

**Mere  
omsorg i  
sundhed  
&  
mere  
sundhed  
i omsorg**

Anbefalinger til fremtidens sundhedsvæsen  
fra taskforce nedsat af Ældre Sagen

JANUAR 2024

# Hvad er udfordringerne for ældre svækkede patienter?

For at fremtidssikre sundhedsvæsenet er det afgørende at lægge vægt på udfordringer, som ældre svækkede patienter med flere sygdomme i dag møder i sundhedsvæsenet. Ikke mindst set i lyset af, at de knap 304.500 80+ -årige i 2023 forventes at være steget med ca. 117.000 i 2030 – en stigning på 38,5 pct.

Ældre svækkede patienter med flere sygdomme har ofte komplekse forløb, som kræver høj faglighed, et helhedsorienteret blik og gnidningsfrit samarbejde på tværs af sektorer. Det er mennesker, der ikke nødvendigvis magter selv at bevare overblikket over et utal af aftaler, kontakter og information, som ikke har den optimale egenomsorg, eller som er tilbageholdende med at udtrykke deres behov.

Behandling af ældre patienter med flere sygdomme er over en årrække flyttet fra sygehus til kommuner, men det er sket uden, at kompetencer, lovgivning, kvalitetskrav, organisation, adgang til udrednings- og behandlingsmuligheder eller økonomi er fulgt med i tilstrækkelig grad.

Udfordringerne forstærkes af, at vi i dag har et sundhedsvæsen, hvis struktur fordrer et fokus på enkelt-opgaver fremfor på mennesket – der mangler omsorg og helhedsblik, hvilket også kommer til udtryk i følgende udfordringer i ældre patienters forløb gennem sundhedsvæsenet:

- Fragmenterede patientforløb – mangel på ”end-to-end ansvar” eller forløbsansvar
- De økonomiske incitamentsstrukturer understøtter ikke sammenhængende patientforløb.
- Der er utilstrækkelige overordnede rammer, bl.a. økonomiske og lovgivningsmæssige, ift. at

kommunerne kan varetage deres sundhedsopgaver.

- Der mangler ensartet kvalitet i det nære sundhedsvæsen.
- Der mangler forebyggelse og rehabilitering.
- Der mangler sundhedsfaglige kompetencer – særligt i det nære sundhedsvæsen.

## Vi anbefaler, at omsorg og sundhed går hånd i hånd

Ældrepleje og sundhedsvæsen skal tænkes som en helhed og ikke hver for sig – ældreplejen rummer et uudnyttet potentiale til at forebygge indlæggelser og til at styrke ældres helbred og trivsel. Der er klart et behov for at anerkende dette potentiale og samtidig styrke den sundhedsfaglige indsats/tilgang i ældreplejens omsorg – det handler om at sikre ”*mere sundhed i omsorg*”.

For at lykkes med et fremtidigt sundhedsvæsen handler det om mere end strukturer. Det må, uanset at det kan synes banalt, først og fremmest handle om omsorg for det enkelte menneske og det levede liv. Kort sagt efterlyser vi også ”*mere omsorg i sundhed*”.

Med afsæt i ældre patienters behov har tasken udviklet bud på de vigtigste løsninger og har seks konkrete anbefalinger, der skal sikre, at ældre mennesker med flere sygdomme får en omsorgsfuld, værdig, helhedsorienteret, sammenhængende og patientsikker pleje og behandling. Visionen bag anbefalingerne er at skabe mere omsorg i sundhed og mere sundhed i omsorg for ældre patienter.

## Taskforcens anbefalinger for ældre patienter

1. **Helhedsblik og omsorg for den enkelte: Personalet møder patienten som et menneske og ikke som en opgave eller summen af diagnoser.**
2. **Forløbskoordinatorfunktion med særligt mandat hjælper patienten på tværs af sektorer og myndigheder.**
3. **Fælles ansvar for svækkede ældre patienter**
4. **Ensartet og kompetent behandling af høj faglig kvalitet i det nære sundhedsvæsen**
5. **Sygehuset understøtter behandling og pleje til svækkede ældre patienter i det nære sundhedsvæsen i tæt samarbejde med det nære sundhedsvæsens sundhedsfaglige personale.**
6. **Mere sammenhæng mellem sundhed og ældrepleje med fokus på forebyggelse og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen.**

Hvad skal der til for at lykkes med anbefalingerne?

