

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

9. juli 2024 • MS/RH/MTN

## **Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport samt Ældre Sagens forslag til fremtidens sundhedsvæsen**

### **Ansvaret for sundhedsydelser og ældrepleje, herunder plejehjem, skal samles under samme myndighed – det vil give sammenhæng for ældre**

Ældre Sagen takker for invitationen til høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport og kommenterer i det følgende på udvalgte dele af rapporten, idet vores særlige perspektiv naturligvis er på ældre patienter og deres store behov for bedre sammenhæng.

Overordnet set finder vi, at det er en meget grundig og gennearbejdet rapport over sundhedsvæsenet, både med beskrivelse af den historiske baggrund, situationen i dag og scenarier for fremtiden. Vi mener, at den grundige rapport giver politikerne et solidt grundlag for at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen.

Det helt store problem for ældre, der er syge eller svækkede, er manglen på sammenhæng i deres møde med sundhedsvæsen og ældrepleje. Det er ikke nogen ny problemstilling, men de tiltag, der hidtil er gjort for at løse problemerne, har langt fra været tilstrækkelige. Der er behov for at få skabt tryghed for ældre, hvilket kræver, at der er et samlet ansvar for deres forløb. Derfor mener vi tiden er inde til at være ambitiøs og gennemføre en visionær reform, der for alvor vil bidrage til at løse de grundlæggende problemer – ikke blot for patienternes skyld, men også til gavn for personale og samfund.

Helt overordnet opfordrer Ældre Sagen i denne høring og frem mod en sundhedsreform til, at ansvar for sundhedsvæsenet og ældreplejen skal samles under samme myndighed.

Et samlet ansvar vil skabe mere sammenhæng og give muligheder for - og incitamenter til – at koordinere og planlægge alt fra forebyggelse, pleje, behandling, genoptræning og rehabilitering.

### **Mangel på sammenhæng er central – vi er enige i kommissionens analyse af udfordringer og forudsætninger**

Ældre Sagen har gennem længere tid gjort opmærksom på behovet for at tilpasse sundhedsvæsenet til et stigende antal ældre i befolkningen og dermed et stigende antal ældre patienter med behov for tryghed, kvalitet og sammenhæng. Der vil være ca. 144.000 flere 80+-årige i 2035 end de knap 320.000 80+-årige i 2024 – en stigning på 45 pct. Blandt 80+-årige har 43 pct. kontakt med både kommunen, sygehuset og egen læge, og langt de fleste, der modtager hjemmepleje, har kontakt med sundhedsvæsenet.

Vores medlemshenvendelser og undersøgelser af patienters oplevelser har gennem årene dokumenteret, at der mangler tryghed, helhedsblik og sammenhæng mellem sygehus og kommune: nødvendig hjemmehjælp, der ikke er på plads, når man udskrives, manglende rehabilitering og genoptræning i kommunal sammenhæng og lang ventetid på hjælpemidler. Og trods gode intentioner om at forebygge er forebyggelige sygehusophold blandt hjemmehjælpsmodtagere 65 år+ steget fra 159 ophold i 2015 til 169 ophold i 2022 pr. 1.000 hjemmehjælpsmodtagere 65 år+.

Vi er således i allerhøjeste grad enige med kommissionen i, at en væsentlig udfordring er usammenhængende patientforløb. Vi er glade for at se, at kommissionen har "sammenhæng" som et af de centrale hensyn i den systematiske vurdering af de foreslåede modeller. Kommissionen taler om en "ubalance" mellem det primære (kommuner og almen praksis) og det sekundære sundhedsvæsen (specialiserede sygehuse). Vi mener, at det vil være endnu mere rammende at udpege manglen på ressourcer, kompetencer og økonomi i det primære sundhedsvæsen som den centrale udfordring.

Vi er enige i de tre forudsætninger, kommissionen ser, nemlig et stigende antal ældre patienter samt manglen på arbejdskraft, særligt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Kommissionen nævner også stigende forventninger til sundhedsvæsenet hos borgere og patienter. Vi finder det en vigtig tilføjelse, at stigende forventninger ikke kun ses blandt borgere, men i lige så høj grad hos personale, der kender til og ønsker at kunne tilbyde nye og bedre behandlinger.

