

Til
Sundhedssamarbejdsudvalget
Region Midtjylland

22. august 2023

Høring vedrørende Sundhedsaftalen 2024–2027 i Region Midtjylland

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar i forbindelse med Sundhedsaftalen 2024-2027 for Region Midtjylland, 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.

1. Visioner

Ældre Sagen finder det meget positivt at visionerne for Sundhedsaftalen bl.a. tager udgangspunkt i sammenhæng, tryghed og på borgernes præmisser.

Ældre Sagen er meget enig i dette.

Men vi er bekymrede over formuleringen om, at ”understøtte borgernes mulighed for at tage vare på egen sundhed og mestre egen sygdom”. Vi ser her en risiko for, at borgerne oplever det som noget individuelt og selvforskyldt, at de bliver syge. Og at de i højere grad selv bliver gjort ansvarlig for deres egen behandling og sygdomsforløb. Vi mener, at det er helt afgørende for borgernes tryghed og livskvalitet, at de føler sig trygge ved, at sundhedsvæsenet tager ansvar for dem, når de bliver syge, og sikrer, at de får den behandling, de har behov for – hvad enten det foregår i regionalt eller kommunalt regi. Vi mener, at det bør være en del af visionen, at sundhedsvæsenet tager ansvar for den syge, uanset om det er på hospital, i kommunen eller i almen praksis.

2. Indsatsområder og fælles målsætninger

Psykiatri og trivsel

Ældre Sagen er meget enig i behovet for at prioritere psykiatri og trivsel som en del af Sundhedsaftalen.

Ældre Sagen vil gerne påpege, at vi mener, at de mest svækkede ældres livssituation er klart underprioriteret i sundhedsaftalen. Gerontopsykiatrien er slet ikke nævnt særskilt. Det finder vi problematisk, fordi der er et stort behov for at opruste på det ældrepsykiatriske område således, at det bliver sikret, at ældre patienter får mulighed for at få den rette psykiatriske behandling i sygehussktoren. Det er en specialiseret opgave, hvor almenpsykiatrien næppe er indstillet på eller har ressourcerne til ældre patienters ofte blandede somatiske og psykiatriske problemstillinger, og som ej heller kan løses i det nære sundhedsvæsen, fordi kommunerne hverken har de faglige kompetencer, de relevante medarbejdere eller de økonomiske ressourcer til det. Og dermed risikerer de ældre patienter at falde i et hul, både på sygehuset og når de bliver udskrevet fra sygehuset til videre behandling i kommunen.

Til gengæld er Ældre Sagen positiv overfor Region Midtjyllands visioner og målsætninger om at skabe en bedre mental trivsel for børn og unge. Det er et vigtigt indsatsområde, og i Ældre Sagen arbejder vi for en samfundsudvikling, hvor fællesskaber og menneskelige relationer prioriteres højt for alle aldersgrupper.

Ældre Sagen har derfor sammen med 115 organisationer med Ældre Sagen og Røde Kors i spidsen sat et mål om at halvere ensomheden inden 2040 via 75 konkrete forslag og initiativer mod ensomhed. Ensomhed koster hvert år samfundet 7,4 milliarder kroner. Ældre Sagen foreslår, at sundhedsaftalen, visionerne og målsætningerne om mental trivsel tænkes bredere, og at der findes inspiration i og tages udgangspunkt i den nationale ensomhedsstrategi og handleplan.

<https://www.aeldresagen.dk/presse/viden-om-aeldre/oevrige/2023-national-ensomhedsstrategi>

Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom

Ældre Sagen er enig i Sundhedsaftalens målsætning om at styrke samarbejdet om de borgere med kronisk sygdom, der har størst behov for støtte og/eller størst kompleksitet i sygdom og nedbringe antallet af uhensigtsmæssige, akutte indlæggelser i målgruppen.

Ældre Sagen havde dog gerne set, 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 visioner og fælles målsætninger. Ældre Sagen havde derfor gerne set, at aftalen var mere konkret i forhold til, hvordan aftaleparterne skal sikre eksempelvis sammenhænge for borgere med kronisk sygdom.

