

Sundhedskoordinationsudvalget  
Region Hovedstaden

8. juni 2023

Sundhedsudvalget Ældre Sagen  
Region Hovedstaden

## Høring vedrørende Sundhedsaftalen 2024–2027 i Region Hovedstaden

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar i forbindelse med Sundhedsaftalen 2024-2027 for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis..

I Ældre Sagen vægter vi overordnet:

- at man som patient kan være tryk ved, at man får en sammenhængende, værdig og patientsikker behandling og pleje.
- at man kan være sikker på faglig høj kvalitet, uanset hvor man bor.
- at beslutninger træffes i samarbejde med patient og pårørende.

Vi er klar over, at der med forskellige prioriteringer af sundhedsmæssige udfordringer vil være variation i sundhedsaftalerne på landsplan. Vi lægger dog vægt på, at man kan få samme kvalitet, uanset hvor man behandles, hvorfor nogle af vores kommentarer i dette høringssvar er enslydende med kommentarer til andre høringsudkast til sundhedsaftaler.

Region Hovedstadens sundhedsaftale er af meget overordnet karakter, der skal danne rammen for løbende konkrete muligheder for udfoldelse og implementering af aftalen hen over de fire år, som aftalen dækker.

Ældre Sagen er enig i sundhedsaftalens visioner og principper, men så gerne, at sundhedsaftalen i højere grad dannede rammen for og satte konkrete mål for forpligtende aftaler om samarbejde og konkret arbejdsdeling - eksempelvis med målsætninger for konkrete modeller for fælles ledelse og finansiering og særligt i forbindelse med sektorovergange som fx udskrivning og samarbejde om behandling og pleje til ældre medicinske patienter eller mennesker med demens.

Ældre Sagen kan være bekymret for, om den meget overordnede sundhedsaftale uden konkrete mål er tilstrækkelig for, at sundhedsklyngerne kan efterleve sundhedsaftalens vision.

Ældre Sagen havde gerne set, at aftalen var mere konkret i forhold til, hvordan klyngerne skal sikre lighed, sammenhæng og kvalitet i klyngesamarbejdet særligt for ældre patienter.

Ældre Sagen mener, at der er behov for:

- yderligere fokus på mulighederne for fælles ledelse og økonomi mellem region og kommuner for fælles ældre patienter, herunder understøtte øget adgang til fælles data.
- ensartede krav til kvalitet, kompetencer og indsatser til ældre patienter med flere sygdomme på tværs af klyngerne.

## **Generelt savner vi, at Sundhedsaftalen indholder mål og tager stilling til:**

- Et fælles ansvar for tandhygiejne hos ældre svage borgere. Vi ved at selv en beskedent indsats kan føre til et bedre liv og færre indlæggelser.
- Mere uddannelse og opkvalificering af medarbejderne i ældreomsorgen. Mange ældre borgere der bor på plejecentre eller får hjemmepleje oplever personale, der ikke er kvalificeret hverken på det faglige eller kommunikative niveau.
- En indsats for at fastholde seniorer i job generelt i sundhedsvæsenet i regionen. En plan på tværs af sundhedsvæsenets sektorer efterlyses.
- At kommunernes midlertidige pladser ændres til akutpladser under sundhedsloven, så det ikke skal koste penge at være indlagt på en kommunal sengeplads i lighed med en hospitalssengeplads. På den måde vil der heller ikke være så stor forskel på hvilken kommune, man er borger i.
- At der sættes mål og rammer for de kommunale akutpladser mht. bemanning, behandling og faciliteter.
- At digitale løsninger udformes, så de tager hensyn til alle aldersgrupper og patienters brugerfærdigheder og ikke kun ses som intern ressourceoptimering.

## **Fokus på fælles økonomi og ledelse for fælles patienter bør adresseres i sundhedsaftalen**

Ældre Sagen ser, at der i særlig grad er behov for en økonomisk understøttelse af en fælles indsats for ældre patienter med flere sygdomme – en gruppe, der typisk modtager indsatser på tværs af sygehus, egen læge og kommune.