### **Ældre Sagens forslag til en sundhedsreform: Saml ansvar for sundhed og ældre under samme myndighed**

Allerede få år efter strukturreformen i 2007 kunne vi i Ældre Sagen se, at der var noget galt med strukturen i forhold til at sikre ældre en sammenhængende indsats på tværs af sygehus og kommune. Vi foreslog dengang at samle ansvaret for sundheds- og ældreplejeområdet under ét. Vores vision var - og er stadig - at med sundhed og ældrepleje under samme myndighed vil det give ikke alene helhed i behandlingen og løse mange af de problemer, ældre typisk oplever, når de er i kontakt med sygehus og kommune - det vil også give økonomiske gevinster, ikke mindst ved at forebygge indlæggelser.

I de drøftelser, der de senere år har været om en sundhedsreform, har Ældre Sagen lagt vægt på behovet for at sikre:

- sammenhæng for patienter
- helhedsblik på det enkelte menneskes sundhed og trivsel
- tryghed for ensartet (sundheds)faglig kvalitet uafhængig af behandlingssted
- sundhed og omsorg skal gå hånd i hånd (fx træning, medicin, ernæring, social indsats)
- styrket forebyggelse i det nære sundhedsvæsen og i ældreplejen (styrke trivsel for det enkelte menneske og forebygge (gen)indlæggelser)

Konkret har vi med en task force<sup>1</sup> anbefalet, at sundhed og omsorg i højere grad end i dag tænkes sammen. Ældrepleje og sundhedsvæsen skal tænkes som en helhed og ikke hver for sig. Vores taskforce har talt om "mere sundhed i omsorg", idet ældreplejen rummer et uudnyttet potentiale til at forebygge indlæggelser og til at styrke ældres helbred og trivsel – hvilket kræver, at vi styrker den sundhedsfaglige indsats og kompetencerne i ældreplejen.

---

<sup>1</sup> <https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/viden-og-tal/oevrige/2024-taskforce-anbefalinger-fremtidens-sundhedsvaesen-190124>

Den anden del, ”mere omsorg i sundhed”, handler om, at man i sundhedsvæsenet skal have bedre blik for det enkelte menneske og dets livssituation – det tror vi på også vil give ikke bare større patienttilfredshed, men også bedre sundhedsfaglige resultater og øget personaletilfredshed. Som ét eksempel kan nævnes, at udvisning af mere omsorg kan føre til, at personalet kan afdække, hvis det er ensomhed, der er den grundlæggende årsag til de – også somatiske – helbredsproblemer, der plager et menneske. En sådan indsigt vil gøre, at man kan tage fat i den egentlige årsag i stedet for at symptombehandle.

Sammenfattende har Ældre Sagen følgende konkrete anbefalinger til en kommende sundhedsreform – uanset hvilken strukturel model der vælges:

- Helhedsblik og omsorg for den enkelte: personalet møder patienten som et menneske og ikke som en opgave eller summen af diagnoser.
- Forløbskoordinatorfunktion med særligt mandat hjælper patienten på tværs af sektorer og myndigheder (herunder på tværs af sektorer og lovgivning).
- Samlet ansvar for svækkede ældre patienter
- Ensartet og kompetent behandling af høj faglig kvalitet i det nære sundhedsvæsen.
- Sygehuset understøtter behandling og pleje til svækkede ældre patienter i det nære sundhedsvæsen i tæt samarbejde med det nære sundhedsvæsens sundhedsfaglige personale.
- Mere sammenhæng mellem sundhed og ældrepleje med fokus på forebyggelse og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen.

### **Tværgående anbefalinger er relevante – men ikke tilstrækkelige i sig selv til en bæredygtig reform**

Ældre Sagen er meget enig i behovet for at implementere de seks tværgående anbefalinger og tilhørende forslag uanset fremtidige forvaltningsstruktur. Særligt anbefalingerne vedr. det almenmedicinske tilbud, digitalisering og data og en tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet finder Ældre Sagen helt afgørende for et bæredygtigt og sammenhængende sundhedsvæsen. Derudover ser vi yderligere forhold, der skal sikres uanset struktur.

#### *Digitale løsninger skal udbredes i samarbejde med brugerne*

Vi har i Ældre Sagen sammen med ovennævnte taskforce peget på, at en national digital infrastruktur, der understøtter datadeling og bedre kommunikation, er en nødvendig forudsætning for at lykkes med sammenhæng. Vi ser således på linje med kommissionen et potentiale i, at der skal være en overordnet plan for udbredelse af digitale løsninger. For ældre patienter kan det være oplagt med digitale opfølgende konsultationer med geriater fra sygehuset, der understøtter egen læge eller sygepleje hos patienten efter udskrivning.

