

# Input til Sundhedsstrukturkommissionen

Af: Bjarne Hastrup, adm. direktør, Ældre Sagen

## Hvad er den vigtigste problemstilling, som Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger bør adressere?

Omstillingen i sundhedsvæsenet er allerede for længst i gang og ses udtrykt med kortere indlæggelsestider på hospitaler for ældre, og et fald på 33 pct. i somatiske sengepladser på hospitaler fra 2007 til 2022, mens der i samme periode er kommet 37 pct. flere midlertidige pladser i kommunerne til bl.a. ældre medicinske patienter. Sådanne færdigbehandlede patienter, der er udskrevet fra hospitalet, er ofte for syge og svækkede til at være i eget hjem, og behandlinger, der tidligere blev udført på hospital, rykkes til kommunen. Forebyggende og opfølgende tiltag er spredt sporadisk ud over landet og virker stærkt afhængige af projekter, ildsjæle og lokale aftaler om samarbejde, kommunikation og organisering. Gruppen af ældre med multisygdom og ældre medicinske patienter har ingen specifikke patientrettigheder. Der er dermed heller ikke tryk for ensartet kvalitet fx i forhold til helhedsorienteret udredning, tidlig opsporing, forebyggende eller opfølgende hjemmebesøg, lægebesøg under døgnophold i kommunen, medicingennemgang, palliation eller befordring. Der er knap 72.000 forebyggelige sygehusophold blandt 65+årige (2022) - relativt set især udbredt blandt hjemmehjælpsmodtagere. Trods stort overlap mellem patienter og hjemmehjælpsmodtagere eller plejehjemsbeboere har langt fra alle plejehjem og midlertidige pladser fast læge- og sundhedsfagligt personale. Læger kan ikke henvise til kommunale indsatser som fx hjemmepleje, indsats mod ensomhed eller ernæringsindsats som del af genoptræningsplan. Fra patientperspektivet efterlyser ældre medicinske patienter kontinuitet, helhedssyn og at blive set og lyttet til. Omkring hver femte akut somatisk indlagte 80+-årige patient oplever samarbejdet mellem hospital og kommune ved udskrivelse som ringe eller ikke eksisterende, og knap hver fjerde patient oplever slet ikke eller i ringe grad at tage del i beslutninger. Endeligt er den kommunale del af sundhedsvæsenet alt for ofte en blackboks, hvor det på landsplan er uigennemskigtigt, hvorvidt – eller i hvilke sammenhænge – den overordnede politiske ambition om at rykke behandling af ældre medicinske patienter ud i kommuner giver mere og/eller bedre sundhed for pengene.

På baggrund af denne igangværende omstilling i sundhedsvæsenet peger Ældre Sagen på, at kommissionens anbefalinger bør adressere flere tæt forbundne problemstillinger: Manglende **ensartede nationale faglige kvalitetskrav og patientrettigheder** i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen – med ældreplejen som tæt forbundet til sundhedsindsatsen. Fokus bør omfatte overgang mellem hospital og eget hjem, herunder midlertidige kommunale pladser, samt forløb i kommune/primær sektor, og som minimum se på behandlings- og plejetilbud vedr. ernæring, træning, palliation, medicin og trivsel. Herunder er det afgørende også at adressere **finansierings- og incitamentsstrukturer for forpligtende forebyggende samarbejde** ml. hospital, præhospital indsats, almen praksis og kommunens sygepleje samt ældrepleje og træning/rehabilitering vedr. indsats i eget hjem/plejehjem eller på midlertidige pladser/akutpladser. Samarbejdet i fokus skal være rettet mod forebyggelse af indlæggelser og fremme af den enkeltes sundhed, tryk og trivsel. Der skal også tages højde for, at det ikke er forbundet med **ulighed og brugerbetaling** at blive behandlet i primær sektor i stedet for på hospital. Incitament, der adresseres, skal desuden fremme en **ledelse og kultur, der vægter omsorg, inddragelse og selvbestemmelse** til at understøtte den enkeltes trivsel og sundhed.

Obs: Inputtet bør begrænses til 1-2 sider.

