælles økonomi til konkrete projekter.

Sundhedsfællesskaberne skal primært have et fagligt sigte. Det skal ikke være komplekse, bureaukratiske monstre, men snarere løsningsorienterede og fagligt funderede fora. Dertil skal der være et politisk samarbejde mellem sektorerne for at sikre implementeringskraft.

Sundhedsfællesskaberne kan bl.a. få til opgave at sikre bedre brobygning, der både kan hjælpe borgerne i forhold til kommunens tilbud og kan skabe bedre sammenhæng mellem kommune og sygehus. Hvis borgeren allerede er kendt i kommunen, fx modtager hjemmepleje, kan det med fordel være den social- og sundhedshjælper, der allerede kommer hos borgeren, som står for brobygningen. I de tilfælde er der ingen grund til, at der kommer flere personer ind over borgernes forløb.

En anden opgave for sundhedsfællesskaberne kan være at sikre bedre og mere integrerede løsninger i forhold til hjælpemidler

## Sundhedsfællesskaber

### Bedre brobygning

Idéen om sundhedsfællesskaber (også kaldet klynger, sundhedssamarbejder mv.) har sin baggrund i en fælles kronik skrevet af 3 eksperter på sundhedsområdet (Leif Vestergaard Pedersen, Kjeld Møller Pedersen og Frede Olesen) fra marts 2018. Senere blev sundhedsfællesskaberne foreslået af den tidligere VLAK-regering i deres udspil til en sundhedsreform.

I Norge har man for nylig aftalt at oprette 19 sundhedsfællesskaber mellem sygehuse og kommuner, organiseret på 3 niveauer: Topledelserne fastsætter den overordnede strategiske retning, administration og faglige ledelser bestemmer specifikke patientprocesser, mens faglige arbejdsgrupper kommer med forslag til procedurer.

## FOA mener

- Sundhedsfællesskaber med deltagelse af kommuner, sygehuse og almen praksis kan være en vej til at løse overgangsproblemer mellem sektorerne.
- Der skal bygges videre på erfaringerne fra de samarbejdsfora, der allerede eksisterer lokalt i dag.
- Sundhedsfællesskaberne skal ses som en del af en faglighedsreform – de skal skabe bedre forståelse for hinandens fagligheder på tværs af sektorer og understøtte den faglige koordinering tæt på medarbejdernes og patienternes dagligdag.
- Der skal sikres brobygning i borgernes forløb.
- Der skal være mulighed for politisk prioritering og strategi, men de nye samarbejder skal ikke samlet set skabe yderligere bureaukrati.

## 5 Sundhedshusene: Der er brug for alle fagligheder

### Baggrund

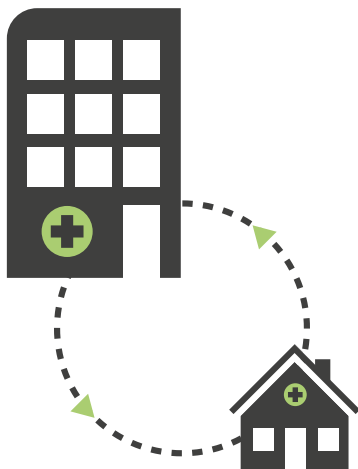
Sundhedshuse giver mulighed for, at flere forskellige sundhedstilbud samles under samme tag. Det kan være lægepraksis, sundhedsplejersker, hjemmepleje, genoptræning, forebyggelse, speciallæger mv. Nogle steder tolkes sundhedshuse endda endnu bredere, hvor 'murstensløse sundhedshuse' er meget tætte samarbejder mellem forskellige sundhedspersoner, fx ved brug af video.

Der er allerede oprettet sundhedshuse i hele Danmark. For borgerne betyder det, at de kun skal gå ét sted hen, og at nogle af sundhedstilbuddene rykker tættere på. For medarbejderne kan sundhedshuse betyde mere faglig sparring og større kendskab til hinandens fagligheder.

Sundhedshusene er i dag meget uensartede, hvilket bl.a. skyldes forskellige lokale behov. Det, der giver mening og er muligt i København, passer ikke nødvendigvis på Samso. Der bør dog i højere grad være en samlet strategi for, hvad sundhedshusene skal kunne. Omdrejningspunktet for sundhedshusene skal være samarbejdet på tværs af sundhedsfaglige personer – det skal være mere end et lokalefællesskab. Samtidig kan sundhedshuse være et fysisk udgangspunkt for det tværsektorielle samarbejde og være med til at skabe sammenhæng i behandlingen.

Fx kan der i et sundhedshus være både praktiserende læger og kommunal hjemmepleje. Sundhedshusene kan indeholde funktioner, som skal opfylde Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav.