Vi ønsker dog meget stærkt at understrege, at brugen af digitale løsninger aldrig må blive tvang, men skal være et tilbud til patienterne, når det er patientsikkert, og når det giver mening både for patient og behandler. Desuden ser vi det afgørende, at brugerne er med i fortsat udvikling af digitale løsninger, så det er bedst muligt tilpasset patienters behov.

#### *Kvalitetsstandarder og udbredelse af best practice er essentielt*

Med nævnte taskforce har vi også peget på nødvendigheden i et sammenhængende forløbsansvar (”end to end” ansvar), der skal give mulighed for at sammentænke ressourcer fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Derfor er vi enige med kommissionen i, at der skal være en national plan med kvalitetsstandarder for at fordele ressourcer og kompetencer, så geografisk ulighed mindskes og ensartet kvalitet opnås. Vi finder det

vigtigt, at der ikke kun er fokus på at udbrede gode løsninger vedrørende data og IT, men at det i lige så høj grad handler om, at *best practice* generelt udbredes nationalt. Vi mener, det er oplagt med krav til at udbrede positive erfaringer med samarbejde ml. sygehus og det nære sundhedsvæsen med henblik på at forebygge indlæggelser og skabe øget sammenhæng.

#### *Flere ældrelæger*

Vi er desuden enige i, at det er vigtigt med styring af uddannelse af læger, og vi ser ikke kun behov for fokus på den almenmedicinske uddannelse, jf. kommissionens anbefaling, men derimod også behov for at sikre uddannelse og spredning af flere speciallæger i geriatri, taget den demografiske udvikling i betragtning.

I en fordeling af ressourcer er det essentielt, at den geografiske lighed også sikrer en form for nærhed, så der er tryghed for adgang til tilbud i det nære sundhedsvæsen til fx sygeplejeklinikker eller midlertidige pladser, særligt i tilfælde af ny større organisatoriske enheder.

#### *Brug for en national "sundheds- og omsorgsplan"*

I forlængelse af at vi ønsker et samlet ansvar for sundhed og ældre, mener vi, det er oplagt, at en sundhedsplan også bør omfatte og sikre omsorg – dvs. det skal være en national "sundheds- og omsorgsplan". Dette bl.a. for at sikre, at ressourcer ikke alene prioriteres til klinisk behandling, til sygehuse, til speciallægebehandling, mv., men i lige så høj grad til omsorg på såvel sygehus som i det primære sundhedsvæsen og i ældreplejen.

Vi er enige med kommissionen i, at en plan bør godkendes af Sundhedsstyrelsen. Vi vil desuden opfordre til, at en sådan plan også bør trække på styrelsens arbejde for værdig ældrepleje og ikke alene handle om sundhedsfaglige kvalitetskrav, jf. vores understregning af behovet for "mere omsorg i sundhed".

#### *Følgegruppe til implementering*

Vi er enige med kommissionen i, at der som led i en større ændring i struktur og organisering er behov for at prioritere ressourcer og tid til implementering fx med det foreslåede reformsekretariat. Vi vil desuden opfordre til, at der til implementeringsprocessen etableres en følgegruppe med bl.a. patient- og pårørenderepræsentanter, både for patienter generelt og for ældre. Ældre Sagen stiller sig naturligvis til rådighed for en sådan gruppe.

#### *Anbefalinger skaber ingen reform i sig selv*

Vi noterer os med bekymring, at de seks anbefalinger i aktuel debat umiddelbart efter kommissionsrapportens publicering er blevet omtalt som en "reform i reformen", dvs. at alene de seks anbefalinger i sig selv skulle være en reform. Uanset hvor rigtige og vigtige de seks anbefalinger er, ser vi på ingen måde, at de kan stå alene. Ældre Sagen mener ikke, at de seks anbefalinger alene vil være tilstrækkelige til at opnå en bæredygtig reform.

