

Sammen om sundheden

Udspil



Indhold

Sammen om sundheden	3
Nedbryd overgange i sundhedsvæsn	6
Faglighedsreform	8
Rette kompetencer til rette opgaver	10
Udgangspunkt i borgerens behov – fokus skal væk fra ydelser	12
Ressourcer og økonomi	14
Den præhospitale indsats	16
Sundhedscentre	18
Psykiatri	20
Teknologi	21

Politisk ansvarlig: Mona Striib

Redaktion: Mie Andersen, Claus Cornelius
og Kasper Manniche **Produktion:** Grafisk
Team/MH og FOAs trykkeri

Sammen om sundheden

FOA giver her sit bud på, hvordan vi i fremtiden får et sundhedsvæsen i top. Fokus skal være på, hvordan vi forbedrer den faglige kvalitet uden unødige og besværlige overgange, og uden at vi havner i en tom struktursnak. Det gælder selvfølgelig også diskussionen om regionernes fortsatte beståen. FOAs grupper varetager en lang række meget centrale arbejdsopgaver både på sygehusene og i det nære sundhedsvæsen.

Udgangspunktet for vores udspil er vores medlemmers konkrete erfaringer og oplevelser. Det gælder ikke kun indretningen af det nære- og sammenhængende sundhedsvæsen. Det gælder også den store opgave med at skaffe flere medarbejdere til området. Vi står i øjeblikket over for en stor rekrutteringsudfordring både på kort og lang sigt. Det er vigtigt, at arbejdspladserne er attraktive, og at man kan fastholde og tiltrække personale til sundhedsområdet.

I Danmark er vi stolte af, at vi har lige adgang til et godt og velfungerende sundhedsvæsen, men samtidig oplever vi en stor og stigende social ulighed i sundheden. Det er desværre i høj grad uddannelse og indkomst, der afgør, hvordan den enkelte dansker klarer sygdom.

Sundhedsvæsnets skal være med til at udjævne de sociale forskelle, der er i sundhed.

Udgiftsvæksten på sundhedsområdet følger ikke med den stigende mængde opgaver og er langt lavere nu, end den var i 00'erne. Og efter mange år med store krav til produktivitet og effektivitet er sundhedsvæsnen blevet presset helt i bund. Der er brug for en genopretning, og for at ressourcerne følger med befolknings- og velferdsudviklingen. Det er også

nødvendigt, at den demokratiske kontrol og styring af et så vigtigt velfærdsområde som sundhedsvæsnen, er i demokratisk valgte hænder.

Venlig hilsen



Mona Striib
Forbundsformand

Fakta**På sundhedsområdet arbejder følgende faggrupper organiseret i FOA:**

- Social-og sundheds-assistenter
- Social-og sundhedshjælpere
- Beskæftigelsesvejledere
- Fodterapeuter
- Handicaphjælpere
- Hjemmehjælpere
- Ledende servicepersonale
- Neurofysiologiassistenter
- Piccoloer og Piccoliner
- Plejehjemsassistenter
- Plejere
- Portører
- Servicechefer/-ledere og teamkoordinatorer
- Sygehjælpere
- FOA Ambulance
- FOA Plejehjemstekniker
- FOA Sygetransport
- Rengøring og Rengøringsledere
- Husassistenter
- Serviceassistenter og -medarbejdere
- Vaskeripersonale
- Omsorgsmedhjælpere og pædagogiske assistenter

Nedbryd overgange i sundhedsvæsenet

FOA foreslår, at

- de borgere, der ofte er i kontakt med sundhedsvæsenet, får en sundhedskoordinator/brobygger, der følger og støtter på tværs af sektorerne.
- hele det kommunale og regionale sundhedsvæsen indrettes på at gøre overgangen mellem de 2 sektorer så enkel og sammenhængende som overhovedet mulig.
- forsøg med fælles ledelse og koordinering på tværs af kommuner og regioner indenfor nogle veldefinerede behandlingsområder/grupper.

Baggrund

Antallet af sengedage på landets hospitaler er faldet markant igennem mange år. Liggetiden for patienterne på sygehusene er blevet kortere og kortere. Det vidner om et mere og mere effektivt sygehusvæsen, men det medfører også

større pres på den kommunale sektor. Det stiller krav til det nære sundhedsvæsen.

