

FOA's udspil om sundhed og sundhedsstruktur

**“Når sundhedsvæsenet flytter ind i dagligstuen”**

Januar 2024

## Forord

Allerede i dag og langt mere i fremtiden vil de fleste sundhedsopgaver løses udenfor sygehusene. Patienter bliver udskrevet hurtigere fra behandling, mange kroniske sygdomme monitoreres hjemme, genoptræning sker lokalt. Man kan sige, at sundhedsvæsenet flytter ind i dagligstuerne. Det er en virkelighed, vi skal skabe fremtidens sundhedsvæsen efter. Der skal fortsat være et højt specialiseret sygehusvæsen, men vi skal skabe bedre sammenhæng i det samlede sundhedsvæsen. Det er det udgangspunkt, FOA's udspil om sundhedsstrukturen tager.

Nye store omlægninger eller implementering af systemer kan ikke alene løse fremtidens udfordringer. Vi skal tænke anderledes og væk fra vaner og "det plejer vi at gøre". Det handler om tættere samarbejde, bedre kommunikation og større fælles ansvar for borgeren. Forhold som ikke nødvendigvis sikres med strukturændringer. En grundlæggende ændring af vores sundhedsvæsen er en meget lang proces, der kræver inddragelse og tid til implementering.

Her er de principper, som FOA mener, skal være pejlemærker for en kommende reform:

- ✓ Sundhedsvæsenet skal være demokratisk styret
- ✓ Udgangspunktet skal være, at der skal skabes den bedste ramme for mødet mellem borger og medarbejder
- ✓ Ingen slipper borgeren før den næste har taget over
- ✓ At fælles nationale løsninger på tværs af strukturer skal være et bærende princip. Det gælder IT, hjælpemidler mm.

## Indholdsfortegnelse:

- Sundhed handler om det hele menneske og ikke kun sygdom
- Sundhedsindsatsen skal tage hånd om social og geografisk ulighed
- Ingen slipper borgeren før den næste har taget over
- Fremtidens sundhedsvæsen kræver ny kultur
- Lovkaos i hverdagen – derfor er der behov for en ny ældrelov
- Brug kompetencerne bedre - rette kompetencer til rette opgaver
- Data og dokumentation skal fremme samarbejdet ikke hæmme det
- Psykiatri og det specialiserede socialområde må ikke glemmes, igen
- Der skal være en gennemsigtig og systematisk prioritering
- Velfærdsteknologi og digitale løsninger skal understøtte – ikke erstatte
- Den præ-hospitale indsats skaber sammenhæng i sundhedsvæsenet

## Sundhed handler om det hele menneske og ikke kun sygdom

Fremtidens sundhedsvæsen skal tage udgangspunkt i spørgsmålene “Hvad skal den nye struktur løse?” og “Hvad er det vores sundhedsvæsen skal kunne?”

Det er afgørende at se sundhedsvæsenet ud fra den situation, borgeren er i. Sundhed er for os alle, og borgere i Danmark møder sundhedsvæsenet i mange sammenhænge fra fødsel til død, og ikke kun når der er tale om sygdom og sygdomsbehandling.

Danmark skal have et sundhedsvæsen, som kan behandle sygdom så godt som muligt, så man som patient får den behandling, som giver mening. Et sundhedsvæsen, som har fokus på forebyggelse og rehabilitering. Et sundhedsvæsen, som kan rumme sundhedsopgaver fra starten af livet og til den sidste tid i livet.

Der er i debatten om det fremtidige sundhedsvæsen meget fokus på, hvor de enkelte opgaver skal varetages, og hvem der har den økonomiske dispositionsret. Det er også vigtigt, men vi må ikke glemme, at for den enkelte borger er det underordnet, hvem der står for hvilke opgaver, bare de bliver løst bedst muligt, og med udgangspunkt i borgerens livsvilkår og situation.

