

Sundhedssamarbejdsudvalget  
Region Nordjylland

7. september 2023

## Høring vedrørende Sundhedsaftalen 2024–2027 i Region Nordjylland

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

### Sundhedsaftalens bærende principper

Ældre Sagen er enige i sundhedsaftalens bærende principper og finder dem afgørende og vigtige som grundlag for et sammenhængende og patientsikkert sundhedsvæsen.

### *Mest mulig sundhed for de fælles ressourcer*

For i fællesskab at kunne prioritere og benytte de tilgængelige ressourcer på bedste vis og levere kvalificeret behandling til de nordjyske borgere mener Ældre Sagen, at det er helt afgørende, at kommunerne og regionen i fællesskab skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i fælles patienter og akutsygehuses 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 ryger 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.

## **Digitale løsninger og velfærdsteknologi**

Ældre Sagen er enig i, at der behov for at tænke i nye løsninger til gavn for borgerne, så vi sikrer, at både borgerens tid og sundhedspersonalets tid og kompetencer anvendes bedst muligt.

I implementeringen af sundhedsaftalens målsætninger er det vigtigt, at der tages højde for individuelle behov og forskellige løsninger og støtte til forskellige målgrupper, idet ikke alle føler sig i stand til eller føler sig trygge ved at benytte disse løsninger.

Derudover er det vigtigt, at have øje for, hvordan de forskellige løsninger spiller sammen, og om de mange løsninger reelt frigiver mere tid til patienterne, eller er det blot en antagelse, vi alle har købt ind på.

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 funktionsnedsættelse<sup>1</sup>.

Oplevelsen af utryghed er særlig 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".

## **Deling af data**

Ældre Sagen er enige i, at der skal ske deling af sundhedsdata for at sikre, at viden ikke går tabt på tværs af sektorer. Vi havde dog gerne set, at sundhedsaftalen var mere konkret i forhold til at understøtte kommunikation og dokumentation på tværs af sektorer, så relevante oplysninger kan tilgås direkte.

## **Sammen med borgerne sikrer vi gode forløb**

Ældre patienter med flere sygdomme har typisk mange kontakter med såvel det regionale som kommunale sundhedsvæsen og ældrepleje. Ældre Sagen er enige i, at det er afgørende, at der er tydelighed om, hvem der har stafetten i overgangene mellem hospital, kommune og den praktiserende læge.

Kommunikation og samarbejde er helt afgørende, når der er mange aktører ind over patienten, hvilket også gør sig gældende for de patienter, der bliver hjemsendt fra akutmodtagelsen uden en behandlingsplan. Her kan der også være behov for koordinering mellem kommune og region.

I en tid, hvor behandling i større omfang flyttes til det nære sundhedsvæsen er det især vigtigt, at patient og pårørende ved, hvem der har behandlingsansvaret. Dette er desværre ikke altid tydeligt.

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

- 20 pct. af de akut indlagte patienter over 80 år i Region Nordjylland oplever slet ikke eller i ringe grad, at én læge tager et overordnet ansvar for patientens samlede forløb.

---

Et <sup>1</sup> Befolkningens oplevelser og udfordringer i et digitalt samfund – med fokus på ældre. Epinion, februar 2023

- 32% af akut indlagte patienter over 80 år oplever i nogen grad, slet ikke eller i ringe grad, at personalet informerer tilstrækkeligt, så patienten er tryk efter udskrivelsen i Region Nordjylland.
- 29 pct. akut indlagte patienter over 80 år oplever i Region Nordjylland, at personalet i ringe grad eller slet ikke giver dem mulighed for at deltage i beslutninger om undersøgelse/behandling ved behov.

## ***Øget lighed i sundhed***

Ældre Sagen finder det afgørende, at der i forbindelse med behandling er et helhedsblik, der tager udgangspunkt i den enkelte patients ønsker, behov og forudsætninger. Lige adgang til sundhed er grundlæggende for arbejdet med sundhedsaftalen, da der både er geografiske, digitale og kommunikationsmæssige barrierer for svækkede ældre mennesker og andre udsatte patienter.