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for mennesker med multisygdom bør det 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. Disse ansvars- og opgavebeskrivelser

bør for hver enkelt, multisyg patient laves helt konkret, så det hele tiden står helt klart, hvem på hospitalet, i kommunen eller i almen praksis der har ansvaret for hvilken opgave igennem hele forløbet, og den ene skal ikke kunne afgive ansvaret, før den næste har overtaget det.

Derudover så Ældre Sagen gerne, 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

Eksempelvis viser et særudtræk fra LUP (2022) for 80+, at:

- 18 pct. af de akut indlagte patienter over 80 år i Region Midtjylland oplever slet ikke eller i ringe grad, at én læge tager et overordnet ansvar for patientens samlede forløb.
- 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 Midtjylland gælder det for 13 pct.
- sammenlagt 26 pct. akut indlagte patienter over 80 år oplever i Region Midtjylland, at personalet i ringe grad eller slet ikke giver dem mulighed for at deltage i beslutninger om undersøgelsen/behandlingen.

Fokus i Sundhedsaftalen er at forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.

Ældre Sagen oplever 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. Dette er ekstra problematisk i en tid, hvor regionerne er i gang med at rykke behandling ud i det nære sundhedsvæsen uden, at kompetencer, ressourcer, lægefagligt ansvar og kvalitet er fulgt med. Det kræver bl.a., at kommunen har adgang til ældre patienters sundhedsdata, at patienten vurderes plejefagligt, sundhedsfagligt og lægefagligt og gerne i samarbejde mellem hospital, egen læge og hjemmepleje og at patienten 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 i sundhedsaftalen være særligt fokus på den behandling, der foregår på midlertidige pladser samt på 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.

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.

Det er en helt ekstremt alvorlig mangel i Sundhedsaftalen, at der **intet** står om **genoptræning**. Det er ganske enkelt **uansvarligt**! Genoptræning er da også et område, som i meget høj grad siden Kommunalreformen i 2007 er faldet mellem alle stole. Kommunerne, som man muligvis uden nærmere overvejelser dengang havde tiltænkt opgaven, løfter den kun i helt utilstrækkeligt omfang. Hvor stort problemet er, ved vi i Ældre Sagen desværre ikke særlig præcist, da der ikke foreligger sikre undersøgelser. Men at problemet er der, og at det formentlig er ganske stort, har vi en stærk formodning om, da vi får en del henvendelser.

Eksempel: For nogle måneder siden beklagede nogle hjertekirurger sig i Ugeskrift for Læger over, at deres nyligt opererede patienter, som havde fået nye hjerteklapper, næsten ikke kom til genoptræning. Nej, det var egentlig klart nok hvorfor. Fra de eksempler, vi kender, ved vi, at det var, fordi de var alt for svage til selv at arrangere og til at kunne holde til transport fra hjemmet til genoptræning på hospitalet. Og genoptræningen var alt for speciel til at kunne foregå i kommunen. De blev så bare ikke genoptrænet.

Her foreligger et eklatant svigt af en meget svag patientgruppe.

Ud over, at manglende genoptræning betyder alvorligt tab af livskvalitet for patienten og de pårørende, så er det en tåbelig besparelse for samfundet, da manglende genoptræning medfører væsentligt tungere pleje. Og hvis man, som det kunne lyde i oplægget, forestiller sig, at nogle smarte virtuelle, digitale tiltag kan gøre patienten selvhjulpne og erstatte genoptræning, så er man netop uansvarlig.

Hermed skal der ikke siges, at digitale hjælpemidler ikke kan være til stor hjælp i sundhedsvæsenet, men det skal netop være som hjælpemidler for de professionelle, ikke som erstatning for genoptræning.

Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling.

Ældre Sagen er meget enig i målsætningen om at sikre lettere og mere fleksible adgange til sundhedsvæsenet for borgeren gennem hjemmemonitorering og digitale konsultationer.

Det er helt afgørende, at være opmærksom på, at digitale løsninger, som fx videokonsultationer og hjemmemonitorering, kan tilbydes når og hvor det giver mening, både for patient og behandler. Desuden er det afgørende at være opmærksom på, at patienter, som kan klare sig digitalt i dag, ikke nødvendigvis kan dette fremadrettet.