Når ældre borgere bliver udskrevet fra hospitalet, er det vigtigt, at der med det samme tages hånd om dem og deres pårørende. 7 ud af 100 indlæggelser på sygehusene er akutte genindlæggelser, som finder sted indenfor 30 dage.

Antallet af genindlæggelser vidner om, at der ikke altid tages godt nok hånd om alle patienter, når de udskrives fra hospitalet. Der er brug for i højere grad at følge op på den behandling, der gives. Ofte handler det om, at kommunikationen mellem fx sygehus, praktiserende læge og hjemmeplejen skal være bedre og mere integreret. Nogle steder ser man fx, at hjælpemidlerne til en patient, der er blevet udskrevet, ikke når frem til borgeren i tide, eller at oplysningerne fra hospitalet er man-

gelfulde. De tidlige udskrivninger stiller derfor større krav til samarbejde og koordinering mellem personalet i kommunerne og på hospitalerne, de pårørende og de relevante faggrupper, så ingen falder mellem 2 stole.

En sundhedskoordinator/brobyggerfunktion kan både hjælpe i forhold til kommunens tilbud, og kan også fungere som brobygger mellem kommune og sygehus.

FOA har tidligere foreslået, at man lovgivningsmæssigt åbner op for forsøg med samarbejder på tværs

af sygehus og den lokale pleje for at bløde op for de overgange, der ses for ofte i dag. Man kan forestille sig, at et eller flere behandlingsområder varetages i fællesskab mellem kommuner og regioner med fælles ledelse og budget, fx på området for den ældre medicinske patient mv.

Et effektivt sundhedsvæsen		
	2009	2017
Gennemsnitlig liggetid [dage]	4,2	3,6
Kontakter til sundhedsvæsnet [mio.]	67	74

Faglighedsreform

FOA foreslår, at

- borgernes behov skal tænkes bredt – der skal være tid og rum til at komme rundt om hver enkelt borger.
- der igangsættes en faglighedsreform, med fokus på den bedste løsning af sundhedsopgaverne, ikke struktur.
- der tænkes og arbejdes med arbejdsfællesskaber, hvor borgerne er i centrum for opgaveløsningen.

Baggrund

I sundhedsvæsenet arbejder rigtig mange forskellige faggrupper. Der findes en mængde af fagligheder og dygtige medarbejdere. Det er vigtigt med kendskab til hinandens

viden og kompetencer. De forskellige faggrupper har forskellige perspektiver på borgerne og opgaverne. Målet skal være, at alle fagligheder sættes i spil omkring den enkelte borger.

Fakta

Et tværfagligt rehabiliteringsmøde – en rundbordssamtale

Der er gode erfaringer med at holde tværfaglige rehabiliteringsmøder. Det tværfaglige rehabiliteringsmøde er et møde mellem forskellige fagligheder i hjemmeplejen. Her koordinerer man indsatsen omkring den enkelte borger. Mødet sikrer eksempelvis, at social- og sundhedshjælperen taler med sygeplejersken eller ergoterapeuten, om hvordan det går med borgerens mål. På den måde sikrer man, at rehabiliteringsforløbet bliver sammenhængende og meningsfuldt. Arbejdsmetoden bruges på Bornholm, i Gladsaxe m.fl.

Citat

TR på mødet "Sammen om sundhed" 13. november.

Alle vil det bedste.
Det er bare ikke det, der sker, og så går det galt.

En faglighedsreform skal sætte fokus på opgaver og kompetencer. Hvordan løses sundhedsopgaverne bedst muligt, og hvordan der skal samarbejdes. Idéen er at få skarpt fokus på opgaveløsning og ikke struktur. En faglighedsreform vil

også sætte respekten for de mange fagligheder, der er i spil, og som bidrager til borgernes helbredelse og sundhed. Det gælder også de ikke nære borgerrettede opgaver som at sikre høj hygiejne og stoppe smittespredning.