I diskussionerne er sundhed ofte forstået som fravær af sygdom. Men kun at fokusere på somatisk sygdom er for snævert. Der skal også være fokus på hele borgerens livssituation, og der skal ikke være forskel på om du er psykisk syg, udviklingsforstyrret eller om helbredet skranter. Der skal ikke være nogen lidelser, som er finere end andre, og hvor behandlingen har en væsentligt højere standard. Et menneske med et handicap, som bor på et bosted, vil ofte modtage hjælp i form af sundhedsydelse. Men her kan sygdommen ikke stå alene. Sygdommen bør sammenkædes med livssituationen. Hvis man kæmper med en psykiatrisk lidelse, skal den somatiske indsats kunne tage højde for det, så den somatiske behandling får så gode betingelser for at virke som muligt. Hvis man er beboer på et plejecenter, hjælper personalet med forebyggelse, pleje og genoptræning. Men livet på et plejecenter er meget mere end det. Sociale relationer, hverdagsmestring, indhold i dagligdagen og almindelige praktiske gøremål er en stor del af det at bo på plejehjem.

Rehabilitering er et nøgleord i debatten om fremtidens sundhedsvæsen. Men ligegyldig hvor effektiv rehabiliteringen er, slutter livet på et tidspunkt. Rammerne for livets afslutning er en væsentlig del af udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen.

Sundhedsvæsenet skal være tæt på borgeren. Den praktiserende læge er i nærområdet -ligesom de kommunale sundhedsopgaver er – lige fra sundhedspleje for små børn, hjemmesygepleje og genoptræning. Andre opgaver, som er højt specialiserede, ligger naturligt på sygehusene, men mange undersøgelser, opfølgning på sygehusophold, prøvetagning mm. kan med fordel placeres tættere på borgerne – ja helt ind i dagligstuerne. I høj grad kan det bæres frem af digitale løsninger.

## Sundhedsindsatsen skal tage hånd om social og geografisk ulighed

FOA's 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 er alle patienter lige, 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.

Ulighed i sundhed handler om mange ting, bl.a. om manglende ressourcer til at forstå sundhedsvæsenet, om ubehandlede psykiske og somatiske sygdomme, mange flere diagnoser samtidig, manglende netværk og ensomhed.

Der er også et geografisk aspekt. Borgere med størst behov for hjælp, bor ofte i kommuner, hvor der både er længst til et højt specialiseret sygehus, og hvor en presset kommuneøkonomi gør det svært at prioritere sundhedsopgaverne, hjælpen til mennesker med handicap og til socialpsykiatrien. Lige økonomiske vilkår for kommuner, sygehuse og regioner i forhold til udgiftsbehov skal sikre reel lighed. For at skabe lighed skal der handles forskelligt.

For at komme ulighed i sundhed til livs skal sundhedsvæsenet i højere grad se den hele borger – fysisk, psykisk og socialt – og ikke kun den enkelte konkrete diagnose. Tingene har sammenhæng for den enkelte borger, og bør derfor i langt højere grad ses og løses i sammenhæng. Behandlingen skal tage højde for borgerens livssituation og skal også indrettes efter de mest svækkede borgers praktiske 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 sundhedsvæsenet - altså en praktisk og digital ulighed.

At gøre sundhedstilbud mere tilgængelige handler også om den geografiske nærhed. Der kan tænkes i sundhedshuse, som en integreret del af det nære sundhedsvæsen i kommunerne, der kan udgøre omdrejningspunktet mellem hospitalsbehandlingen, 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, hjemmesygepleje, hjemmepleje til tidlige opsporingsforløb, genoptræning, forebyggelse og aflastning mm.

### FOA mener

- At der skal være et bredt fokus på borgerne - fysisk, psykisk og socialt
- At sundhedsvæsenet skal indrettes efter, at borgerne har forskellige behov og livsbetingelser
- At der skal udvikles sundhedshuse som lokale sundhedstilbud, der er til stede fysisk og konkret i borgernes hverdag
- At der skal være økonomiske rammer for kommuner, sygehuse og regioner, som fuldt ud tager hensyn til forskelle i udgiftsbehov, der er socialt betinget.

## **Ingen slipper borgeren før den næste har taget over**

En af de helt store udfordringer i sundhedsvæsenet i dag er overgange mellem systemer altså mellem sygehuse, hjemmepleje, plejecentre, botilbud. En af de overordnede tilgange til løsning af det, er kædeansvar, altså ansvar for overgange.

Behandling og pleje udfordres, når patienter overgår fra fx region til kommune og omvendt. Overleveringen mellem aktører er en svær proces, hvor vigtig information nemt kan gå tabt. Alt for ofte kan det føre til genindlæggelser, blandt andet fordi overleveringen mellem aktørerne ofte ikke er tilstrækkelige og fyldestgørende.