#### **Det almen medicinske tilbud er afgørende som tovholder for ældre og som fasttilknyttet læge i det nære**

Særligt anbefaling 1 vedr. kapacitetsudvidelse af det almen medicinske tilbud er et væsentligt og nødvendigt tiltag. For ældre patienter har almen praksis en helt central rolle,

det ved vi bl.a. fra undersøgelser af ældres oplevelser fra sundhedsvæsenet<sup>2</sup>. Den praktiserende læge kender typisk den ældre med flere sygdomme godt og varetager en stor opgave som tovholder for borgernes kontakt med sundhedsvæsenet.

*Styrk egen læges rolle som tovholder, der kan henvide og visitere til indsatser efter patientens behov*

Ældre Sagen mener, at almen praksis i fremtiden skal have en endnu tydeligere tovholderfunktion. Derudover vil vi opfordre til, at egen læge skal kunne visitere ældre med behov til en overordnet indsats med hjemmehjælp, sygepleje, genoptræning og vedligeholdende træning, ernæringsindsats, sociale indsatser, mv.

Ældre Sagen ser det som vigtigt, at der, som foreslået af kommissionen, afsættes mere tid til 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. Ligeledes finder Ældre Sagen det oplagt, at der udvikles en ny model for honorering af almen praksis, der tager højde for sygdomsbyrde i patientpopulation.

*Læger fast tilknyttet til midlertidige sengepladser og hjemmeplejen*

Ligesom der nu er tilbud om faste plejehjemsleger til næsten alle plejehjemsbeboere, finder Ældre Sagen det helt essentielt, at der med en reform skabes fast tilknytning af læger til midlertidige pladser samt til hjemmeplejen/sygeplejen. Ældre Sagen ser derfor meget positivt på, at kommissionen foreslår, at den ansvarlige myndighed skal kunne etablere eller udbyde ”fokuserede almenmedicinske tilbud” i sammenhæng med øvrige sundheds- eller plejeindsatser målrettet bestemte grupper, fx modtagere af kommunal sygepleje eller borgere med ophold på midlertidige pladser.

### **Kvalitet og tryghed til patienter på midlertidige pladser**

I forlængelse af de seks anbefalinger fra kommissionen mener vi, at det er helt afgørende, at der uanset struktur, og en gang for alle, kommer styr på midlertidige kommunale pladser, som i dagens sundhedsvæsen er vokset frem i en uklar og underbelyst gråzone mellem sundheds- og servicelov. Igennem mange år har Ældre Sagen påpeget, at der ikke er styring af kvalitet på pladserne, og at der med deres udbredelse opstår urimelig brugerbetaling i sundhedsvæsenet. Det burde være en selvfølge, at vi som samfund kan love ensartet kvalitet i pleje og behandling for ældre patienter uanset, hvor man som patient behandles.

På de fleste midlertidige pladser mangler der kompetencer, udstyr og medicin, hvis man sammenligner med indlæggelse på et sygehus. Der er ingen klare tal for antal pladser og antal patienter, for slet ikke at tale om helt almindelig sundhedsstatistik som dødelighed og genindlæggelser fra pladserne. Der mangler deciderede kvalitetskrav til plejen og behandlingen til patienter på midlertidige pladser – kun for patienter, der får pleje fra akutfunktion eller på en akutplads, er der tryghed for kvalitetskrav fra Sundhedsstyrelsen. Det betyder i praksis, at det er et postnummerlotteri for patienterne, hvilken kvalitet de udsættes for. Som kommissionen beskriver, er det usystematisk, hvorvidt der er faste samarbejdsaftaler, så fx sygehuslæger kommer på stuegang på midlertidige pladser. Vores kendskab fra medlemmers erfaringer svarer helt til kommissionens konstatering af, at det i

---

<sup>2</sup> <https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/viden-og-tal/analyser-og-undersogelser/2020-analyse-en-vaerdig-behandling-091020>

praksis er vanskeligt at skelne mellem, om en borger tilbydes et ophold som en akutplads eller en midlertidig plads. Denne situation, mener vi selvsagt, er helt uholdbar.

Vi vil derfor som supplement til de tværgående anbefalinger foreslå, at der kommer klare krav til kvalitet i pleje og behandling til patienter på midlertidige pladser, og herunder at pladserne hører ind under sundhedsloven.

I denne sammenhæng er det i øvrigt relevant at understrege behovet for midlertidigt ophold til aflastning, og at der bør være tryk for denne mulighed fremadrettet.