Endelig bør sundhedshusene tænkes ind som en integreret del af strategien for at mindske ulighed i sundhed. De skal være med til at sikre tilgængelighed og sammenhæng for de mest udsatte grupper. Det kan bl.a. ske ved, at en social- og sundhedshjælper binder tilbuddene sammen og laver koblingerne for den enkelte borger. Der skal også større fokus på, at sundhedshusene placeres de steder, hvor borgerne i dag har meget langt til sygehuset, hvilket især er en udfordring for de mindst ressourcestærke borgere, der mangler penge til toget og ikke selv har en bil. Fx kan flere ambulante kontroller rykke ud i sundhedshusene, og sundhedshusene kan bidrage til at rekruttere læger i områder med lægedækningsudfordringer. Derudover skal sundhedshusene i højere grad placeres i de områder, hvor de mest udsatte borgere bor. På den måde kan sundhedshusene fungere som en tryk og velkendt ramme om sundheden for den enkelte borger. De kan understøtte forebyggelse af sygdomme og sygdomsforværring, fx ved at disse borgere opsøger en læge eller et rygestopkursus tidligere end før.



### Hvad er et sundhedshus?

#### Stor forskel på sundhedshuse

Sundhedshuse kan være meget forskellige. Der kan være tale om kommunale sundhedshuse med fx genoptræning og rehabilitering, som samtidig lejer lokaler ud til psykologer, praktiserende læger mv. Det kan også være et større lægehus ejet af en praktiserende læge og med forskelligt personale ansat.

## FOA mener

- Der skal etableres flere sundhedshuse som lokale sundhedstilbud – der er til stede fysisk og konkret i borgernes hverdag. Sundhedshuse kan udgøre omdrejningspunktet mellem sygehusbehandlingen, den fortsatte behandling og pleje i kommunerne og den omfattende rehabiliterings- og forebyggelsesindsats.
- Sundhedshusene skal bestå af en bred vifte af faglige funktioner fra det lægefaglige, sundhedspleje, hjemmepleje og hjemmesygepleje, til tidlige opsporingsforløb, brobygning, genoptræning, ernæringsvejledning, forebyggelse, aflastning, psykologhjælp mv.
- Der skal være nogle principper for, hvad sundhedshusene skal kunne, men det skal tilpasses efter, hvad den største sundhedsudfordring er lokalt.
- Sundhedshusene skal som udgangspunkt ligge i de områder, hvor de mest udsatte borgere bor, og hvor der er størst afstand til et sygehus.
- Sundhedshusene kan fungere som rådgivnings- og videnscentre for hjemmepleje og plejecentre.
- Konkrete forsøg med samlede sundhedstilbud på tværs af sektorer, med fælles økonomi, fælles administration osv.

# 6 Fagligheden: Rette kompetencer til rette opgaver

## Baggrund

I sundhedsvæsnet arbejder rigtig mange faggrupper. Det er vigtigt med kendskab til hinandens viden og kompetencer, for de forskellige faggrupper har forskellig viden om og perspektiver på borgerne og opgaverne. Alle fagligheder skal sættes i spil for at give den enkelte borger den bedste hjælp, vi kan. Vi har som samfund ikke råd til andet.

### Hvad er et arbejdsfællesskab?

#### Fælles løsning af kerneopgaven

I et arbejdsfællesskab er arbejdet hverken dit eller mit – det er vores. Alle relevante fagpersoner og ledere stiller deres viden, ressourcer og engagement til rådighed for den fælles løsning af kerneopgaven – uden at skele til faggruppe, sektor eller silo. Et arbejdsfællesskab er kendetegnet ved en fælles forståelse af kerneopgaven, et stort fagligt handlerum, medbestemmelse og medansvar samt et godt samarbejde mellem medarbejdere og ledere.

Der skal sættes fokus på opgaver og kompetencer. Hvordan løses sundhedsopgaverne bedst muligt, og hvordan skal dygtige medarbejdere og ledere samarbejde? Det skal ske i fællesskab mellem ledere og medarbejdere.

Det gælder også opgaver som fx rengøring og vaskeri. Det skal i højere grad anerkendes, at hygiejnisk rengøring kræver høj faglighed for at sikre, at smitteveje afbrydes, og infektioner forebygges. Dette er helt afgørende for, at de mere nære borgerrettede opgaver kan løses. Medarbejderne løser mange og meget forskelligartede opgaver. Og opgaverne ændrer sig konstant. Både i kommunerne og på sygehusene er der meget stor forskel på, hvordan arbejdet organiseres og på hvilke fagpersoner, der varetager hvilke opgaver.

Det er helt afgørende, at medarbejderne har de rigtige kompetencer til at løfte nye opgaver. Forandringer kræver et kompetenceløft både til den enkelte medarbejder og til den samlede organisation. Det betyder, at der skal fokus på kompetenceudviklingen og organisationsudviklingen. Det er en central ledelsesopgave at sikre, at medarbejderen har mulighed for at bruge alle sine kompetencer.



Et sundhedsvæsen, der skal løse stadig flere opgaver, skal have en rettesnor, for hvordan arbejdet tilrettelægges. I mange år har FOA talt for at bruge det såkaldte LEON-princip – en forkortelse for lavest-effektive-omkostnings-niveau. Med andre ord: Der er ingen grund til at bruge meget dyre ressourcer, hvor en opgave kan løses bedre på en anden måde.

Der skal sikres handlerum til den enkelte medarbejder, så de kan lave selvstændige faglige vurderinger i forhold til borgere og patienter som grundlag for opgaveløsningen.