Disse vanskelige overgange løses ikke ved skrivebordet og ved nye økonomiske incitamentsstrukturer. Det kræver mere praksisnær løsning, hvor borgeren er udgangspunktet for løsningen.

Heldigvis er der stor fokus på overgange mange steder. Fx er der indført 72 timer behandlingsansvar hos sygehusafdelingen, som har udskrevet patienten til fx pleje i kommunen eller til videre behandling hos den praktiserende læge. 72-timers tiltaget gør det nemmere for dem, der skal overtage ansvaret for pleje og behandling at komme i kontakt med sygehusafdelingen, hvis der opstår tvivlsspørgsmål vedr. patienten og behandlingen.

Ofte udskrives patienter til hjemmeplejen, bosteder eller plejecentre op til weekender, på baggrund af en forventning om, at der er personale, som kan overtage opgaven der. Men også på bosteder og plejecentre er normeringen anderledes i weekender og derfor kan det være svært for personalet at skabe sig overblik over plejebehov og sygdomsforløb. Det er en væsentlig konkret problemstilling, som skal tages hånd om.

For at det skal lykkes at skabe bedre samarbejde og overgange, kræver det, at personalet har let gennemskuelige, systematiske og ensartede samarbejdsflader.

### **FOA mener**

- En styrkelse af overgange er givet godt ud, da det kan forhindre genindlæggelser. En styrkelse kan være et udvidet behandlingsansvar fra 72 timer til 7 dage eller mere
- En meget bedre adgang til relevante journalnotater og medicinkort m.m. til aktører udenfor sygehusene vil forbedre overgangene
- Obligatorisk tilbud om ledsagelse af fagperson, når beboere på bosteder og plejecentre indlægges på sygehus. Og også fra hjemmeplejen, hvis der ikke er pårørende, som kan. Og tilsvarende et obligatorisk tilbud om ledsagelse, når man udskrives fra sygehus.

## Fremtidens sundhedsvæsen kræver ny kultur

En ny sundhedsstruktur skal understøtte tværfagligt samarbejde, patientforløb og overgange mellem enheder (sygehus, kommune, afdelinger, hjemmepleje, plejehjem, almen praksis, rehabilitering mm). Der er mange systemer og overgange. Centralt er det at huske, at samarbejde er relationer mellem fagpersoner og ikke kun økonomiske incitamenter.

Der skal udvikles en kultur, der understøtter det tværgående samarbejde omkring borgerne. Kendskab til hinanden og viden om de forskellige dele af og tilbud i sundhedsvæsenet er afgørende for det gode og sikre patientforløb.

Der er eksempler på det knap så gode samarbejde, men bestemt også eksempler på godt samarbejde på tværs af sektorer og enheder. Det gælder fx mellem botilbud og behandlingspsykiatri, hvor der nogle steder er etableret botilbudsteam med faste psykiatere og psykiatrisygeplejersker, der kører kontinuerligt ud til faste botilbud på ugebasis og understøtter medarbejderne på botilbuddene. Det har fx øget kontinuiteten for borgerne og nedbragt antallet af akutte indlæggelser.

Der skal politisk og ledelsesmæssigt fokus på løsninger og forståelse af og håndtering af de strukturer borgerne bevæger sig i, når de har kontakt med sundhedsvæsenet. Det er vigtigt at understøtte det gode samarbejde med faste strukturer, der øger kendskabet til hinanden og gør det praktisk nemt og forudsigeligt at samarbejde i hverdagen. Det er ikke gavnligt, hvis der for hvert enkelt samarbejdsforløb først skal skabes klarhed over, hvem der skal involveres, finde fælles ledige mødetidspunkter, sted osv. Det gode samarbejde understøttes derimod, hvis der allerede er en fast mødestruktur, hvor der fx kan udveksles praktiske og nødvendige informationer om konkrete borgere osv.

Adgang til nødvendig viden er afgørende for det gode patientforløb. Hotline og digital understøttelse kan understøtte en lettere adgang og kontakt, og dermed styrke medarbejderne i det borgernære arbejde.