### **Hjælpemidler og behandlingsredskaber**

Vi er enige med kommissionen i, at hjælpemiddelområdet har stor sammenhæng med sundhedsområdet. På baggrund af vores kendskab til medlemmers erfaringer ser vi behov for, at der som supplement til de seks tværgående anbefalinger fokuseres på at løse hjælpemiddelområdet med en kommende sundhedsreform.

Som kommissionen påpeger, kan samme produkt være et hjælpemiddel (fra kommunen) eller et behandlingsredskab (fra sygehuset) afhængig af kontekst. Dette betyder i praksis, at der kan opstå kassetænkning, og det har igennem mange år været et uløst problem at få klare rammer for, hvordan der skal skelnes. Ældre mennesker med behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber står som taberne i denne interessekonflikt. Ny tal viser, at 45 pct. 80+-årige har fået udlånt et hjælpemiddel, og at der (med forbehold for forskel i køns- og alderssammensætning) er stor variation på kommunalt niveau.<sup>3</sup> Senest har vi desuden hørt fra hundredvis af medlemmer, som er kommet i klemme i afgrænsningen mellem kommune og region i vurderingen af om kompressionsstrømper er et hjælpemiddel eller et behandlingsredskab. Disse mennesker er i limbo mellem kommuner og regioner, der hver især vurderer, at det ikke er deres bord at bevilge støttestrømper – et klassisk kassetænkningseksempel. Det efterlader dem, der har brug for støttestrømper med en udgift, der kan løbe op i flere tusinde kroner.

Det bør fremover være sådan, at man kan få udleveret et egnet hjælpemiddel efter en terapeutfaglig vurdering, og at man får faglig kompetent vejledning i brugen, så man i størst mulig grad kan klare sig selv. Der bør være en entydig ansvarsplacering af, hvor man kan få udleveret et hjælpemiddel, og hvem der betaler for hjælpemidlet (uden brugerbetaling).

### **Altafgørende for reform med stor opgavesamling, så der er sammenhæng i sundhed, ældrepleje og plejehjem**

Kommissionen beskriver tre overordnede former for opgavesamlinger, stor, mellem og mindre. Vi noterer os, at kommissionen ud af de tre vurderer, at en stor opgavesamling (dvs. sundhedsopgaver i kommuner, ældrepleje og plejehjem samles med sygehus og praksissektoren) har det størst mulige potentiale for sammenhæng for mennesker, der har forløb på tværs af sektorer – netop det, der kendetegner forløb for ældre mennesker med behov for behandling, hjælp og støtte. Vi er enige i, at myndigheden vil kunne arbejde med blik for at forebygge og prioritere hen over kæden af tidlige forebyggende indsatser, behandling, opfølgning og rehabilitering. Indsatser, som vi anser for højst relevante for målgruppen af ældre patienter med flere sygdomme. Selvom der vil være snitflader til socialområdet, vurderer vi, at for ældre, der modtager sundheds- og plejeydelser vil en stor

---

<sup>3</sup> <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=53011>

opgavesamling være en væsentlig forbedring sammenlignet med situationen i dag, fordi der vil komme bedre sammenhæng.

En mere omfattende opgavesamling vil også forbedre mulighederne for, at sundhedsvæsenet – sådan som Ældre Sagen flere gange har anbefalet - kan arbejde med en ”pakke-model” i lighed med det, der med succes er gennemført på fx kræftområdet. På kræftområdet er erfaringerne, at pakkerne har skabt et fælles fokus på, at sundhedsvæsenets indsats skal og kan optimeres. Samme intention og ambition bør gælde over for ældre med flere sygdomme.

På denne baggrund ser Ældre Sagen behov for, at der med en ny struktur sættes ambitiøst ind med en opgavesamling, der omfatter såvel sundhedsopgaver som ældrepleje og plejehjem.

#### *Plejehjemsbeboere skal have lige adgang til sundhed og omsorg*

Det er vigtigt for Ældre Sagen, at plejehjemsbeboere har lige adgang til sundhedsvæsenet og ældreplejen, hvorfor vi ikke mener, det er bæredygtigt at udskille plejehjem fra en samling af sundhed og ældre. Blandt andet fordi plejehjems kapaciteten ikke er blevet udbygget de seneste årtier, og visitationen derfor er blevet stadig mere stram, er helbredstilstanden hos plejehjemsbeboere blevet markant forværret. Ældre på plejehjem har ofte flere sygdomme, et stort flertal har kognitive problemer som fx demenssygdomme, og der er et højt medicinbrug. Vi mener, det vil være sundhedsmæssigt uforsvarligt, hvis ikke plejehjem ses som en del af den samlede sundheds- og omsorgsopgave. Hvis ikke dette sker, kan plejehjemsbeboere risikere som de eneste patienter at stå uden for et samlet sundheds- og omsorgsvæsen og blive spist af med discountløsninger.