## FOA mener

- En faglighedsreform med fokus på den bedste løsning af sundhedsopgaverne, og hvor medarbejderne får mulighed for at bruge alle deres kompetencer.
- Arbejdspladserne skal være attraktive, herunder skal medarbejderne have mulighed for at arbejde fuldtid.
- At kommunerne og regionerne ser på opgaveudviklingen og sikrer, at medarbejderne har arbejdsopgaver og funktioner, der passer til behovet.
- At alle arbejdspladser har en plan for kompetenceudvikling.
- At medarbejdere og ledere får støtte til at styrke deres arbejdsfællesskaber. I et stærkt arbejdsfællesskab har lokale ledere og medarbejdere et stort fagligt handlerum, medbestemmelse og medansvar samt et godt samarbejde på tværs af fagligheder og funktioner.

# 7 Hygiejnen: Rengøring og hygiejne redder liv



## Baggrund

Coronakrisen har vist os betydningen af en god hygiejne og rengøringskvalitet. Erfaringerne fra nedlukningen af samfundet bekræfter, at god hygiejne kan betale sig – både for de enkelte borgere, for kommunerne og for samfundet som helhed. Infektionshygiejnisk rengøring virker forebyggende i forhold til spredning af virus og bakterier – og kan dermed forhindre sygdom, forringet livskvalitet og dødsfald. Vi ved samtidig, at god hygiejne betyder færre smittede og dermed et mindre brug af antibiotika, hvilket er vigtigt i forhold til at bekæmpe antibiotikaresistens.

Alligevel halter det gevaldigt med rengøringskvaliteten især på det kommunale område. Der bør derfor laves nogle fælles standarder for hygiejne og rengøringsydelser i stil med standarder for plejeydelser fx sårpleje – altså en klar definition af hvilken kvalitet den pågældende rengøringsydelse skal leve op til i en bestemt situation. Kvaliteten af en rengøringsydelse bestemmes ud fra Statens Serum Instituts NIR for rengøring, samt INSTA 800, og supplerende DS2451-10. Allesammen anerkendte værktøjer, der beskriver bestemmelse af rengøringskvalitet. INSTA 800 og DS2451-10 bruges i dag på sygehuse og ved udbud af rengøringsydelser, men ikke i så høj grad

i kommunerne. INSTA 800 og DS2451-10 er udviklet i regi af Dansk Standard, og de infektionshygiejniske retningslinjer fra Statens Serum Institut bygger på disse standarder. De afbryder smitteveje, forebygger infektioner og redder ikke mindst liv.

Patienter udskrives hurtigere fra sygehusene, og den efterfølgende pleje og håndtering af sygdomme betyder, at risikoen for smittespredning stiger på det kommunale område og i befolkningen generelt. Derfor skal rengøringen i fokus, så vi kan afbryde smitteveje og forebygge infektioner. Det gælder både i folks eget hjem, på de kom-

## Sygehus erhvervede infektioner

### 60.000 danskere rammes

Omkring 60.000 danskere rammes hvert år af en infektion, mens de er indlagt. Det gælder bl.a. sygehus erhvervet lungebetændelser, urinvejsinfektioner og infektioner som følge af operationer. I 2013 viste en undersøgelse, at omkring 3.000 personer hvert år dør pga. de sygehus erhvervede infektioner.

Kilde: Rigsrevisionen 2017 samt DR-beregninger på baggrund af tal fra Statens Serum Institut

munale akutpladser, plejehjem mv. Det er vigtigt at, sikre høj hygiejnefaglig viden hos velfærdspersonalet. Det gælder pleje, rengøring, materialevalg mv.

Bedre hygiejne og rengøring kræver flere personaleresourcer og faglig opkvalificering. Rengøringsmedarbejdere bør indgå i arbejdsfællesskaberne, for at sikre sammenhæng i forebyggelsesarbejdet.

Mange års nedprioritering skal erstattes af en prioriteret indsats, der er tæt integreret med de øvrige opgaver på området. Hygiejne og rengøring skal være en del af de sygdomsforebyggende elementer i kerneopgaven. Det er særligt vigtigt på sundheds- og ældreområdet, fordi der ofte er tale om meget svækkede borgere.

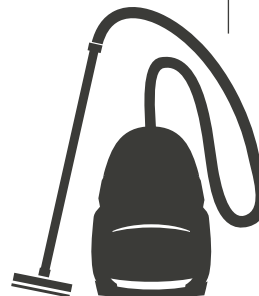
### Færre urinvejsinfektioner

#### Vellykket projekt har mindsket antal urinvejsinfektioner

Ældre mennesker har en øget risiko for at få urinvejsinfektioner, og det har negative konsekvenser for deres livskvalitet, førlighed og sundhed. Samtidig ses et samfundsmæssigt perspektiv i forhold til at nedbringe forbruget af antibiotika. Et projekt på 5 plejecentre i Mariagerfjord Kommune har vist, hvordan man ved at styrke hygiejnen kan mindske antallet af urinvejsinfektioner. Her har man haft øget fokus på håndhygiejne, korrekt nedre hygiejne, samt forebyggelse af infektioner og derved reduceret antallet af infektioner med mere end 75-80 %