Udfordringer med helbredet eller evt. funktionsnedsættelser af enten fysisk eller kognitiv karakter være medvirkende til at forstærke problematikkerne om at begå sig digitalt. I en undersøgelse foretaget af Epinion for Ældre Sagen er det på tværs af alder ca. hver tiende (9 pct.), der eksempelvis udtrykker, at helbred eller en funktionsnedsættelse gør det svært for dem at bruge digitale løsninger. For gruppen over 84 år, oplever knap hver tredje (29 pct.) digitale udfordringer som følge af deres helbred eller funktionsnedsættelse¹.

Oplevelsen af utryghed er særligt udbredt blandt de allerældste personer. Andelen som angiver, at de ville føle sig enten overvejende eller meget utrygge, stiger i takt med alderen, og at særligt de 85+-årige i vid udstrækning oplever at føle sig utrygge i forskellige digitale ”hverdagssituationer”

¹ Befolkningens oplevelser og udfordringer i et digitalt samfund – med fokus på ældre. Epinion, februar 2023

Det er derfor vigtigt at der i implementeringen af Sundhedsaftalens målsætninger tages højde for individuelle behov og forskellige løsninger og støtte til forskellige målgrupper med varierende, digitale udfordringer.

4. Bærende principper for samarbejdet

Fælles tidlige

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 skal ind og ud 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, som i det hele taget bør opprioriteres.

Økonomisk klarhed og fair balance - 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, almen praksis og kommune – igen med særligt 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. Den aktuelle status, hvor fx en kommune ikke er forpligtet af en omhyggeligt udarbejdet helhedsplan udarbejdet under geriatrisk indlæggelse for en ældre patient, er svært utilfredsstillende.

5. Nationale mål og lokale målsætninger (indikatorer)

Ældresagen finder det utilstrækkeligt, at indikatorerne for måling af indsatsområdet om borgere med kronisk sygdom udelukkende består af måling af antal akutte indlæggelser. Dette tal kan på ingen måde bedømme, om visionerne om ”sammenhæng og tryghed” og ”på borgernes præmisser” bliver virkelighed for borgeren. Hertil kræves indikatorer af langt mere kvalitativ art. Ligeledes er det mangelfuldt, at der ingen indikatorer er omkring målsætningen om sammenhæng i borgernes forløb gennem digital kommunikation og datadeling. Om disse målsætninger nås, ønsker Ældre Sagen bedømt med både kvantitative og kvalitative data formuleret som indikatorer i Sundhedsaftalen.

6. Implementering og opfølgning

Konkrete handleplaner for ældre patienter med flere sygdomme

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, sygehus og almen praksis om ældre patienter.

Der er derfor behov for kvalitetstandarder for ældre medicinske patienter, der behandles i spændingsfeltet mellem sygehus, almen praksis 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 væsentlige kompressionshjælpemidler eller 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 laves konkrete handleplaner for ældre patienter med flere sygdomme i regi af sundhedsaftalen om:

- Én 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 eksempelvis 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. Eksempelvis 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

Ældre Sagen finder det afgørende, at Sundhedsaftalen understøttes af handleplaner for hele regionen, da Ældre Sagen kan være bekymret for, at sundhedsklyngerne ikke i sig selv sammen med Sundhedssamarbejdsudvalg kan sikre ensartet kvalitet, kompetencer og indsatser til ældre patienter med flere sygdomme, og er i den sammenhæng bekymret for ulighed mellem sundhedsklyngerne.

En udfordring kan være, at klynger omkring universitetshospitaler i de største byer har de laveste andele ældre og mennesker med kronisk sygdom i befolkningen, mens akuthospitaler længere fra universitets- og storbymiljøer omvendt har de højeste andele kronisk syge og ældre.

Ældre Sagen frygter, 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.

Inddragelse af patienters og pårørendes perspektiver

Vi håber, at patienters og pårørendes perspektiver inddrages, når Sundhedsaftalen skal implementeres og evalueres undervejs. Patientinddragelsesudvalget er en oplagt og vigtigt aktør. I Ældre Sagen er vi ligeledes parate til fremtidig dialog om Sundhedsaftalen og udmøntningen i konkrete handleplaner.

Med venlig hilsen

Ældre Sagens Sundhedsudvalg i Region Midtjylland