### FOA mener

- At der skal være fokus på kulturforandringer. Det kræver en stærk praksisnær ledelse
- At der skal være politisk og ledelsesmæssigt fokus på at understøtte systematiske og glidende overgange i patientforløb
- At tværfagligt samarbejde, fagligt respekt og anerkendelse er en af nøglerne til fremtidens sundhedsvæsen.

## Lovkaos i hverdagen – derfor er der behov for en ny ældrelov

Entydigt ansvar indenfor entydige rammer er målet med en ny ældrelov. Som det er på ældreområdet i dag, styres der primært efter to lovgivninger, Service- og Sundhedslov. To love med meget forskellige styringsrammer. Når der tildeles borger hjælp efter Serviceloven, er det en visiteret ydelse, og det er alene det, som medarbejderen skal løse. Når borgeren har brug for hjælp efter Sundhedsloven, er der langt større fleksibilitet i løsningen af opgaven. Derfor skal fremtidens ældrepleje styres efter én lov og ét styringsprincip.

Når der i fremtiden skal leveres sundhedsydelser i rammen indenfor en ældrelov, er det vigtigt, at de faglige tilgange skal overholde de retningslinjer, der fx er udstukket af Sundhedsstyrelsen. Men praktisk hjælp og pleje som i dag reguleres inden for serviceloven, hænger i langt de fleste tilfælde sammen med de sundhedsopgaver, der også løses.

Fremtidens sundhedsopgaver i ældreplejen skal tage udgangspunkt i det hele menneske og være en helhedsorienteret pleje. Borgerne skelner ikke mellem, om det er en hjælp, som tager udgangspunkt i den ene eller anden lov. Og for medarbejderne skaber det unødigt bøvl og bureaukrati.

Loven skal tilpasses virkeligheden, og det skal den måde, vi styrer på også. BUM-modellen (bestiller-udfører-modtager modellen) på ældreområdet, med en klar adskillelse mellem visitation og udførende enhed, har vist sig ikke at kunne understøtte den dagligdag, der udspiller sig i hjemmeplejen. Fremtidens hjemmepleje skal være meget mere fleksibel og tilpasse sig de behov, der er i de enkelte besøg. Der er ikke brug for mere New Public Management og flere BUM-modeller i krydsfeltet mellem sundhedsvæsenet og ældreplejen.

### FOA mener

- Én lov skal regulere opgaverne i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentre, således at der ikke styres efter forskellige principper i mødet mellem den ældre og medarbejderne
- Det nære sundhedsvæsen skal tage udgangspunkt i det hele menneske, hvilket betyder, at der udover de konkrete behandlingsopgaver skal være fokus på borgernes livssituation, mestring af hverdagsopgaver m.m.
- At ældreområdet gentænkes, således at der sker en ændring i organiseringen af ældreområdet med udgangspunkt i tillid til lederne og medarbejdernes faglige valg og borgerens behov. Små teams i ældreplejen har vist sin styrke og bør udbredes på hele ældreområdet.



## **Brug kompetencerne bedre - rette kompetencer til rette opgaver**

Der er rigtig mange opgaver omkring patienterne og borgerne – og de ændres hurtigt. Både i kommunerne og på sygehusene er der meget stor forskel på, hvordan arbejdet organiseres, og på hvilke fagpersoner der varetager hvilke opgaver.

I sundhedsvæsenet arbejder rigtig mange faggrupper. Det er vigtigt med kendskab til hinandens viden om og perspektiver på borgerne, patienterne og opgaverne. Alle fagligheder skal sættes i spil for at give den enkelte borger den bedste hjælp. Der skal sættes fokus på opgaver og kompetencer. Hvordan løses sundhedsopgaverne bedst muligt og hvordan skal det tværfaglige og flerfaglige samarbejde styrkes?

Et sundhedsvæsen, der skal løse stadig flere opgaver, skal have en rettesnor for, hvordan arbejdet tilrettelægges og udføres. Der skal skabes rammer således, at fagpersonerne kan udøve deres faglighed og træffe faglige beslutninger. Det vil se forskelligt ud afhængig af om, der tales om plejeopgaver, personlig bistand eller hygiejnisk rengøring.