Det er vigtigt for os at understrege, at et plejehjem er noget andet end et sygehus; man lever i gennemsnit ca. - 2½ år på et plejehjem. Det er afgørende for livskvaliteten at sikre, at plejehjem er hjem med omsorg for den enkelte og med hjemlighed, tilbud om sociale aktiviteter og indretning til den enkeltes ønsker og behov. Det giver sig selv, at vi mener, det fortsat er vigtigt at få plejehjems læger tilknyttet alle plejehjem.

#### *Udnyt potentiale for forebyggelse i ældreplejen*

Det er afgørende for Ældre Sagen, at en stor opgavesamling ikke baseres på et alderskriterium. Derudover bør praktisk hjælp og madservice ikke adskilles fra de øvrige opgaver i ældreplejen, men ses som en integreret del. Vi ser tværtimod, at der er behov for at styrke et hidtidigt uudnyttet potentiale i forebyggelse i ældreplejen: vi bør styrke genoptræning og rehabilitering, samt anerkende det forebyggende potentiale i hjælp, støtte og madservice, så ældre kan trives i hverdagen, og indlæggelser i sygehusvæsenet kan forebygges.

#### *Omsorgstandplejen skal integreres med og prioriteres som del af sundheds- og omsorgstilbud*

Vi er uenige med kommissionens vurdering af, at omsorgstandpleje ikke har tæt sammenhæng med sygehus og almen praksissektor. Vi mener tværtimod, at omsorgstandpleje har et væsentligt potentiale for forebyggelse, og at det derfor er vigtigt, at omsorgstandplejen integreres og styrkes i behandlingsforløb i langt højere grad end i dag. Ældre Sagen havde derfor gerne set, at omsorgstandplejen indgik i anbefalingerne til opgavesamling.

God mundhygiejne nedsætter bl.a. forekomsten af lungebetændelse og dødelighed på grund af lungebetændelse hos beboere på plejehjem. Studier viser bl.a., at god mundhygiejne kan

forebygge omkring hvert tiende tilfælde af dødelig lungebetændelse hos svage ældre, og at cirka 500 indlæggelser hvert år kan undgås ved bedre mundhygiejne på hospitaler og i primærsektoren<sup>4</sup>. God mundhygiejne er afgørende for ens sundhed, når man er ældre, og det handler ikke kun om at forebygge tandsygdom og betændelse i tænder, mund og kæber, men også om at forebygge betændelsessygdomme andre steder i kroppen – hvilket klart gør indsatsen relevant for det samlede sundhedsvæsen.

Med den nuværende struktur bliver op mod halvdelen af de ældre, der er berettiget til omsorgstandpleje, ikke visiteret, og der er store tværkommunale forskelle i forhold til visitationspraksis og fokus på forebyggelse. Der er derfor behov for, at omsorgstandplejen prioriteres højere, samt at der som en del af en kommende helhedspleje prioriteres mundsundhed til ældre mennesker, der ikke selv har mulighed for at varetage dette.

*En lille opgavesamling fjerner ikke, men flytter blot sektorovergang*

Endeligt vil vi påpege, at vi anser den såkaldte lille opgavesamling for mere eller mindre det, vi har i dag – her er det svært at se nogen reform. Enten kan det betyde, at nogle sundhedsopgaver fx midlertidige pladser overgår til regioner, eller at det bliver en tværkommunalt drift. Der vil i vores øjne fortsat være et massivt problem med sektorovergange – blot vil de flyttes, og der vil være u hensigtsmæssige snitfladeproblemer med fx at adskille del af sygepleje og genoptræning mellem to enheder. Det vil alt andet lige hverken skabe sammenhæng i sundhed og ej heller understøtte en helhedspleje som tiltænkt i den kommende ældrelov.