For at sikre ældre mennesker med flere sygdomme en omsorgsfuld, værdig, helhedsorienteret, sammen-

hængende og patientsikker pleje og behandling er der tre væsentlige forudsætninger for, at anbefalingerne kan blive ført ud i livet i et fremtidigt sundhedsvæsen:

- **Reform og sammentænkning af lovgivning, der vedrører sundhedsfaglig pleje og behandling af ældre patienter, så det sikres, at der er ensartet kvalitet og rammer for pleje og behandling for ældre patienter, uanset hvor man som patient behandles.** Dette kan være på sygehus eller i eget hjem, på plejehjem, midlertidige pladser eller andre steder. Dette bør også omfatte området for behandlingsredskaber og hjælpemidler.
- **National digital infrastruktur, der understøtter datadeling og bedre kommunikation.** Sundhedspersonalet – og patienter og evt. pårørende – skal have let adgang til patientoplysninger på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, herunder hospitaler, kommuner, almen praksis og speciallægepraksis. Optimalt er det muligt med realtidsudveksling af opdaterede data på tværs af sektorer og fagligheder, eventuelt med udvikling af en fælles national digital løsning.
- **Rammer for et sammenhængende forløbsansvar ("end to end" ansvar) skal give mulighed for at sammentænke ressourcer fra sygehuse, kommuner og almen praksis,** så der er fokus på hele mennesket fremfor separate diagnoser, og så man som patient oplever, at der løbende tages stilling til og ansvar for ens behov for behandling og pleje på tværs af sektorer. Der skal skabes nogle rammer, hvor den enkeltes behov er styrende, og hvor de økonomiske incitamenter fremmer sammenhængende patientforløb og bedre forebyggelse.

## Om anbefalingerne

Dette udspil og dets anbefalinger taler ind i det politiske ønske om at forebygge akutte kontakter til sygehusene og understøtte udvikling af det nære sundhedsvæsen.

Anbefalingerne peger på løsninger med udgangspunkt i ældre mennesker fremfor i strukturer. Anbefalingerne er tænkt ind i de nuværende strukturer og aktører med regioner, kommuner og almen praksis, men kan også spille ind i en anden, fremtidig strukturering af sundhedsvæsenet.

Anbefalingerne er målrettet ældre mennesker med flere sygdomme. Denne målgruppe er typisk karakteriseret ved at have nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt, begrænset egenomsorgskapacitet, polyfarmaci og behov for kommunale støtteforanstaltninger og kontakt til sygehus og egen læge. Der er ikke et præcist tal for målgruppen, men 243.265 personer over 65 år har i 2022 haft kontakt til alle tre sektorer (hospital, kommune og almen praksis).<sup>1</sup> Der er desuden cirka 193.000 polyfarmacipatienter over 65 år.<sup>2</sup>

Taskorcen bemærker, at udfordringer for ældre patienter, fx manglende helhedsblik, kendetegner andre dele af vores velfærdssystem, ikke mindst socialområdet.

---

1 [www.esundhed.dk](http://www.esundhed.dk)

2 Mindst fem lægemidler købt på recept mindst fire gange på et år i 2021. Tal fra Sundhedsdatastyrelsen.



# Anbefaling 1

## Helhedsblik og omsorg for den enkelte: Personalet møder patienten som et menneske og ikke som en opgave eller summen af diagnoser