Ældre Sagen oplever desværre, at der ofte ikke er lige adgang til sundhed grundet udfordringer med befordring og ledsagelse.

Mange patienter oplever, at befordringsområdet er en jungle, som det kræver store menneskelige ressourcer både at finde rundt i og at anvende. De indviklede regler for patienttransport er med til at skabe ulighed i sundhed. Det forstærkes kun af, at de personer, der er afhængige af befordring, oftest er patienter med sociale og sundhedsmæssige udfordringer. Derfor er det helt afgørende, at transport til behandling for patienter, der ikke selv kan komme til behandling, ses som en integreret del af behandlingen og ikke som et særskilt ”tillægsgode”. Et sundhedsvæsen af høj kvalitet er intet værd, hvis patienterne stilles ulige i forhold til muligheden for at møde op. Så er sundhedsvæsenet blot med til at skabe ulighed – og derudover er det både dyrt og ineffektivt.

## ***Et pejlemærke - Et tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen***

Ældre Sagen er enig i sundhedsaftalens pejlemærke om et tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen, fokus på de målgrupper, der netop har størst behov for støtte og/eller størst kompleksitet i sygdom og implementeringen af tværsektorielle anbefalinger på akutområdet og de forebyggelige (gen)indlæggelser.

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 sundhedsklyngerne kan efterleve sundhedsaftalens bærende principper og pejlemærker uden konkrete mål. Ældre Sagen havde derfor gerne set, at aftalen var mere konkret i forhold til, hvordan aftaleparterne skal sikre sammenhænge for ex ældre medicinske patienter.

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for mennesker med multisygdom havde Ældre Sagen gerne set, at det var beskrevet, 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.

Ældre Sagen oplever 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 kompetencer, ressourcer, lægefagligt ansvar og kvalitet er fulgt med.

Det kræver bl.a., 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. Ældre Sagen mener, der bør stilles kvalitetskrav til behandling på midlertidige pladser og til den kommunale sygepleje og andre sundhedsfaglige kommunale indsatser, så indsatsen i kommunen understøtter og supplerer de eksisterende regionale funktioner 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.

### **Pejlemærke - Øget mental sundhed og trivsel**

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

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 derfor, at der i regi af sundhedsaftalen findes inspiration i og tages udgangspunkt i den nationale ensomhedsstrategi og handleplan.

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

### **Pejlemærke - Styrket forebyggelse**

Ældre Sagen er meget enige i vigtigheden af forebyggelse og vil opfordre til, at man i regi af sundhedsaftalerne rækker ud til civilsamfundsorganisationer med henblik på at understøtte initiativer vedr. forebyggelse.

### **Opfølgning på sundhedsaftalen**

*Konkrete handleplaner for ældre patienter med flere sygdomme*

Som en del af implementeringen af Sundhedsaftalen skal Sundhedsklyngerne udarbejde lokale handleplaner for lokale indsatser, der kan hjælpe til at indfri Sundhedsaftalens målsætninger.

Ældre Sagen kan være bekymret for, at der fortsat vil være store forskelle for ældre medicinske patienter, der behandles i spændingsfeltet mellem sygehus og kommune. så længe der ikke er fælles kvalitetstandarder.

Ældre Sagen mener, at der burde udarbejdes en kvalitetspakke 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 afgørende kompressionshjælpemidler eller 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 Sundhedssamarbejdsudvalget laver konkrete handleplaner for ældre patienter med flere sygdomme i regi af sundhedsaftalen 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

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.

### *Indikatorer for de nationale mål*

Ældre Sagen finder det positivt, at man bruger indikatorerne for de nationale mål. Det er positivt, hvis disse anvendes for patienter fra akutfunktioner og midlertidige pladser, omfang og brug af midlertidige kommunale pladser og akutpladser, genoptræningstilbud mv.

### *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

Karen Marie Dencker  
Sundhedsudvalget i Region Nordjylland, Ældre Sagen