Både i kommunerne og på sygehusene er der meget stor forskel på, hvordan arbejdet organiseres og på hvilke fagpersoner, der varetager hvilke opgaver. Det kræver i fremtiden et stærkt ledelsesmæssigt fokus på de praksisnære udfordringer.

Alle de forskellige kompetencer skal bringes i spil, uanset hvor opgaverne bliver løst. Der er stadig behov for at nedbryde faggrænser og gamle hierarkier, hvis vi skal have et stærkere sundhedsvæsen. Det omfatter også kompetencer om kost og ernæring, hygiejne, genoptræning m.v. Fagligheder som netop FOA's faggrupper kan bidrage med uanset om behandlingen sker på sygehus, sundhedscenter eller i borgerens hjem.

Det er helt afgørende, at medarbejderne har de rigtige kompetencer til at løfte nye opgaver, ikke mindst i takt med at opgaverne flytter ud fra sygehuset og "hjem" til borgeren. I takt med at det nære sundhedsvæsen rykker tættere på borgerne, er det vigtigt, at alle relevante kompetencer bringes i spil og at man ikke hænger fast i gamle uddannelsesmønstre og faggrænser. Forandringer kræver et kompetenceløft til både den enkelte medarbejder og til den samlede organisation. Der skal fokus på kompetenceudvikling og organisationsudvikling. Det er en central ledelsesopgave at sikre, at medarbejderen har mulighed for at bruge alle sine kompetencer. Det fremgår også tydeligt i Robusthedskommissionens rapport og anbefalinger.

### **FOA mener**

- At medarbejderne skal have mulighed for at bruge deres kompetencer i alle dele af sundhedsvæsenet og at uhensigtsmæssige faggrænser ikke sætter en stopper for den bedste opgaveløsning
- At der skal sikres handlerum til den enkelte medarbejder og mulighed for at foretage selvstændige faglige vurderinger i forhold til borgere og patienter som grundlag for opgaveløsningen
- At tværfagligt og flerfagligt samarbejde styrkes som led i fremtidens organisering af sundhedsvæsenet.

## **Data og dokumentation skal fremme samarbejdet ikke hæmme det**

At have adgang til og omsætte data og dokumentation i hverdagen er essentielt i pleje og behandling af patienter. Der går ofte vigtig viden tabt i overgange fra den ene aktør til den anden.

Alt for ofte sker der overflødig dokumentation og også dobbeltdokumentation. En problemstilling, som har været kendt og arbejdet med i snart mange år. En af årsagerne til det er, at de systemer som benyttes, ikke altid "taler" ordentligt sammen. Som konsekvens af det oplever medarbejdere i sundhedsvæsenet, at der sker en del overflødig dokumentation i fx ældrepleje, botilbud og sygehuse.

Rammer for overdragelse af data og dokumentation og samkøring af systemerne har mange forhindringer, og ikke alle har adgang til informationer, der er relevante for at løse opgaverne hos borgeren.

Barriererne er både lovgivningsmæssige, praktiske og ledelsesmæssige. Der er brug for at se kritisk på implementeringen af krav til databeskyttelse, vidensdelingen og på opbygning og anvendelse af IT-systemerne på tværs af de enkelte organisationer. Men der er også brug for hele tiden at have fokus på, at systemerne er så brugervenlige som muligt og at medarbejderne løbende inddrages i at opnå denne brugervenlighed.

### **FOA mener**

- Data og dokumentation skal kunne tilgå alle aktører i behandling og pleje af borgerne, når det er relevant for pleje og behandling af den enkelte borger
- De systemer der dokumenteres i skal samkøres, så dobbeltdokumentation forhindres
- Systemerne skal være så brugervenlige for medarbejderne som muligt, og medarbejderne skal inddrages i at sikre brugervenlighed.

## **Psykiatri og det specialiserede socialområde må ikke glemmes, igen**

Der er en tendens til at tænke sundhed som behandling af fysiske udfordringer, men det er vigtigt at se det bredere. Borgere på det specialiserede socialområde, altså borgere med fysiske, psykiske og kognitive handicap, har ofte et stort behov for hjælp fra forskellige instanser i sundhedsvæsenet. Det er borgere der grundet deres sygdom og livssituation ofte ikke selv magter at koordinere og opsøge hjælp, og som i hele eller store dele af deres liv er afhængige af hjælp.