Case:

Forskellige perspektiver

Lægen ser en hjertepatient, fysioterapeuten ser et genoptræningsprogram/en genoptræningsopgave

social- og sundhedshjælperen ser en borger, der ikke magter at holde sit hjem og er ensom.

Rette kompetencer til rette opgaver

FOA foreslår, at

- det sikres, at medarbejderen har mulighed for at bruge sine kompetencer.
- alle arbejdspladser skal se på opgaveudviklingen og sikre at hver medarbejder har arbejdsopgaver og funktioner, der passer til behovet.
- alle arbejdspladser har en plan for kompetenceudvikling.

Baggrund

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.

Det er helt afgørende, at medarbejderne har de rigtige kompetencer til at løfte de nye opgaver. Det vil kræve et kompetenceløft både til den enkelte medarbejder og til den sam-

lede organisation. Det betyder, at der skal fokus på kompetenceudviklingen og organisationsudvikling. 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 omkostningsniveau. 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 og mulighed for at foretage selvstændige faglige vurderinger i forhold til borger og patienter som grundlag for opgaveløsningen.

Dertil kommer behovet for kompetenceudvikling indenfor de særlige indsatsområder som eksempelvis psykiatri, demens, hverdagsrehabilitering m.m.

Fakta

Opgaveudvikling

Der er i sundhedsloven frirum for de enkelte kommuner og tilbud til selv at udarbejde retningslinjer for, hvordan opgaver overdrages, delegeres og fordeles mellem medarbejdergrupper.

Der er på tværs af kommunerne stor forskel på fordelingen af arbejdsopgaver og hvilke opgaver, der delegeres mellem medarbejdergrupper (forskelle i hvem der drypper bestemte typer af øjendråber, påsmører hormoncreme, vasker respirationsmasker).

Fra rapporten Kulegravninger af ældrepleje- og dagtilbudsområdet, september 2018

Udgangspunkt i borgerens behov – fokus skal væk fra ydelser

FOA foreslår, at

- der etableres økonomiske rammer, der tager udgangspunkt i tillid til lederne og medarbejdernes faglige valg og borgerens behov.
- der gennemføres forsøg med at fjerne eller modernisere BUM-modellen, så der skabes et stærkt arbejdsfællesskab mellem forvaltning og arbejdspladser.

Baggrund

Der har i mange år været for meget fokus på at styre økonomien efter aktivitet og kvantitative mål på sygehusområdet. Dertil kommer, at økonomien i samme periode er blevet udhulet gennem 2 %-kravet og aktiviteten skævvredet gennem aktivitetspuljen. Nu er både produktivtetskravet og aktivitetspuljen afskaffet. Regeringen har erkendt, at der skal være fokus på borgernes behov, men det forudsætter, at der lægges faglige professionelle vur-

deringer til grund for de forskellige beslutninger og ikke vilkårlige aktivitetsmål.

På ældreområdet i kommunerne har fritvalgslovgivningen fra 2003 og den såkaldte Bestiller-Udfører-Model (BUM) igennem mange år medført fokus på enkeltydelser, skemaer og minutter fremfor 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.

Nogle kommuner tilrettelægger opgaverne efter såkaldte pakker andre efter enkeltydelser. Pakkerne giver en større frihed til at tilrette arbejdet efter den enkelte borgers aktuelle behov. Der er brug for at gøre op med den detaljerede styring på enkeltydelser.

I en fremtidig styring af sundheds- væsnet er det vigtigt, at den meget detaljerede styring fra hjemmeplejen ikke tages med over som styrende princip.

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

Vigtig viden går tabt i organisationen, fordi bestillerne og udførerne får institutionaliseret et modsætningsforhold, som ikke levner megen plads til at opbygge tillid og samarbejdsrelationer.

For ofte reduceres borgeren til en modtager af standardiserede løsninger. Der skal derfor være mere

plads til at medarbejderne kan bruge deres faglighed i det konkrete nære velfærdsarbejde.

Fakta

BUM – Bestiller-Udfører-Model

På ældreområdet har det siden 2003 været et lovkrav, at der skal være en adskillelse af dem, der vurderer borgernes 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.