Ældre Sagen savner en ramme for mere fælles ledelse og økonomi, hvor der konkret formuleres mulighed for fælles integreret ledelse og samarbejde mellem sygehus og kommune – igen med særlig fokus på de patienter, der oplever at få behandling på tværs af kommuner og regioner. Dette for i højere grad at sikre, at der mellem sygehus og kommune kommer fælles ansvar for fælles patienter – og ad den vej sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet samt styrke omstilling til det primære sundhedsvæsen. Ældre Sagen er generelt bekymret for, at sundhedsklyngerne bliver et ekstra bureaukratisk led uden reel mulighed for at handle.

## **Klynger kan ikke alene sikre patienter sammenhæng og kvalitet**

Ældre Sagen er bekymret for, hvorvidt sundhedsklyngerne i sig selv sammen med sundheds-samarbejdsudvalg kan sikre ensartet kvalitet, kompetencer og indsatser til ældre patienter med flere sygdomme og er i den sammenhæng bekymret for ulighed mellem sundhedsklyngerne.

Ældre Sagen er opmærksom på arbejdet i Sundhedsstrukturkommissionen mv., der bl.a. skal sikre mere ensartet kvalitet, men opfordrer til, at der også i klynge-samarbejdet forsøges at arbejde på tværs af klyngerne, og at muligheden for dette bør fremgå som en målsætning i sundhedsaftalen.

Samarbejdet på tværs af klynger er afgørende, indtil klynge-samarbejdet suppleres med en ny handlingsplan, forløbs- eller pakkeplan for ældre medicinske patienter og/eller ældre patienter med flere sygdomme. På denne måde kan der nationalt udstikkes krav til indsatser for fx forebyggelse af indlæggelser og opfølgning efter indlæggelse. Uden en supplerende landsdækkende politisk aftalt plan for indsatser, kvalitet og kompetencer frygter vi, at patienter, særligt ældre, fortsat bliver ufrivillige deltagere i et postnummerlotteri. De heldige vil opleve tæt

samarbejde om fx forebyggelse, udskrivning og opfølgning efter akut indlæggelse, mens de mindre heldige bor i områder med øget risiko for genindlæggelse.

Ældre Sagen finder det helt afgørende, at sundhedsklyngerne skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i fælles patienter og akutsygehusets optageområde, hvor ansvaret normalt henlægges til den ene sektor, og hvor det kan være relevant at inddrage tilgrænsende kommunale velfærdsområder. Særligt finder Ældre Sagen det helt afgørende, at ældreplejen samtænkes med sundhedsområdet og sundhedsklyngernes arbejde.

Ældreplejen bør derfor indtænkes i sundhedsklyngens populationsansvar. Det bør således tydeliggøres i sundhedsaftalen, at ældreplejen særligt kan forebygge indlæggelser og derfor skal indtænkes i klyngesamarbejdet. Det kan være indlæggelser på grund af dehydrering, forstoppelse, blærebetændelse, dårlig mundhygiejne, medicinfejl, underernæring, tryksår, brud mv. Forhold, som kan have stor betydning for, hvor ofte ældre mennesker indlægges og udskrives af sygehuset. Disse indlæggelser kan med forholdsvis lette greb ofte forebygges i ældreplejen. Ligeledes kan man se terminale patienter, som henvises til akutmodtagelserne, fordi den palliative indsats ikke virker i kommunerne. Det bør derfor adresseres, at der skal udarbejdes samarbejdsaftaler om den palliative indsats.

## **Sundhedsaftalens fokusområder**

### *Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom*

Ældre Sagen mener, at det er vigtige og relevante fokusområder, der er valgt i sundhedsaftalen, men at der i henhold til sundhedsstyrelsens anbefalinger for mennesker med multisygdom bør beskrives, hvilket ansvar og opgaver de enkelte aktører har i forhold til mennesker med multisygdom, og at der udarbejdes standardiserede beskrivelser af samarbejdsgange for forløb, hvor flere aktører i hhv. region og kommune er inddraget.