Mange borgere er gået under radaren, enten fordi de er blevet gemt væk, næsten glemt eller ikke nyder særlig stor bevågenhed i systemet og den brede befolkning. De er dybt afhængige af hjælp for at få en så god tilværelse som muligt. Der er tale om borgere, som uden den rette behandling, hjælp og støtte har et markant større træk på dyre ydelser end de egentlig behøver.

På handicapområdet mangler der kapacitet, kvalitet og faglig støtte, både for mennesker med fysiske, psykiske og kognitive handicap. Det er bl.a. en konsekvens af at det er svært at rekruttere uddannet personale og at brugen af timelønnede vikarer er stort. Mange bosteder har borgere med mange forskellige problemstillinger på samme sted, så det er svært at tilgodese alle behov og yde en tilstrækkelig specialiseret hjælp og støtte. Patienter udskrives alt for tidligt i behandlingspsykiatrien pga. deres manglende kapacitet, og selv om borgerne ikke er stabile og velbehandlede, udskrives de til gaden, egen bolig eller botilbud. Den ambulante psykiatri der skal understøtte den løbende behandling, presses ved at have et højere caseload fx i deres OPUS og F-ACT forløb end metoderne tilsiger. Med andre ord får man ved at presse alle instanser skabt et stadig større pres på den dyreste og mest specialiserede hjælp som fx indlæggelser i hospitalsregi, og spiralen bliver svær at bryde.

Et stort problem for borgere med handicap og psykisk sygdom, er den dårlige og nogle gange manglende koordinering med den somatiske indsats. Psykiatriske patienter og borgere med handicap har ofte alvorlige somatiske sygdomme, som overses og ikke behandles. Fx oplever mennesker der både kæmper med svær psykisk sygdom og kræft, ofte en dårligere forebyggelse, opsporing og behandling, så deres kræftsygdom risikerer at være mere udbredt, når de endelig bliver udredt, og de får dermed en dårligere prognose. Dødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom og handicap er generelt markant højere end andre grupper bl.a. fordi de dør af sygdomme andre nemt ville have fået behandling for. Det må der fokuseres langt mere på at undgå og nedbringe i fremtidens sundhedsvæsen.

### **FOA mener**

- Der er brug for, at den 10-årige psykiatriplan understøtter en udbygning af både kapacitet og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom
- Der er brug for en ambitiøs specialeplan for det specialiserede socialområde, så rammerne for hjælpen forbedres markant, både hvad angår kapacitet og kvalitet
- Der skal kunne tilbydes hjælp på tværs af sektorer, således at hjælpen bliver langt mere smidig og systematisk. Det gælder f.eks. for den somatiske indsats og koordineringen af indsatser for borgere med handicap og psykisk syge.
- Det er vigtigt at styrke kompetencerne i socialpsykiatrien og for mennesker med handicap, så den sundhedsfaglige opsporing og behandling forbedres.

## Der skal være en gennemsigtig og systematisk prioritering

Sundhedsvæsenet skal sikre en gennemsigtig og systematisk prioritering på en lang række områder. Nye, dyre behandlingsmetoder, ny medicin og teknologi og stærke patientrettigheder, er nogle af de elementer, der presser sundhedsudgifterne i vejret og resulterer i stigende behandlingstider, ventelister og et mere travlt sundhedspersonale. De økonomiske rammer for sundhedsvæsenet skal følge med den generelle velstandsudvikling i samfundet, så borgerne oplever et moderne sundhedsvæsen, der følger med tiden.

Sundhedsvæsenets Prioriteringsråd, som FOA er medlem af, udkommer primo 2024 med en række anbefalinger til prioritering i sundhedsvæsenet. Anbefalingerne peger bl.a. på, at 1) samtaler om livets sidste fase skal prioriteres og systematiseres, 2) lovgivninger skal harmoniseres, 3) personalet skal sikres nem adgang til relevante patientoplysninger, 4) hygiejne skal prioriteres i forebyggelsesindsatsen, og at 5) udsatte patienter skal sikres bedre sundhedsstøtte.

Sundhedsvæsenet skal have øget fokus på at begrænse overbehandling, unødige indgreb og medicin, som patienterne 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 fik taget den nødvendige samtale om borgerens ønsker i tide.