Ressourcer og økonomi

FOA foreslår, at

- udgifterne skal følge med udviklingen i befolkningen og velstandsudviklingen herunder nye behandlingsmetoder og voksende medicinpriser. Det forudsætter flerårige budgetter og fleksibilitet for både kommuner og regioner.
- der kommer styr på medicinpriserne – en ny statslig finansieret medicingaranti skal sikre at medicinudgifterne ikke vokser i regionerne.

Baggrund

Sundhedsvæsnet er under pres og har været det i mange år. I 00'erne voksede sundhedsudgifterne med 2,75 % om året. Siden 2010 er økonomien kun vokset med i gennemsnit 1 % om året.¹

Samtidig stiger antallet af patient-kontakter. Alene befolkningsudvik-

lingen indebærer fx, at det vil koste 1 mia. kr. ekstra de næste år, hvis udgiften pr. borger skal holdes uændret. Dertil kommer behovet for at anvende flere udgifter på medicin og nye behandlingsmetoder. For at få penge nok til det, bliver regionerne i øjeblikket nødt til at gennemføre besparelser i budgetterne. Det hænger ikke sammen. En sundhedsreform kan ikke løse det i sig selv. Der skal i første omgang løsnes op for de snærende bånd, som budgetloven lægger om kommunernes og regionernes økonomi.

Økonomien på sundhedsområdet svinger for meget og er for usikker. Ofte tildeles sundhedsområdet ekstra midler i forbindelse med finansloven. Det er i sig selv glædeligt, men finanslovspengene tildeles efter, at budgetterne er lagt, og besparelserne er vedtaget. Midlerne bør gives på et tidspunkt inden budgetterne lægges, så der ikke gennemføres uhensigtsmæssige besparelser og fyringer.

¹ fm.dk/oekonomi-og-tal/oekonomisk-analyse/2018/udviklingen-i-de-off-udgifter-fra-2000-til-2017 s. 17

Det er positivt, at det årlige produktivtetskrav på 2 % er afskaffet. Men den gamle aktivitetsafhængige pulje er blevet omdannet til en ny 'nærhedsfinansieringspulje'. Det er problematisk, at man fra centralt hold tror, at man kan præmiere sig til mere nærhed. Vi mener, at økonomien bedst styres indenfor nogle rammer og med udgangspunkt i de bedste faglige vurderinger. Så der bør ske et opgør med alle præmieringsordninger, som blot skal lægges ind i de overordnede budgetter.

Flere og ofte modstridende styringsmodeller skaber kassetænkning. Det kan økonomisk betale sig for regionen at udskrive folk hurtigt, eller populært sagt holde dem væk fra sygehusene. Det kan også betale sig for kommunen at holde folk 'hjemme' i kommunen så meget som muligt.

Det kan skabe nogle uheldige situationer. Når man vil udvikle det nære- og sammenhængende sund-

hedsvæsen, kræver det, at der er sammenhængende økonomiske rammer. Det betyder, at ledelse og personale kan koncentrere sig om arbejdet indenfor den samlede ramme, og eliminerer tilskyndelsen til at eksportere problemer og opgaver fra den ene sektor til den anden.

Fakta

Nærhedsfinansiering

Regeringen har indført en særlig præmieringsordning, hvor regionerne kan få andel i en pulje på 1,5 mia.kr., hvis 4 ud af 5 kriterier opfyldes. Det handler om reduktion i antal sygehusforløb pr. borger, reduktion i DRG-værdi pr. kroniker med KOL og/eller diabetes, reduktion i andel indlæggelser, der fører til akut genindlæggelse indenfor 30 dage, stigning i andel 'virtuelle' sygehusforløb [udenfor de fysiske sygehuse] og implementering af systemer til datadeling.

Den præhospitale indsats

FOA foreslår, at

- der skal skabes en bedre sammenhæng imellem den akutte præhospitale indsats, patienttransport og akutsygehusene.
- det offentlige varetager ambulancekørslen.
- en ansat sundhedsperson eller pårørende skal følge beboere i plejeboliger, når de indlægges akut.