Ligesom Ældre Sagen gerne så, at sundhedsaftalen tog udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at tre gennemgående principper, som er grundlæggende for alle indsatser for personer med multisygdom:

- Inddragelse af mennesker med multisygdom og pårørende
- Sammenhængende og koordinerede forløb
- Helhedsorienteret og differentieret indsats

Ældre Sagen oplever i dag meget store forskelle på omfang og kvalitet i de sundhedstilbud, som kommunerne tilbyder, samt store forskelle i samarbejdet mellem kommune og sygehus om ældre patienter.

Eksempelvis viser et særudtræk fra LUP (2022) for 80+, at hver femte (20 pct.) akut indlagte patient over 80 år oplever slet ikke eller i ringe grad, at én læge tager et overordnet ansvar for patientens samlede forløb. I Region Hovedstaden gør det samme sig gældende for 25 pct.

Ældre Sagen finder målsætningen om, at alle borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst meget vigtig som grundlæggende i en tid, hvor man er i gang med at rykke behandling ud i det nære sundhedsvæsen uden kompetencer, ressourcer, lægefagligt ansvar og kvalitet er fulgt med.

Ældre Sagen støtter målsætningen om vores sundhedsvæsen skal være tæt på borgere med behandlingsmuligheder i borgernes nærmiljøer, men det kræver, at kvalitet, kompetencer og ressourcer fra centralt hold understøtter denne målsætning.

Det kræver, at kommunen har adgang til ældre patienters sundhedsdata, at patienten vurderes sundhedsfagligt og lægefagligt gerne i samarbejde med hospital og får den rette helhedsorienterede behandling i tide.

Mange kommuner har desuden ikke akutpladser, men andre former for midlertidige pladser, hvor selve opholdet ikke er omfattet af sundhedsloven, men af serviceloven. Der bør derfor stilles kvalitetskrav til behandling på midlertidige pladser samt til den kommunale sygepleje og andre sundhedsfaglige kommunale indsatser, så indsatsen i kommunen understøtter og supplerer de eksisterende regionale funktioner effektivt med fokus på, at patienterne får den rette forebyggende og opfølgende indsats i den rette sektor.

Der er i denne sammenhæng behov for kvalitetstandarder for ældre medicinske patienter, der behandles i spændingsfeltet mellem sygehus og kommune. En kvalitetspakke, der burde laves på nationalt plan, men som - indtil dette forhåbentligvis sker - bør ske på regionalt niveau. Det er ikke forsvarligt at rykke behandlingen ud i det nære sundhedsvæsen uden at sikre ensartet kvalitet og tryghed, sammenhæng og opfølgning i ældre medicinske patienters forløb i overgangen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, herunder også ældreplejen.

Der må fx ikke være tvivl om, hvorvidt det er hospitalet eller kommunen, der skal sørge for en rollator, når den ældre medicinske patient sendes hjem efter operation. I dag bliver ældre medicinske patienter alt for ofte sendt ud og ind af hospitalerne. De bliver sendt rundt mellem eget hjem, praktiserende læge, diverse sygehusafdelinger og tilbage til rehabiliteringstilbud eller akutpladser i kommunen.

For at sikre bedst mulig sammenhæng og tilgængelighed mellem de forskellige instanser vil Ældre Sagen foreslå, at der i regi af sundhedsaftalen laves konkrete aftaler om:

- En person, der tager den enkelte patient i hånden og sikrer et værdigt og sammenhængende forløb fra start til slut – på tværs af sygehus, praktiserende læge og kommunale tilbud (forløbskoordinator)
- En individuel forløbsplan med tværfaglig og tværsektoriel planlægning af det samlede forløb omfattende udredning, behandling, rehabilitering og pleje (herunder fokus på bl.a. medicin, mad og genoptræning)
- Opfølgende hjemmebesøg, hvor ex praktiserende læge og hjemmesygeplejerske umiddelbart efter udskrivning sikrer opfølgning i borgerens eget hjem – eller på akutplads. Opfølgende hjemmebesøg er en af de indsatser, som handleplan for den ældre medicinske patient anbefalede, at der skulle indgås sundhedsaftaler omkring.
- Kommunale visitatorer på sygehusene, der allerede før udskrivningen vurderer behov og igangsætter indsatser for borgeren, når vedkommende udskrives. Fremskudt kommunal visitation er tidligere positivt evalueret og er også anbefalet af Sundhedsstyrelsen i ”Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom”.