- For en omsorgsfuld og helhedsorienteret pleje og behandling skal der være en synlig ledelse, der anerkender omsorg som lige så vigtig som klinisk behandling. Omsorg skal være et afgørende udgangspunkt for både behandling og pleje: Fremfor kun klinisk at overvåge sygdommen, er det altafgørende at våge over mennesket med sygdom. Det handler om, at personalet møder og anerkender patienten som sit medmenneske. Man skal hjælpe et andet menneske og bruge sin sundhedsfaglighed og sine kompetencer i dette øjemed. En god menneskelig relation er værdifuld for både personale og patient og et fundament for en vellykket behandling.
- Svækkede, ældre patienter skal ved sygehusophold have en helhedsvurdering, som har fokus på bl.a. mad, medicin, multisygdom, mobilitet og mestring. Denne danner baggrund for en individuel og helhedsorienteret behandlingsplan. Behandlingsplanen bør udarbejdes i samarbejde mellem almen praksis og kommunen – samt patient og evt. pårørende.
- Den individuelle og helhedsorienterede behandlingsplan skal være fagligt baseret og tilpasses den enkeltes behov og ønsker, herunder livssituation og andre sociale forhold. Hvad der er vigtigt for den enkelte, er det afgørende spørgsmål i den pleje og behandling, som ældre modtager. Patienten og evt. pårørende skal inddrages løbende i samtale om muligheder og valg og understøttes i at deltage i fælles beslutningstagen vedr. eget behandlingsforløb, fx om egenomsorg, behandlingsstop og palliativ indsats i den sidste tid.
- Ved udskrivning eller hjemsendelse fra sygehus skal der som udgangspunkt afholdes en fælles konference med deltagelse af patient og relevant personale fra sygehus, kommune og evt. egen læge samt pårørende. Patienter med helbredsmæssig skrøbelighed må ikke udskrives eller hjemsendes om natten.
- Almen praksis skal have mere tid i konsultationer med patienter med komplekse behov. Det kan fx være tid til opfølgende hjemmebesøg, overblikskonsultation, medicingennemgang (evt. i samarbejde med geriater eller farmaceut), koordinering med den kommunale sygepleje, samtale om behandlingsbehov, stop for behandling, palliativ pleje eller stillingtagen til genoplivning.



## Anbefaling 2

### **Forløbskoordinatorfunktion med særligt mandat hjælper patienten på tværs af sektorer og myndigheder**

- I dag findes der mange forskellige former for forløbskoordinatorer, der skal tage sig af et diagnoserelateret behandlingsforløb for patienter. For ældre patienter med multisygdom er der behov for, at koordinatorrollen tænkes på ny og får et andet mandat end de eksisterende funktioner.
- Forløbskoordinatorfunktionen skal høre under sundhedsloven med mandat til at kunne igangsætte indsatser og undersøgelser på tværs af sektorer og lovgivning. Forløbskoordinationen skal have mandat til at kunne visitere til tværfaglige indsatser, herunder til indsatser under servicelov, fx socialpædagogisk indsats til ældre med demens, hjælpemidler og hjemmepleje.
- Koordinatorfunktionen ligger ikke fast i en bestemt enhed og skal kunne varetages af læge eller specialuddannet sygeplejerske. Forløbskoordinatorfunktionen skal følge patienten.





# Anbefaling 3

## Fælles ansvar for svækkede ældre patienter

- Fælles økonomi, ledelse og ansvar for svækkede ældre patienter med behov for både kommunal pleje og sygehusydelse. Det gælder både på populationsniveau og for den enkelte patient. Der er behov for at sammentænke ressourcer fra sygehuse, kommuner og almen praksis for at sikre økonomi, kompetencer og personale i det nære sundhedsvæsen samt reducere geografiske forskelle i fordelingen af sundhedsfagligt personale og kompetencer. Der skal være en samlet økonomi for det samlede behandlingsforløb – ”end-to-end”.
- Kommunale opgaver under sundhedslov eller relateret til sundhedsfaglig behandling til ældre patienter skal således være del af et fælles ansvar mellem region og kommune. Det vil fx gælde almen genoptræning for hoftepatienter og sygepleje til svækkede og syge ældre i nærmiljøet. Fælles økonomi og ansvar kan evt. ske i regi af sundhedsklynger. Dette kræver dog, at sundhedsklyngerne får et andet mandat og anderledes organisering, end det er tilfældet i dag (fx ved ny lovgivning eller med krav i kvalitetsstandarder).
- For at sikre kvalitet og patientsikkerhed skal antallet af sengepladser på såvel sygehuse som i det nære sundhedsvæsen planlægges i fællesskab i forhold til patientpopulationen og med udgangspunkt i lokale forhold og behov for døgnophold med sundhedsfaglig behandling og pleje.
- Det er et fælles ansvar, at der er lægedækning på kommunale sengepladser og i forbindelse med behandling i eget hjem. Det er ligeledes et fælles ansvar, at der er relevante og tilstrækkelige sundhedsfaglige kompetencer til stede, så krav til kvalitet og patientsikkerhed kan efterleves.
- Der skal udvikles ny model for honorering af almen praksis, der tager højde for sygdomsbyrde i patientpopulation.