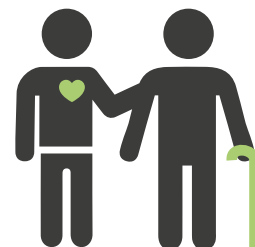
## FOA mener

- Hygiejne og infektionshygiejnisk rengøring skal ses som en væsentlig del af forebyggelsen af smitsomme sygdomme. Dette gælder både på fx plejecentre og i eget hjem.
- Standarder for kvaliteten af hygiejne og rengøring skal i højere grad udbredes på velfærdsområderne.
- Faglig uddannelse i hygiejne, smitteveje og hygiejnisk rengøring skal styrkes, herunder den faglige uddannelse af ledere på området fx Akademiuddannelse i rengøring og ledelse.
- Alle kommuner skal i højere grad sikre et fokus på hygiejne og rengøring i hele deres organisation (opbygge en hygiejneorganisation) og styrke samarbejdet på tværs af forvaltninger.



## 8

## Ældreområdet: Gentænkning af fagligheden og tilliden



### Baggrund

På ældreområdet har fritvalgslovgivningen fra 2003 og den såkaldte BUM-model [bestiller-udfører-modtager] igennem mange år medført fokus på enkeltydelser, skemaer og minutter frem for borgerens konkrete behov her og nu – og medarbejdernes faglige vurderinger. Det har medført detaljerede kørelister/opgavelister, som ned på minuttet fortæller medarbejderen, hvilke ydelser borgeren skal have. Der er brug for at gøre op med den detaljerede styring på enkeltydelser.

Der er behov for, at hjælpen i højere grad tilrettelægges ud fra borgerens konkrete og aktuelle problemer i samarbejde med medarbejderen frem for gennem fjernstyrede enkeltydelser. Det gør man bedst ved at styre efter nogle overordnede rammer, som ledere og medarbejdere udfylder sammen med borgerne.

Gentænkning af ældreområdet bør tage udgangspunkt i 4 principper:

### 1. Rum til faglighed

Medarbejderne skal have rum til at tage faglige vurderinger. De møder hver dag mange borgere i unikke situationer, der kræver unikke handlinger. Der skal være mulig-

hed for at træffe de beslutninger, der gør den største forskel i borgerens hverdag. Medarbejderne i ældreplejen er godt uddannet, og det skal sættes langt mere i spil i det daglige arbejde i ældreplejen.

### Ældretopmøde 2020

#### Nytænkning af ældreplejen

Ældretopmødet i efteråret 2020 blev afholdt i samarbejde mellem FOA, Ældre Sagen, KL og Sundheds- og Ældreministeriet. Topmødet blev startskuddet til et arbejde, som med udgangspunkt i erfaringer fra borgere og medarbejdere skal bidrage til at nytænke ældreplejen. FOA satte en tydelig dagsorden i forhold til de temaer, der blev arbejdet med på Ældretopmødet. Op til og i forlængelse af topmødet var ældreområdet højt på den politiske dagsorden.

Ældretopmødet og det efterfølgende arbejde har fokus på følgende temaer:

- Kerneopgaven i ældreplejen og den faglige kvalitet
- Kompetenceløft og rekruttering
- Faglig ledelse i en lærende kultur
- Kvalitet og tilsyn
- Visitation tæt på hverdagen
- Organisering af ældreplejen
- Pårørendeinddragelse

## 2. Tillid som bærende element for ældreplejen

Ældreplejen skal organiseres med udgangspunkt i tillid til medarbejdere og ledere. Organiseringen skal sikre, at faggrupperne sammen løser opgaverne omkring borgeren. Det kan ske i teams og med høj grad af tværfaglighed og med helhedstænkende ledelse. Det skal også understøtte, at borgerne møder så få forskellige ansigter som muligt i løbet af en dag.

## 3. Nær visitation

Visitationen skal være tæt på den daglige drift. Visitationen skal nemlig ske i tæt samarbejde mellem borger, pårørende, medarbejder og myndighed. Der skal tages udgangspunkt i borgerens mål og ikke i en opsplitning af borgerens behov i forskellige enkeltydelser. En nær visitation skal kunne tage højde for, at de ældres behov ændrer sig fra dag til dag. Det skal også sikre tid til de borgere, der har brug for det, så forværringer af borgernes tilstand opdages i tide.

## 4. Økonomiske styringsmetoder, der sikrer høj kvalitet

Der skal udvikles nye økonomimodeller, der ikke står i vejen for de gode løsninger. Der er i dag en uhensigtsmæssig kassetænkning i kommunerne, der ikke altid understøtter optimale måder at løse opgaverne på. Den økonomiske styring skal understøtte tillid, ansvar og styrket faglighed. Det vil sige, stop for at økonomien tildeles efter aktivitet og ydelser – tildel i stedet pengene efter mere overordnede rammer som 'en pose penge' til de enkelte borgernære områder.