- Konkrete mål for den palliative indsats og samarbejde om den palliative indsats
- Konkrete mål for medicingennemgang og medicinafstemning - særligt med fokus på polyfarmacipatienter i overgange, eksempelvis udskrivelse fra hospital, samt oprydning i Det fælles medicinkort (FMK)
- Udvikling af hhv. akutfunktioner i kommuner, midlertidige pladser, udgående funktioner og rådgivning fra hospitaler. Ex geriatriske teams fra hospitalerne, der understøtter indsatsen på fx akutpladser i kommunerne, tilgængelig telefonrådgivning fra stamafdeling på hospitalet udover de 72 timers behandlingsansvar.
- Inddragelse af patienten
  - Ifølge LUP 2022 har hver femte (20 pct.) akut indlagte patient over 80 år oplevet i nogen grad og sammenlagt 10 pct. slet ikke eller i ringe grad, at personalet informerer tilstrækkeligt, så patienten er tryk efter udskrivelsen. I Region Hovedstaden gælder det for 12 pct.
  - Derudover oplever sammenlagt 25 pct. akut indlagte patienter over 80 år i Region Hovedstaden, at personalet i ringe grad eller slet ikke giver dem mulighed for at deltage i beslutninger om undersøgelsen/behandlingen.

Ældre Sagen finder det afgørende, at der ikke opstår et parallelt sundhedsvæsen i kommunerne, hvor ældre patienter behandles under andre rammer og vilkår uden for - og i værste fald afkoblet fra - det specialiserede sygehusvæsen og almen praksis. Vi ser overordnet behov for at sikre kvalitet, sammenhæng og fælles finansiering, tydeligt lægefagligt behandlingsansvar og ingen øget brugerbetaling.

Dette bør adresseres i sundhedsaftalen.

## Opfølgning

Ældre Sagen finder det positivt, at det foreslås, at sundhedsaftalen skal tage udgangspunkt i indikatorer, som aftales i forbindelse igangsættelse af arbejde.

Så længe der ikke er en national ramme for en national kvalitetsmonitorering, bør der inden for regionen laves nogle regionale kvalitetsindikatorer, som klyngerne kan arbejde efter udover LUP.

Ældre Sagen ser derfor gerne, at sundhedsaftalerne også tager udgangspunkt i fx allerede kendte data for genindlæggelser og/eller forebyggelige indlæggelser målt for patienter fra akutfunktioner, omfang og brug af midlertidige kommunale pladser og akutpladser, genoptrænings-tilbud mv.

Sådanne data, mener vi, er et vigtigt grundlag for datadreven udvikling både på landsplan, lokalt, i klyngesamarbejdet og dermed også som grundlag for sundhedsaftalerne.

Vi håber, at patienters og pårørendes perspektiver inddrages, når sundhedsaftalen skal implementeres og evalueres undervejs. Vi vil endvidere opfordre Sundhedskoordinationsudvalget til generelt at samarbejde med borgere, pårørende og frivillige i den videre udvikling af sundhedsaftalen, herunder revidering og evaluering. Patientinddragelsesudvalget er en oplagt og vigtigt aktør. I Ældre Sagen er vi ligeledes parate til fremtidig dialog om sundhedsaftalen.

Med venlig hilsen

**Sundhedsudvalget i Hovedstaden, Ældre Sagen**

Steen Ledsager, formand

Kai Nørrung, næstformand,

Annette Hellmann, medlem

Carsten Rygaard, medlem

Jens Jacob Krintel, medlem

Lene Offersen, medlem

Lene Krintel, suppleant

Marianne Helms, suppleant