# Anbefaling 4

## Ensartet og kompetent behandling af høj faglig kvalitet i det nære sundhedsvæsen

- Der skal være nationale kvalitetsstandarder for helhedsorienteret pleje og behandling for patienter med behov for indsats på tværs af sektorer og i det nære sundhedsvæsen, så hospitaler, kommuner og patienter mfl. ved, hvad de kan forvente af hinanden for at planlægge og samarbejde om det bedst mulige behandlingsforløb. Derudover skal patienter og sygehuse vide, hvad de kan regne med af ressourcer og kompetencer i den kommunale ældrepleje. Det kan også bidrage til at reducere geografisk ulighed.
- Patienter, der behandles i eget hjem eller på midlertidige pladser bør anerkendes som patienter på lige fod med patienter på sygehus.
- Kommunale behandlings- og sengepladser skal fungere under samme kvalitetsstandarder, og der skal være ens terminologi for midlertidige pladser, evt. defineret som døgnpladser, så det er tydeligt, hvad disse pladser kan tilbyde.
- Der skal være en læge tilknyttet kommunale sengepladser med behandling, hjemmesygeplejen og plejehjem for særligt skrøbelige ældre patienter. Ideelt er det en læge med geriatriske kompetencer. Dette kan forebygge og behandle sygdomme tidligt samt forebygge indlæggelser.
- Krav til kommunale kliniske data ift. kvalitetsudvikling. Kommunerne skal indberette valide data, der kan understøtte en sammenhængende behandling, og som giver viden om patienternes samlede udbytte af en pågældende indsats.
- Der skal ske et kompetenceløft blandt sundhedspersoner, der arbejder med ældre mennesker. Emner som skrøbelighed, omsorg, sårbarhed, relationsarbejde, selvbestemmelse, funktionsevnevurdering, demens, polyfarmaci, multisygdom og palliation skal inkorporeres og prioriteres i højere grad under uddannelsen af alle sundhedspersoner.
- Der skal afsættes midler til forskning indenfor geriatri, herunder flere professorater, og skabes et forskningsmiljø på højt internationalt niveau.





# Anbefaling 5

## **Sygehuset understøtter behandling og pleje til svækkede ældre patienter i det nære sundhedsvæsen i tæt samarbejde med det nære sundhedsvæsens sundhedsfaglige personale**

- Åben indlæggelse, udvidet behandlingsansvar (udover de 72 timer) og opfølgning for skrøbelige ældre patienter. Dette kombineres med behandling og pleje i eget hjem/døgntilbud i tæt samarbejde mellem hospital, kommunal akutfunktion og almen praksis.
- Døgntilbud telefonisk adgang til hospitalets rådgivning og kompetencer for personalet i primærsektoren, herunder egen læge, men også for patienter og pårørende.
- Undersøgelse som fx CT-scanning og røntgen skal i samarbejde med hospital kunne tilbydes subakut uden indlæggelse.
- Udekørende teams, fx geriatriske, kan etableres og gå stuegang på midlertidige pladser eller på opfølgende besøg i eget hjem/på plejehjem.
- Videokonferencer, digital stuegang og andre digitale løsninger for patienter støttes af sundheds- og plejepersonale, så digitale tilbud målrettes den enkelte ældre og dennes ressourcer.
- Rehabilitering skal forankres og prioriteres ledelsesmæssigt i alle ledelseslag på hospitaler. Der skal være særligt ansvar for, at træning og rehabilitering bliver tilbudt under indlæggelse som en tidlig indsats, og at der er et formaliseret gensidigt forpligtende samarbejde mellem hospital og kommune med faglige ledere af rehabilitering efter udskrivelse.