## FOA mener

- At ældreområdet gentænkes, således at der sker en ændring i organiseringen af ældreområdet med udgangspunkt i tillid til ledernes og medarbejdernes faglige valg og borgerens behov.
- Gentænkning af ældreområdet bør tage udgangspunkt i 4 principper:
  1. Rum til faglighed
  2. Tillid som bærende element for ældreplejen
  3. Nær visitation
  4. Økonomiske styringsmetoder, der sikrer høj kvalitet.
- At der gennemføres forsøg med at fjerne eller modernisere BUM-modellen.

### BUM

#### Bestiller-udfører-modtager-modellen

På ældreområdet har det siden 2003 været et lovkrav, at der skal være en adskillelse af dem, der vurderer borgerens behov [visitatorer] og leverandørerne af selve hjemmeplejen – en bestiller-udfører-modtager-model. Der er sket en opblødning af timeprisberegningen, hvilket har været en klar forbedring, da den obligatoriske registrering af komme- og gåtider dermed er forsvundet.

# 9 Ambulancetjenesten: Bedre sammenhæng i et samlet sundhedsvæsen

## Baggrund

Det danske ambulanceberedskab har været i en rivende udvikling – med styrket faglighed, ny ambulancebehandleruddannelse, autorisationen af paramedicinere og bedre udstyr. I dag foregår meget af den akutte behandling allerede i ambulancen, men ambulancepersonalets kompetencer kan udnyttes langt bedre end i dag. Samtidig bør ambulanceberedskabet i højere grad tænkes ind som en integreret del af den samlede sundhedsindsats.

## Sundhedsfagligt projekt

### Bedre brug af ambulancepersonalets kompetencer

Danske Regioner og FOA har ved overenskomstforhandlingerne i 2018 igangsat et projekt med fokus på brugen af ambulancepersonalets sundhedsfaglige kompetencer i en bredere kontekst og til større gavn for borgere og patienter.

Når en ambulance i dag kommer ud til akut syge patienter, har ambulancepersonalet ikke adgang til relevant viden om medicin, allergier, alvorlige kroniske sygdomme, alvorlige psykiske lidelser og graviditet, når de skal påbegynde deres behandling. FOA foreslår derfor, at ambulancebehandlere og paramedicinere får adgang til de relevante kritiske patientoplysninger om de patienter, som de behandler.

Ambulancepersonalets kompetencer skal tænkes mere ind i det samlede sundhedsvæsen. Det kan være med til at holde borgerne længere tid i eget hjem. Ofte kommer ambulancepersonalet ud til en borger, hvor en behandling i hjemmet kan være tilstrækkelig, men hvor de med de nuværende retningslinjer alligevel er nødt til at køre patienten på sygehuset. Derfor kan det med fordel overvejes i højere grad at give ambulancepersonalet mulighed for i konkrete tilfælde at vurdere og behandle patienter i hjemmet. Dette kan ske efter konsultation med en læge eller ud fra gældende eller udvidede retningslinjer. Nye teknologiske muligheder giver bedre mulighed for at starte en behandling op i hjemmet, fremfor at patienten skal køres på en akutmodtagelse.



For at gøre ambulanceindsatsen til en mere integreret del af det samlede sundhedsvæsen, bør regionerne overveje i højere grad at hjemtage ambulanceberedskabet. Fordelene er bl.a., at fleksibiliteten øges, og at synergien mellem ambulancerne og resten af sundhedsvæsnets forbedres og løbende kan tilpasses udviklingen.

En forudsætning for, at ambulancerne kan løfte fremtidens opgaver, er, at der uddannes tilstrækkeligt med ambulancebehandlere og paramedicinere. FOA mener derfor, at der ved fortsat udbud skal stilles større krav til eventuelle byderes forpligtelser til at optage og uddanne elever, så der løbende sikres tilstrækkeligt med uddannet ambulancepersonale.

## FOA mener

- Der skal være bedre sammenhæng imellem ambulancetjeneste, patienttransport, akutmodtagelserne samt den kommunale hjemmepleje.
- Ambulancepersonalets kompetencer skal tænkes mere ind som en ressource i det samlede sundhedsvæsen.
- Ambulancepersonalet skal have adgang til relevante patientoplysninger.
- Det offentlige skal i højere grad varetage ambulancekørslen.
- Der skal uddannes flere ambulancebehandlere og paramedicinere, herunder skal uddannelsesforpligtelsen skrives ind i kontrakten, hvis regionerne vælger at sætte ambulancetjenesten i udbud.

# 10 Psykiatrien: Et løft er uomgængeligt

## Baggrund

Behandlingspsykiatrien er i mange år blevet udhulet, den økonomiske finansiering er ikke fulgt med stigningen i antallet af patienter. Alt for mange oplever derfor, at de ikke får den tilstrækkelige hjælp. De har fx svært ved at blive indlagt, eller de bliver udskrevet, før deres helbred er stabilt. Andre oplever, at deres ambulante forløb bliver afsluttet, før de er klar til det, eller fordi de ikke magter at have et stabilt fremmøde. Det er derfor helt afgørende, at der udarbejdes en ambitiøs, national 10-årig handlingsplan for psykiatrien.