## Er der nogle løsningsforslag til problemstillingen, som Sundhedsstrukturkommissionen bør forfølge?

- Ensartede nationale og faglige kvalitetskrav og patientrettigheder skal sikre, at uanset hvor i landet man behandles, og uanset om behandling udføres på hospital, hos egen læge eller i kommune, er der tryghed for høj kvalitet og værdig pleje og behandling. Der skal være ret til og nationale krav til en helhedsorienteret, forebyggende og opfølgende indsats, som omfatter overgangen mellem hospital, almen praksis og eget hjem og kommunale sundhedsindsatser og ældrepleje. Det bør omfatte krav til forpligtende samarbejde om palliation, tidlig opsporing, udredning, opfølgende hjemmebesøg, forebyggelse og rehabilitering, herunder ernæringsindsats integreret med genoptræning. Der skal være krav til tværfaglig indsats på tværs af diagnoser, dvs. til ældre medicinske patienter og patienter med multisygdom. Kvalitetskrav til både sundhedsindsats og ældrepleje skal hindre gøgeungeeffekt for en i forvejen presset ældrepleje.
- Modeller for fælles ansvar og fælles økonomi for fælles patienter mellem hospital og kommune for at hindre kassetænkning om patienter. Det kan være for behandling, pleje, genoptræning, forebyggelse og palliation.
- Ret til en individuel og helhedsorienteret plan, tilpasset den enkelte ud fra faglige standarder og besluttet sammen med patient og evt. pårørende (fx i stil med lov om patientrettigheder i Norge).
- Fremme ledelse og kultur med mere sundhed i omsorg og mere omsorg i sundhed - faglige krav skal sikre kvalitet i pleje, mens omsorg skal have mere status i klinisk praksis.
- Tværsektoriel organisering med fleksible indlæggelser og subakutte tider på hospital for patienter med kendt kronisk sygdom, kombineret med behandling og pleje i eget hjem/kommunen i tæt samarbejde ml. hospital, kommunal akutfunktion og almen praksis, herunder åben telefonkonsultation på hospitalsafdeling 24/7 for såvel patienter som personale (fx i Silkeborg).
- Fremskudt kommunal visitation og forløbskoordination – opfølgende indsats planlægges allerede under indlæggelsen på hospitalet, så kommunen er klar med hjælp ved udskrivning, og hospitalspersonalet får viden om skrøbelige patienter fra kommunen (fx i Aalborg).
- Udgående funktioner fra hospital, fx geriatriske teams, evt. understøttet af digitale løsninger (fx i Aarhus), og mobile enheder med fx blodprøvetagning.
- Læger fra almen praksis eller hospital har tydeligt behandlingsansvar og længere end 72 timers behandlingsansvar for ældre mennesker med særlig høj skrøbelighed, fx plejehjemsbeboere med hoftebrud (fx i Kolding). Læger på hjemmebesøg i eget hjem og/eller på midlertidige pladser.
- Model for uafhængig visitation og selvbestemmelse i ældreplejen fx hvor læge fra almen praksis eller hospital henviser/visiterer til hjemmepleje ud fra national kvalitetsramme, hvorpå konkret hjælp aftales løbende mellem medarbejder og hjemmehjælpsmodtager. En visiteret ydelse leveres af kommune eller privat leverandør, der skal leve op til nationale kvalitetskrav for plejen, mens kontrol af kvaliteten ligger hos offentlig myndighed.
- Faste tværfaglige teams i ældreplejen skaber en kontinuerlig relation mellem hjælper og den enkelte ældre og kan fremme individuel omsorg og mulighed for at opdage helbredsmæssige ændringer hos modtageren af hjælp (tidlig opsporing).
- Fokus på trivsel understøttes ved, at læger kan udarbejde "social prescriptions".
- Lighed i patientrettigheder, uanset om man er på hospital eller i det nære sundhedsvæsen (eget hjem, akutpladser, midlertidige pladser). Herunder stop for brugerbetaling for medicin til aktuel behandling, for befordring og for kost, linned og vasketøj for patienter, der modtager behandling og pleje fra kommunal sygepleje/akutfunktion på midlertidige pladser.