Det stiller store krav til personalet at prioritere. Derfor bør personalet i langt højere grad understøttes i denne proces, der i modsat fald blot vil øge tendensen til flere defensive undersøgelser og mere behandling, der kan føre til overbehandling. Det betyder, at en række forhold i systemet bør gennemtænkes, lige fra den politiske styring, til Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn, til ledelsen og den enkelte afdelings og enheds prioritering.

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 mange offentlige midler går til ny, dyr medicin som eks. Ozempic.

### FOA mener:

- Der skal være en tydelig og gennemsigtig prioritering i sundhedsvæsenet
- Der skal fokus på borgerens ønsker og livskvalitet i behandlingssammenhæng
- Overbehandling skal nedbringes ved: 1) systematisk at inddrage borgernes ønsker i behandlingen, 2) skabe mere tillid til faglige beslutninger, og 3) tage samtalen om livets afslutning i tide
- Behandlingsgarantien skal være mere fleksibel
- Økonomien skal følge med velstandsudviklingen i samfundet og tage højde for de stigende udgifter til medicin og nye behandlingsmetoder. Medicinudgifterne skal holdes ude af det normale driftsbudget og finansieres særskilt - man kan indføre en medicingaranti.

## **Velfærdsteknologi og digitale løsninger skal understøtte – ikke erstatte**

Velfærdsteknologi er et af de områder, hvor der til stadighed sker en udvikling på sundhedsområdet, og i de senere år har hjemmeplejen og plejecentrene haft øget fokus på dette område. Tidligere blev det desværre ofte kædet sammen med kortsigtede besparelser af personalet som konsekvens af forventede rationaliseringer. Og ofte har medarbejderne ikke været inddraget tilstrækkeligt i udvikling og valg af nye teknologier.

Heldigvis er der eksempler på, at investering i velfærdsteknologi har givet mening i forhold til at højne sikkerhed og kvalitet, som fx indførelse af medicindispensere, der skaber en større medicinsk tryghed. Og teknologiske løsninger kan også ofte bidrage til et bedre fysisk arbejdsmiljø.

Teknologi er et vigtigt bidrag til at skabe bedre behandlinger. For nogle borgere har velfærdsteknologi givet dem mulighed for at være i eget hjem længere eller undgået ambulante behandlinger og undersøgelser via telemedicin.

Desværre ses ofte at indførelsen af velfærdsteknologi mødes af forhindringer, som forlænger indfasningen af teknologien. Den primære årsag er en manglende politisk og ledelsesmæssig forståelse for, at implementering tager tid, og at medarbejdere skal have den rette introduktion, inddrages og tilbydes kurser i anvendelsen af den nye teknologi.

### **FOA mener**

- Velfærdsteknologi er en større og større støtte i hverdagen og er med til at sikre kvaliteten i sundhedsvæsenet. Men den må aldrig erstatte den menneskelige kontakt med borgerne og vurdering af helbredstilstanden
- At der til alle velfærdsteknologiske og digitaliseringstiltag skal være grundig introduktion til de nye løsninger og en realistisk indfasningsperiode
- Medarbejderne skal inddrages i valg, udvikling og udbredelse af velfærdsteknologi.

## Den præ-hospitale indsats skaber sammenhæng i sundhedsvæsenet

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 og i fremtidens sundhedsvæsen skal ambulanceberedskabet i endnu højere grad tænkes ind, som en integreret del af den samlede sundhedsindsats.

Ambulancepersonalets indsats 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 sygehusafdeling ud fra gældende eller udvidede retningslinjer.

Den tilgængelige teknologi giver mulighed for at starte en behandling i hjemmet, fremfor at patienten skal køres på en akutmodtagelse, og samarbejdet mellem akutmodtagelse og beredskabet har store forudsætninger for at kunne fungere godt. Derimod kan samarbejdet mellem den kommunale ældrepleje og personalet i ambulancerne blive bedre.

### FOA mener

- Der skal være bedre sammenhæng imellem ambulancetjeneste, patienttransport, akutmodtagelserne samt den kommunale ældrepleje
- Ambulancepersonalets kompetencer skal tænkes mere ind som en ressource i det samlede sundhedsvæsen
- Ambulancepersonalet skal have adgang til relevante patientoplysninger, fx FMK (Fælles Medicinkort).