Psykisk syge, der også har et misbrug [dobbeltdiagnosticerede], oplever en fastlåst situation, når de ikke kan få behandling for deres psykiske sygdom i regionen, hvis de har et ubehandlet misbrug, samtidig med at kommunen afviser at tilbyde misbrugsbehandling, hvis deres psykiske sygdom ikke er under behandling i regionen.

Det er vigtigt, at der sikres målrettet behandling og pladser til gruppen af udadreagerende dobbeltdiagnosticerede, da de ellers har svært ved at finde hjælp, og fordi FOAs medlemmer udsættes for mange trusler og voldelige episoder, når de arbejder med disse borger.

Der sker alt for ofte udskrivninger af patienter, som ikke er klar til at blive sendt hjem, fordi der ikke er personale og rammer til at imødekomme behovet i behandlingspsykiatrien. Det belaster kommunernes socialpsykiatri og hjemmepleje og fører alt for ofte til genindlæggelser.

Socialpsykiatrien er i forvejen hårdt presset, da målgruppen med behov for hjælp på det specialiserede socialområde er vokset markant, uden de økonomiske midler er fulgt med. Desuden er der sket en afspecialisering af botilbud både til psykisk syge og borgere med handicap siden kommunalreformen i 2007. Det presser FOAs medlemmer i forhold til at levere en specialiseret støtte og behandling. Det er vigtigt at styrke kompetencerne i socialpsykiatrien, både i forhold til det pædagogiske relationsarbejde, medicinering og den sundhedsfaglige opsporing og eventuelle behandling.

Et andet problem på det psykiatriske område er den dårlige og nogle gange manglende koordinering mellem de somatiske og de psykiatriske afdelinger. Psykiatriske patienter har ofte alvorlige somatiske sygdomme, som overses og ikke behandles. Levealderen hos psykisk syge er langt lavere end andre grupper, og ofte er det på grund af forringet somatisk behandling. Det må der fokuseres langt mere på i fremtidens sundhedsvæsen.



## Udsultningen af psykiatrien

### Faldende udgifter i psykiatrien

Udgifterne pr. psykiatrisk patient er faldet fra 69.100 kr. pr. patient i 2010 til 59.800 kr. i 2018 (i faste priser). Det svarer til et fald i udgiften pr. patient på over 13 %.

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet, 2019

## PsykiatriLøftet

### Forslag til 10-årig psykiatriplan

44 organisationer og foreninger, der repræsenterer arbejdsgivere, personalegrupper, patienter, brugere og pårørende indenfor psykiatrien, præsenterede 17. august 2020 8 forslag til, hvad en 10-årig psykiatriplan bør adressere:

1. Løft socialpsykiatrien, så borgere med behov for social støtte hurtigt modtager en fagligt specialiseret, tilstrækkelig og stimulerende indsats.
2. Løft behandlingspsykiatrien, så kvaliteten styrkes, og alle, der har behov, kan [for]blive indlagt.
3. Løft indsatsen for borgere med behov for en samlet misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling.
4. Et løft, så alle berørt af psykisk sygdom oplever, at hjælpen er koordineret mellem sektorer.
5. Løft støtten til pårørende til mennesker ramt af psykisk sygdom.
6. Løft den tidlige og forebyggende indsats for alle borgere med psykisk sygdom.
7. Et løft, så alle børn, der har behov, får en systematisk og effektiv tidlig indsats.
8. Løft mulighederne for psykiatrisk forskning.

## FOA mener

- At der skal oprettes flere sengepladser i behandlingspsykiatrien og retspsykiatrien.
- At udskrivninger på grund af pladsmangel fremfor helbred stoppes.
- At behandlingsindsatsen for både misbrug og psykisk sygdom hos dobbeltdiagnosticerede samles i regionerne.
- At socialpsykiatriens kvalitet løftes, bl.a. gennem en øget specialisering af botilbud.
- At den sundhedsfaglige opsporing og behandling i socialpsykiatrien styrkes.
- At medicinsikkerheden i socialpsykiatrien forbedres.
- At overgange og koordinering mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og somatikken forbedres.



## 11

## Økonomien: Der er brug for flere midler og ny prioritering

### Baggrund

I 2000'erne voksede de regionale sundhedsudgifter med 2,75 % om året. I 2010'erne steg de kun med 1 % om året. Det seneste årti har der altså været skruet gevaldigt ned for udgifterne til sundhed i forhold til tidligere tider. I samme periode er antallet af patientkontakter kun vokset og vokset. I mange år har skiftende regeringer pålagt regionerne krav om årlige produktivetsforbedringer på 2 %, som dog heldigvis blev afskaffet i 2019. Men det har alt sammen bidraget til et sundhedsvæsen, der nu står udmagret tilbage og har brug for en genopretning samt en stabil og rolig økonomisk vækst de kommende år.

De kommende år har sundhedsvæsnen i regionerne behov for at vokse med mindst 2 % om året. Befolkningsudviklingen medfører alene et behov på ca. 1 %. Dertil kommer et behov for at følge med nye behandlingsformer og ny medicin, som i sig selv yderligere vil medføre et behov for 1 % om året. Der er brug for at sætte en stopper for de mange års besparelser og effektiviseringer i sundhedsvæsnen.



