

FOAs høringsvar vedr. Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler

FOA vil gerne takke for muligheden for at afgive høringsvar til den nye vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler.

Det er positivt, at man kommer i gang med arbejdet i sundhedsklyngerne, også selvom fremtiden for klyngerne er blevet uvis med nedsættelsen af en Sundhedsstrukturkommission. Rigtig meget kan forbedres ved et stærkere tværsektorielt samarbejde, både politisk og fagligt, og derfor er det godt at komme i gang. Alle aktører bør lægge kræfter i og vise mod til at få klyngerne godt i gang og allerede nu finde løsninger – meget gerne fælles løsninger med økonomi. De løsninger vil med al sandsynlighed også fungere, selvom nogle strukturer bliver ændret senere hen. Dertil bør erfaringerne fra sundhedsklyngerne tages med ind i Sundhedsstrukturkommissionen, herunder hvordan samarbejdet kan styrkes og gøres mere forpligtende.

Der er en lang række gode mål og fokusområder i anbefalingerne. Det gælder bl.a. at sundhedsklyngerne skal "bidrage til sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen".

De overordnede mål i kombination med de strategiske indsatser vil give et godt fundament for en øget indsats mod ulighed i sundhed og styrket sammenhæng mellem bl.a. det regionale sundhedsvæsen og den kommunale ældrepleje. Det er positivt, at der er så meget fokus på ulighed i sundhed. FOA ville i virkeligheden gerne, at det fik endnu mere fokus, fordi borgere i sårbare positioner er i væsentligt øget risiko for at blive glemt i sektorovergangene. Borgere i sårbare positioner bør derfor være et hovedfokus for sundhedsklyngerne.

Problemet opstår i forhold til økonomien. Ressourcerne til en prioriteret indsats skal enten findes via de generelle aftaler om kommuners og regioners økonomi, eller via de enkelt parter egen prioritering. Det giver et meget usikkert grundlag for området. Alligevel er økonomi stort set ikke nævnt med et ord, selvom vi ved, at det er en helt central knast i samarbejdet mellem sektorer, bl.a. i forhold til omstilling af behandling, øget fokus på patientnær forebyggelse mv. Der er behov for et større fokus på økonomien, og hvordan man kan finde løsninger på dette – hvis ikke i vejledningen så i andre nationale instrumenter og politikker. Målet om at "understøtte befolkningens sundhedstilstand" og "bidrage til at mindske den geografiske og sociale ulighed i sundhed gennem udvikling af fælles fagligt bæredygtige indsatser og tættere samarbejde" er således kun mulig med en efterfølgende (ureguleret) prioritering.

Dertil er de konkrete krav til sundhedsklyngerne meget løst formuleret. Det gælder fx følgende sætning: "Parterne drøfter og koordinerer løbende, hvilken kapacitet der er nødvendig for at kunne levere og samarbejde om den pågældende fælles/tværasektorielle indsats, samt om (og eventuelt hvornår) der er behov for opfølgning på kapaciteten." Ligeledes er vilkår og rammer for en ændret opgaveløsning og arbejdsdeling ikke udtømmende, men kræver blot "klarhed" over parternes vilkår – uden garanti for tilstrækkelig (om)prioritering.

Derudover har FOA nedenstående bemærkninger.

Væk fra faggruppefokus

Der står følgende på s. 20 vedr. samarbejdsaftaler: "Opgaveløsning og opgavefordeling. Der er klarhed over, hvor indsatsen mest hensigtsmæssigt løses og hos hvilke(n) faggruppe(r)."

Denne sætning bør skrives om. Der er en større og større erkendelse af, at snævre faggruppegrænser er en hindring for en positiv udvikling på sundhedsområdet. Det er en af de væsentligste konklusioner i Robusthedskommissionens arbejde. Snævre faggruppegrænser kan både være en hindring i forhold til generel nytænkning og brug af ny teknologi samt i forhold til at skabe attraktive arbejdsforhold og karriereveje og dermed rekruttering og fastholdelse. Det vil derfor være meget uheldigt, hvis Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sundhedsklynger mv. kommer til at lægge op til et fortsat/yderligere faggruppe-fokus. I stedet for at have fokus på faggrupper, bør anbefalingerne have fokus på kompetencer.

Sammenhængen til tilgrænsende områder

Der bør være en udfoldet tekst om, hvordan sundhedsområdet spiller sammen med tilgrænsende områder. Det er nævnt kort nogle gange, men må gerne udfoldes. Det gælder særligt det sociale område, både i regionerne og kommunerne.

I afsnit 3.1 bør sundhedsaftalerne fx koordineres med de rammeaftaler, der er på det sociale område og med den (forhåbentlig) kommende specialeplan for det specialiserede socialområde. Det er vigtigt at være opmærksom på at sundhedssystemet og det sociale område opererer efter vidt forskellige doktriner, særligt i forhold til mennesker med handicap og psykisk sygdom. Den udfordring bør adresseres i vejledningen.

Psykiatri

I forhold til sundhedssamarbejdsudvalg og -klynger er det positivt, at psykiatri nævnes flere gange. Netop borgere med psykiatriske lidelser oplever ofte problemer i sektorovergangene.

I afsnit 2.1 behandles datagrundlaget, som indsatsområderne bl.a. skal udvælges på baggrund af. Problemet kan blive, at der er enormt dårlige data for fx socialpsykiatrien, bl.a. set i relation til ældreområdet. Derfor risikerer psykiatrien at blive 'glemt', fordi kommunerne har dårlige data for dette område. Derfor vil det være relevant, at man også udvælger indsatsområder på andre parametre, og at det vægtes.

Data til kvalitetsunderstøttelse

Det er positivt, at vejledningen fokuserer på data til kvalitetsunderstøttelse. Dette bør dog ses i sammenhæng med det store fokus på, at medarbejderne ikke skal pålægges ekstra bureaukratiske byrder. Dette fylder både i regeringsgrundlaget samt i dialogerne i Robusthedskommissionen. Der bør derfor være fokus på at bruge de data, som alligevel skabes automatisk. Hvis der alligevel bliver ekstra registrering for medarbejderne, bør det som minimum anbefales i vejledningen, at medarbejderne inddrages i, hvordan det bedst registreres, herunder hvordan IT-systemerne kan understøtte registreringen. Dertil er det væsentligt, at medarbejderne også selv får adgang til de data, de registrerer ud fra præmissen om, at "ingen data ud, ingen data ind".

Pas på at sundhedsaftalen ikke bliver for bureaukratisk

Der står om sundhedsaftalen, at der ikke er formkrav. Det bør tydeliggøres, at dette også gælder midtvejsstatus. Dertil bør det tilføjes som eksplicit anbefaling, at sundhedsaftale-instrumentet ikke må blive for bureaukratisk, fx at dokumentet helst ikke skal være for langt, og at det skal give mening i praksis.

Inddragelsen af faglige organisationer

Ingen steder er faglige organisationer nævnt som væsentlige medspillere i udviklingen af sundhedsvæsenet. Vi så ellers under corona-pandemien, hvordan de faglige organisationer spillede en væsentlig rolle i at sikre gode aftaler, både lokalt og nationalt, og derved en god implementering. Faglige organisationer bør derfor nævnes i vejledningen som en væsentlig medspiller, der kan inddrages i sundhedsklyngernes arbejde.

Hjælpebidler

Der mangler en beskrivelse af hjælpebidler som et oplagt fokusområde for sundhedsklyngerne. Hjælpebidler er ét af de områder, som ofte beskrives som mest problematisk i det tværsektorielle samarbejde, og kræver derfor fælles løsninger.