Baggrund

Danmark har et velfungerende ambulanceberedskab, som kan blive endnu bedre de kommende år. Den nye forbedrede ambulancebehandleruddannelse og autorisationen af ambulancepersonalet bør udnyttes til at forbedre og udvide omfanget af de behandlinger, der kan begynde under transporten til akutsygehuset.

Fakta

Responstider, om redning og overlevelse

Region Syddanmark har hjemtaget ambulanceberedskaberne og den liggende sygetransport og dermed skabt en bedre sammenhæng imellem den akutte præhospitale indsats, patienttransporten og mulighederne for at gøre brug af endnu en højt kvalificeret personalegruppe. Koordineringen med hospitalernes forundersøgelser, indlæggelse og behandling, overflytninger mellem hospitaler og hjemtransport, kan i dag udføres langt mere koordineret.

Med den øgede fleksibilitet, hjemtagelsen af beredskaberne og sygetransporten giver, kan der tages større hensyn til, at overdragelsen, efter færdigbehandling på akuthospitalet til færdigbehandling/genoptræning i kommunalt regi, sker på så betryggende en måde som muligt.

Det præhospitale sundhedsberedskab betyder rigtig meget for borgernes tryghed. Ikke mindst i landdistrikter. Det vidner de store investeringer i og den store markedsføring af ambulancehelikopterne ligeledes om. Udliciteringer på området har imidlertid vist, at vi risikerer at sætte det velfungerende præhospitale beredskab over styr.

Når ældre indlægges fra et plejecenter, kan værdifuld information videregives til hospitalet af en medfølgende sundhedsperson og den ældre kan føle sig mere tryk i situationen. Mange undersøgelser kan undgås og sundhedspersonalet kan hurtigere begynde en mere målrettet behandling.

Sundhedscentre

FOA foreslår, at

- der udvikles sundhedscentre som lokale sundhedstilbud – der er tilstede fysisk og konkret i borgernes hverdag. Sundhedscentre kan som en integreret del af det nære sundhedsvæsen i kommunerne udgøre omdrejningspunktet mellem hospitalsbehandlingen, den fortsatte behandling og pleje i kommunerne og den omfattende rehabiliterings- og forebyggelsesindsats.
- sundhedscentrene skal bestå af en bred vifte af faglige funktioner fra det lægefaglige, sundhedspleje, hjemmesygepleje, hjemmepleje, til tidlige opsporingsforløb, brobygning, genoptræning, forebyggelse, aflastning m.m.

Case:

Nyborg Kommune

I Nyborg er de praktiserende læger med i den forebyggende indsats i forhold til ensomhed.

Kolding Kommune

I Kolding er der et stort sundhedshus med tandlæge, rygestop, væggtab m.m i tilknytning til sygehuset.

Lolland Kommune

I Nakskov er der et sundhedscenter med en bred vifte af funktioner – den

mobile blodbank, hjemmeplejen, skadeklinik, rusmiddelcenter, tandpleje, fysioterapi, sygepleje og sygeplejeklinik, jordemoderklinik, lægepraksis m.m.

Guldborgsund Kommune

Social- og sundhedsklinik i Guldborgsund – her kan de få hjælp, de ellers ville have fået i eget hjem. Det er medicindosering og sårpleje. For borgerne kommer de ud og møder andre og medarbejderne/kommunen sparer transport.

Baggrund

Sundhedscentre kan være med til at flytte løsningen af sundhedsopgaver tættere på borgerne. En lang række kommuner har oprettet sundhedscentre eller sundhedshuse. Det er dog problematisk, at det er uklart, hvad det er for opgaver, der løses indenfor kommunernes sundhedshuse. Der er behov for ensartede krav og standarder og en fast integreret struktur for det nære kommunale sundhedsvæsen, som der modsvarer de opgaver, der overføres fra hospitalerne.

Der bør være større fokus på at samle alle de sundhedsfaglige ekspertiser i sundhedscentrene. Det vil give en bedre synergi. Det kan være lægepraksis, sundhedsplejersker, hjemmepleje, genoptræning forebyggelse, speciallæger m.m.

Der skal være plads til en lokal tilpasning af hvordan løsningen af sundhedsopgaverne organiseres.