## Dynamiske effekter

### Investering i velfærden

Dynamiske effekter handler om de ændringer, som en given indsats eller investering medfører på folks adfærd.

Tidligere har bl.a. Finansministeriet ofte kun kigget på de ændringer, som en skattelettelse kan medføre for folks villighed til at arbejde.

Men oftere og oftere taler man nu også om de ændringer, som en investering i velfærden kan medføre i forhold til folks mulighed for at arbejde eller andre afledte effekter. Bedre kvalitet, øget forebyggelse o.l. kunne være eksempler på investeringer.

En undersøgelse, som FOA har gennemført sammen med Epinion, har eksempelvis vist, at 18 % af dem, der er ramt af en længerevarende sygdom, siger, at de vil arbejde mere, hvis de fik en bedre behandling.

## FOA mener

- Økonomien på sundhedsområdet skal vokse de kommende år for både at dække befolkningsudviklingen, tidssvarende behandlinger og dyrere medicin.
- Ikke flere nye præmieringsordninger og produktivetskrav – ro på økonomien.
- Den økonomiske styring skal understøtte tillid, ansvar og styrket faglighed. Det vil sige stop for, at økonomien tildeles efter aktivitet og ydelser. Tildel i stedet pengene efter mere overordnede mål for udviklingen i udgiftsbehov helt ud til de borgernære områder.



I kommunerne vejer sundheds- og ældreudgifterne meget tungt. Hvis man bare skal følge med udviklingen alene i antallet af ældre, vil udgifterne til ældreplejen i kommunerne skulle vokse med 2,7 % om året de kommende 10 år. Dertil kommer udgiftspres som følge af opgaveglidning mellem regioner og kommuner på sundhedsområdet og som følge af den generelle udvikling i de kommunale sundhedstilbud (genoptræning, rådgivning og overvågning mv). Det giver et samlet behov for udgiftsvækst på minimum 3 % om året i den kommunale del af sundheds- og ældreområdet.

FOA er kritisk over for kortsigtede præmieringsordninger, finansiering efter aktivitet og enkeltydelser mv. Sådanne ordninger har det altid med at skævvride og fjerne fokus fra det vigtige, som er: at borgerne får den bedst mulige behandling og pleje, og de ansatte får plads, tid og mulighed for at vurdere, hvad der er bedst for borgeren. Vi får kun den bedste sundhed, når der er ro om personalets rammer og økonomi.



Sundhedsvæsnet er en stor og vigtig velfærdsopgave. Hvis folk behandles bedre og hurtigere og dermed kommer hurtigere tilbage på arbejde, så gavner det vores samfundsøkonomi. Et større fokus på tidlig opsporing og forebyggelse vil også kunne reducere de samlede samfundsøkonomiske omkostninger. Finansministeriet skal derfor medregne de gavnlige effekter, der er ved sundhedsindsatsen.

### Levetid og helbred

#### Kritikken af at indregne sund aldring

Når Finansministeriet skal beregne fremtidens behov for udgifter til velfærden, så indregner de normalt en forudsætning om, at forbruget af sundhedsydelse er afhængigt af restlevetid og ikke alene af alder. Det giver en forøget sund aldring hos ældre mennesker i takt med stigende levealder. En rapport fra Sundhedsstyrelsen i 2019 konkluderede imidlertid, at selvom vi lever længere og mange ældre har et godt helbred, så er de ældres generelle helbred i de forskellige aldersgrupper ikke blevet bedre siden 2010.

## FOA mener

- Fordelingen af pengene mellem regioner og kommuner skal følge med opgave- og ansvarsfordelingen ud fra et forsigtighedsprincip: Pengene skal ikke fjernes et sted, før opgaverne rent faktisk bliver løst et andet sted. Det medfører, at væksten i regionernes sundhedsudgifter fortsat skal være på mindst 2 % om året samtidig med at kommunernes udgiftsramme for så vidt angår den andel, der skal dække udviklingen på sundheds- og ældreområdet skal vokse med omkring 3 % om året, sådan at der er plads til både befolkningsudviklingen og opgaveændringer.
- Dynamiske effekter af sundhedsindsatsen skal indgå i Finansministeriets regnemodeller.
- Budgetloven skal ændres: Sanktionerne på servicerammerne skal lempe, så kommuner og regioner ikke sparer på de centrale velfærdsområder, og der skal kunne overføres penge mellem budgetårene. Samtidig skal underskudsgrænsen på den offentlige økonomi hæves til 1 %.

## 12

## Prioritering: Stort behov for gennemsigtighed

### Baggrund

Vi kan mere og mere i sundhedsvæsenet – med ny medicin og teknologi. Men vi er også nødt til at se i øjnene, at vi ikke har råd til alt. Vi er nødt til at prioritere.

Udgifterne til sundhedsområdet er ikke steget særligt meget de senere år. Men nye, dyre behandlingsmetoder, ny medicin og teknologi er nogle af de elementer, der har været med til at presse sundhedsudgifterne. Samtidig oplever mange sundhedsprofessionelle, at de har fået mere travlt, og at de har svært ved at følge med det stigende antal patienter. Dette kan ses som en form for 'skjult prioritering'.