# Anbefaling 6

## Mere sammenhæng mellem sundhed og ældrepleje med fokus på forebyggelse og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen

- Almen praksis skal som noget nyt kunne visitere ældre med høj skrøbelighed til en overordnet indsats med hjemmehjælp, sygepleje, vedligeholdende træning, ernæringsindsats mv.
- Forebyggelse og rehabilitering skal være et centralt element i ældreplejen og prioriteres ledelsesmæssigt. Med en synlig faglig ledelse dannes ramme for, at visitation og hjælp tilrettelægges og udføres i et tæt samarbejde mellem medarbejder og den enkelte, der modtager hjælpen samt eventuelle pårørende. Medarbejderne udfører hjælpen på en måde, der fremmer gode relationer og kontinuitet, fx i selvstyrende, tværfaglige teams. Større kontinuitet og tværfaglighed kan bidrage til tidlig opsporing, fordi medarbejdere bliver i stand til at se helbredsmæssige ændringer hos den enkelte ældre.
- Forebyggelse bør rettes mod det levede liv for den enkelte. Træning er vigtig, men forebyggelse kan fx også være personlig pleje (ex tandbørstning for at hindre øget risiko for fx hjertesygdomme, lungebetændelse og underernæring), et styrket socialt tilbud (kan forebygge et højt forbrug af psykofarmaka) eller praktisk hjælp, herunder madservice (forebygge ex underernæring) eller rengøring og hygiejne (for at undgå sygdom og smittespredning).
- Der skal være udvikling og øget brug af standardiserede og valide kliniske data til tidlig opsporing af den enkelte patient.
- Hverdagsrehabilitering skal bruges mere proaktivt til at forebygge og ikke først igangsættes, når der bevilges hjemmehjælp. I dag får man ofte først hjemmepleje, når man er så dårlig, at man ikke længere har mulighed for at være selvhjulpnen ved hjælp af pårørende eller lignende.

## Om taskforcen

Det politiske bagtæppe med en Sundhedsstrukturkommission og en kommende ældrereform har skabt behov for at bringe ældres perspektiv i front.

Derfor har Ældre Sagen taget initiativ til at nedsætte ”Taskforce vedr. sundhed, pleje og omsorg”, der kan komme med supplerende og uddybende input til Sundhedsstrukturkommissionens arbejde med udgangspunkt i ældre patienters ønsker og behov.

Taskforcen har fra august til december 2023 mødtes tre gange samt været på to studiebesøg og har på denne baggrund udviklet anbefalingerne.

### Taskforcen har følgende medlemmer:

<b>Anja Holland</b>	Projektsygeplejerske, Plejehjemmet Klarahus
<b>Birgitte Rav Degenkolv</b>	Hospitalsdirektør, Amager og Hvidovre Hospital
<b>Bjarne Hastrup</b>	Adm. direktør, Ældre Sagen
<b>Finn Rønholt</b>	Speciallæge i geriatri, Kildegården, Gladsaxe Kommune
<b>Irmgard Birkegaard</b>	Sundhedsfaglig konsulent og underviser, Afdeling for Sundhed, Socialt arbejde og Velfærdsforskning, UCL
<b>Jacob Birkler</b>	Etiker, ph.d., fhv. formand for Etisk Råd
<b>Katharina Ó Cathaoir</b>	Ph.d. og lektor i sundhedsret, Center for Retlige Studier i Velfærd og Marked, Juridisk Fakultet, Københavns Universitet
<b>Kjeld Møller Pedersen</b>	Professor, Center of health economics research, Syddansk Universitet
<b>Lars Jannick Johansen</b>	Ledende partner, Den sociale Kapitalfond
<b>Naima Yasin</b>	Sekretariatsleder, SAGA
<b>Tina Juul</b>	Ph.d., Global Director Digital Health, Novo Nordisk
<b>Tove Lindhardt</b>	Seniorforsker, leder af Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje, Medicinsk Afdeling O, Herlev-Gentofte Hospital

# Ældre Sagen

---

Snorresgade 17-19, 2300 København S · Tlf. 33 96 86 86 · [www.aeldresagen.dk](http://www.aeldresagen.dk)