Det der giver mening og er muligt i København, passer ikke nødvendigvis på Langeland.

Psykiatri

FOA foreslår, at

- overgange og koordinering mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og somatikken skal varetages af forløbskoordinatorer.
- udskrivninger på grund af pladsmangel fremfor helbred stoppes.

Baggrund

Behandlingspsykiatrien har i mange år været underfinansieret. Det har betydet nedlæggelse af senge og mindre personale pr. patient. Der sker i dag udskrivninger af patienter, som ikke er klar til at blive sendt hjem, simpelthen fordi der ikke er personale og rammer til at imødekomme behandlingsbehovet. Det belaster kommunernes socialpsykiatri og hjemmepleje og fører alt for tit til genindlæggelser.

Et andet problem på det psykiatriske område, som en sundhedsreform skal være med til at afhjælpe 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.

Der er behov for en systematisk koordinering og kommunikation mellem afdelingerne. Forløbskoordinatorer skal være med til, at de respektive afdelinger i højere grad er velinformeret omkring de forskellige behandlinger og hvilke særlige forhold og hensyn hos den enkelte patient, der skal tages højde for.

Der har igennem de seneste år været fokuseret på de komplekse dobbelt-diagnostiserede, og der er oprettet 150 særlige pladser til denne gruppe. Pladserne er ikke udnyttet, og det er vigtigt at få pladserne i spil.

Teknologi

FOA foreslår, at

- de forskellige it-systemer i sundhedsvæsenet skal kunne integreres, så informationer og journaler let kan tilgå de relevante sundhedspersoner.
- velfærdsteknologi ikke må erstatte den menneskelige kontakt og dømmekraft i forhold til den enkelte patient. Velfærdsteknologi skal indføres, når den gør pleje bedre og mere effektiv.

Baggrund

Der er for mange eksempler på nye it-systemer, som skal gøre behandling og pleje bedre og understøtte personalets arbejde og tilgang til relevant information. Men systemet viser sig at have fejl og mangler. Det betyder, at systemerne nogle gange føles som en tidsrøver, fremfor at være det hjælpemiddel som kunne højne kvalitet og effektivitet. Det kalder på, at man i implementeringen af it-systemer skal have brugerne med i udviklingen og testning af systemerne, og det

skal på forhånd være klart defineret, hvilket problem teknologien skal løse.

En bedre overgang og samspil mellem hjemmeplejen og hospitalerne kræver systemer, som kan snakke sammen, så den rette information kommer det rette sted hen. Det duer ikke at køre med parallelsystemer.

Vi bliver nødt til at komme væk for den noget forældede tanke om, at indførelse af ny teknologi er den sikre vej til effektiviseringer, og at der på forhånd i indførelsen af ny teknologi følger en budgetreduktion.

Hvis der er en effektiviseringsgevinst, skal den først realiseres, når systemet kører og beviseligt skaber en øget produktivitet. Fokus på indførelsen af ny teknologi skal først og fremmest øge kvaliteten i behandling og pleje af borgerne og forbedre det fysiske arbejdsmiljø for medarbejderne.

Telemedicin og -konsultationer via en skærm kan være rigtig gode metoder til behandling og selvbehandling, men ny teknologi må aldrig erstatte den menneskelige kontakt hos de kronisk syge patienter.

Der skal også fra patient til patient vurderes, om det er den rigtige løsning at søge en teknologisk løsning frem for besøg i hjemmet, hvor der tages hensyn til, om patienten kan håndtere teknologien.

Noter

Sammen om sundheden

Udspil

FOA giver her sit bud på, hvordan vi i fremtiden får et sundhedsvæsen i top. Fokus skal være på, hvordan vi forbedrer den faglige kvalitet uden unødige og besværlige overgange, og uden at vi havner i en tom struktursnak. Det gælder selvfølgelig også diskussionen om regionernes fortsatte beståen.

FOAs grupper varetager en lang række meget centrale arbejdsopgaver både på sygehusene og i det nære sundhedsvæsen.



FOA

SAMMEN
GØR VI FORSKELLEN

Stauings Plads 1-3
1790 København V

Tlf. 46 97 26 26
foa.dk

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.