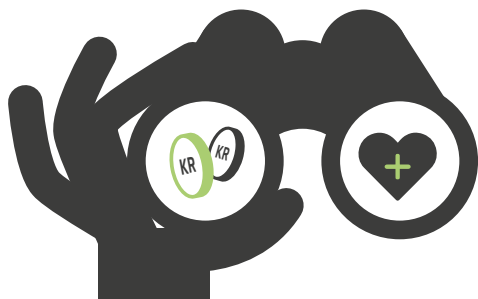
FOA opfordrer til, at der i højere grad sker en tydelig og gennemsigtig prioritering i sundhedsvæsenet. Et nyt behandlingsråd skal sikre, at både eksisterende og nye behandlinger har en så gavnlig effekt for patienterne, at det står mål med de store omkostninger. Samtidig skal et behandlingsråd understøtte, at der kommer mere lighed i sundhed – både på tværs af landet og på tværs af patientgrupper.

Sundhedsvæsenet skal have øget fokus på at begrænse overbehandling, unødige indgreb og medicin, som pa-

tienterne ikke har gavn af. Det kan fx være livsforlængende behandling, som i nogle tilfælde fortsætter udover et punkt, hvor det ikke længere giver mening for borgeren selv, men hvor man ikke i tide fik taget den nødvendige samtale om borgerens ønsker. Derfor skal der ske en indsats for at nedbringe overbehandling. Det kan bl.a. indebære:

- at man i højere grad inddrager borgernes ønsker i behandlingen og ser det hele menneske, så man ikke giver en behandling, som borgeren reelt ikke er interesseret i
- mere tillid til personalet, så behandling kun gives, når det er nødvendigt.

Endelig er det vigtigt, at der kommer mere åbenhed omkring medicinpriserne. Fx er priserne på sygehusmedicin ikke offentlige, da industrien mener, at deres forretning er fortrolig, men det gør det ekstra svært at vurdere, om priserne er for høje. Det er især problematisk, når så mange offentlige midler går til netop ny, dyr medicin. Medicinrådet spiller i dag en vigtig rolle i forhold til at vurdere, om medicinpriserne er rimelige i forhold til medicinens effekt. Dette arbejde skal fortsætte og måske endda intensiveres, så sundhedsvæsenets midler ikke forsvinder væk til medicin med lav eller ingen effekt.



### Overflødig behandling

#### Overbehandling i det danske sundhedsvæsen

Undersøgelser fra Europa og USA viser, at 20-30 % af det, der foregår i sundhedsvæsenet, er overflødig. Og de vestlige landes økonomiske samarbejdsorganisation OECD anslår, at spildet i sundhedsvæsenet i snit er 15 %. Det kan fx være dobbelt prøvetagning, dvs. at der bliver taget en ny blodprøve, hver gang patienten kommer på en ny afdeling. Det kan også være kemoterapi i den sidste fase af livet, som den døende egentligt ikke ønsker, eller at man genopliver en ældre borger, som egentlig ønsker at dø, men hvor man ikke har fået taget den nødvendige samtale i tide.

Kilde: "Vælg Klogt" [Danske Patienter, Lægevidenskabelige Selskaber og Danske Regioner]

## FOA mener

- Der skal være en tydelig og gennemsigtig prioritering i sundhedsvæsenet.
- Der skal fokus på, at mere behandling ikke altid giver mere livskvalitet.
- Overbehandling skal nedbringes.
- Behandlingsrådet skal sikre, at vi anvender de behandlinger, der har den største effekt for patienterne.
- Medicinpriserne skal holdes i stram snor og gøres mere gennemsigtige.

MARTS 2021



**FOA**

SAMMEN  
GØR VI FORSKELLEN

Stauings Plads 1-3  
1790 København V

Tlf: 46 97 26 26  
foa.dk

# Sundhed i fællesskab

## FOAs forslag til en kommende sundhedsaftale

FOA præsenterer her sine forslag til en kommende sundhedsaftale.

FOA repræsenterer en meget stor del af de ansatte på sundheds- og ældreområdet: 70 % af de ansatte i kommunernes sundheds- og ældretilbud og 15 % af de ansatte på sygehusene. FOAs medlemmer arbejder på sygehusene, i den kommunale hjemmepleje, på plejecentrene, i ambulancerne, på botilbuddene og i psykiatrien.

## FOA

FOA er Danmarks tredjestørste fagforening. Siden 1899 har vi kæmpet for bedre løn- og arbejdsforhold til vores medlemmer. Hovedopgaven er at indgå overenskomster, som sikrer en god løn og moderne, ordnede arbejdsvilkår. Det er FOA, der aftaler din løn, dine tillæg, din arbejdstid, din pension, dine barselsregler, dine ferieregler og dine muligheder for uddannelse. Vores opgave i FOA er også at sikre et stærkt fagligt fællesskab. Ved at stå sammen i FOA, står hvert enkelt medlem stærkere. Og med den fælles styrke kan vi optræde handlekraftigt.