### **Ønske om organisering, der kan løfte et samlet sundheds- og ældreplejetilbud**

For Ældre Sagen er det altafgørende, at ansvaret for sundhedsområdet og ældrepleje, herunder plejehjem, samles under samme myndighed. Patienterne har brug for sammenhæng og helhed i deres forløb. Der er brug for et samlet og entydigt ansvar, der ligger hos én myndighed, for at forebygge indlæggelser og fremme den enkeltes trivsel. Det handler om at hindre, at patienter bliver klemte i den kassetænkning, der i dag fører til manglende forebyggende indsatser og usammenhængende forløb frem og tilbage mellem sygehus og kommune.

Vi ser ikke for os, at der med en stor opgavesamling skal flere opgaver til de eksisterende kommuner. I 2019 viste en undersøgelse fra VIVE - Det Nationale Forsknings- og analysecenter for Velfærd, at 73.000 ældre ikke fik den hjælp fra kommunen, de havde brug for. Nye hjemmehjælpstal fra Danmarks Statistik viser, at der nu er skåret endnu mere ned på hjemmehjælp<sup>5</sup>. Vi frygter, at det betyder, at der i dag sidder endnu flere svækkede ældre, der ikke får den hjælp, de har brug for, og vi ønsker ikke et scenarie, hvor ældre med behov for sundhedsydelse ikke får det – fordi tildelingen af ydelser i meget høj grad sker ud fra politiske og økonomiske prioriteringer og ikke sundhedsfaglige.

Vi ønsker i stedet et sundhedsvæsen og en ældrepleje, hvor behov vurderes fagligt kombineret med patientinddragelse og selvbestemmelse fremfor situationen i dag, hvor der er politisk-administrative afgørelser for, hvilken kvalitet i ens behandling man kan få, og om man overhovedet kan få et tilbud.

---

<sup>4</sup> <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/arkiv/fag-forskning-argang-2021-nr-2/tandboerstning-kan-forebygge-alvorlig-sygdom/>

<sup>5</sup> <https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/presse/nyheder/alarmerende-udvikling-i-hjemmehjaelpen>



Det entydige myndighedsansvar er vigtigere for Ældre Sagen end, at der indføres specifikt en af de tre foreslåede modeller. I det følgende har vi dog kommentarer til hver af de tre modeller.

#### Model 1: Sundheds- og omsorgsregioner – størst potentiale for sammenhæng

Vi er enige med kommissionen i, at model 1 har det stærkeste potentiale af de tre for at skabe sammenhæng i patientforløb, i og med at en ledelse vil få samlet fagligt, økonomisk og ledelsesmæssigt ansvar for at sikre sammenhæng for patienterne til forskel fra den nuværende sektoropdelte organisering. Vi foretrækker derfor model 1 ud af de tre foreslåede modeller.

Samtidigt finder vi det hensigtsmæssigt, at der iflg. kommissionen vil være bedre mulighed for at sikre, at midler, der centralt bevilges for at styrke ældreplejen, rent faktisk anvendes til dette formål og ikke, som det ofte ses i dag, anvendes på andre kommunale ansvarsområder.

Vi er enige i, at der er brug for en statslig styring af opgaver på tværs af disse sundheds- og omsorgsregioner for at sikre faglig bæredygtig opgaveløsning. Det er fx vigtigt, at der er mulighed for at kunne komme til specialiserede behandlinger og personale, de såkaldt specialiserede funktioner, uden for ens bopælsregion.

Med en organisering i 8-10 lokale enheder, mener vi at en national ensartet kvalitetsramme er en klar forudsætning for at fremme ensartet kvalitet. Det er vigtigt for os at understrege, at den nye organisering ikke må åbne for 8-10 forskellige kvalitetsniveauer, et for hver enkelt sundheds- og omsorgsregion og herunder nærudvalg. Det er helt nødvendigt at afskaffe det nuværende postnummerlotteri for patienterne og i stedet sikre tryghed for ensartet kvalitet uanset, hvor man behandles og plejes. Dette forudsætter netop en national sundheds- og omsorgsplan, herunder for at sikre at midler prioriteres til ældrepleje og plejehjem i nødvendigt omfang og ikke kun til sygehuse.

Ud fra et demokratisk hensyn hilser vi det velkomment, at der fortsat er et politisk lokalt niveau med valg til de foreslåede regionale enheder.

#### Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen – usikkert om der lokalt vil skabes sammenhæng

Vi noterer os med en vis bekymring, at kommissionen vurderer, der med en statslig model principielt sikres sammenhæng i patientforløb, men at der er risiko for, at der vil komme interne snitflader med fællestræk til det nuværende sundhedsvæsen. Vi har desuden noteret os kommissionens bemærkninger om store afstande i organisationen og deraf mangel på nærværende politisk ledelse over for lokal drift, hvilket skaber risiko for, at problemer ikke vil blive adresseret.

På denne baggrund vil vi være bekymrede for, at det vil blive for fjernt med en statslig politisk styring af opgaver tæt ved patienter, og at der vil mangle det politiske led og ansvar lokalt for at sikre sammenhæng. Derfor vurderer vi i mindre grad denne model som relevant.

#### Model 3: Sundhedsregioner - sikrer ikke ældres behov for sammenhæng

Ud fra kommissionens vurdering af modellens betydning for sammenhæng, finder vi, at dette er den mindst interessante model, da man bevarer en sektoropdeling mellem kommuner og regioner, uanset om der er tre eller fem regioner. I det omfang, der vil blive flyttet opgaver, er der kun tale om en mindre opgavesamling. Vi ser på linje med

kommissionens vurdering en betydelig risiko for, at der udvikles ny barrierer og sektorovergange, hvis fx dele af sygeplejen og dele af genoptræning flyttes og adskilles fra øvrig sygepleje, genoptræning og ældrepleje. Det giver fra ældres perspektiv ingen mening at adskille sygepleje i almindelig sygepleje og akutsygepleje, da der ofte vil være behov for begge dele hos ældre med flere sygdomme. Behovet er i stedet at fx sygehuspersonalet samarbejder tæt med hele sygeplejen og ældreplejen for både at fremme trivsel i det daglige og forebygge (gen)indlæggelser.

Den mindre grad af opgavesamling knyttet til model 3 vil efter vores bedste vurdering stadig efterlade massive udfordringer relateret til sektorovergange og matcher derfor ikke vores ønske om mere sammenhæng – populært sagt vil man for de patienter, der i dag falder mellem to stole, blot have flyttet lidt på stolene.

Som udgangspunkt er vi desuden skeptiske over for forslaget om, at demografimidler givet til regioner målrettes det primære sundhedsvæsen forstået som almen praksis og indsatser, der kan løses i kommuner for at forebygge indlæggelser. Vi ser allerede i dag problemer med at sikre, at demografimidler til kommuner, udløst pga. flere ældre, reelt i praksis går til ældreområdet. Vi stiller os derfor tvivlende overfor, at det at flytte demografimidler fra sygehussektoren reelt vil sikre en forebyggende indsats i kommuner. Vi er også bekymrede for kvaliteten af behandlingen på sygehus, hvis sygehusene ikke får tilført nogen demografimidler, når der kommer flere ældre.

### **Patientrettigheder skal udvikles og følge med i et ændret sundhedsvæsen**

De fremlagte opgavebeskrivelser fra kommissionen tager udgangspunkt i eksisterende lovgivning. Den nuværende lovramme er desværre ikke tilpasset den hidtidige udvikling i sundhedsvæsenet, hvor behandling og pleje er flyttet dels fra sygehus, dels fra eget hjem til lokaliteter i det nære sundhedsvæsen som fx sygeplejeklinikker og midlertidige døgnpladser. Det har betydning for patienters rettigheder, der i mange tilfælde er knyttet til behandling og pleje på sygehus eller i eget hjem. Når behandling flyttes, er der behov for, at patientrettigheder konsekvent flyttes med og tilpasses et ændret sundhedsvæsen.

Vi ser derfor behov for, at der i sammenhæng med en sundhedsreform som supplement sikres følgende vilkår.

#### *Ret til befordring skal tilpasses patienters behov i et nyt sundhedsvæsen*

Transporttilbud skal være sammenhængende med selve behandlingen og med udgangspunkt i patientens behov. Derfor skal der i sammenhæng med en sundhedsreform som supplement sikres, at der er:

- ret til befordring til sygepleje, så det kommer med i sundhedsloven på lige vilkår med retten til befordring til behandling på sygehus og hos læge. Befordring til sygeplejeklinikker og til midlertidige pladser er med den nuværende hjemmel til befordring under sundhedsloven ikke dækket, hvilket ikke er tidssvarende, da mere og mere kommunal sygepleje, tidligere ”hjemmesygepleje”, foregår uden for eget hjem.
- ret til befordring på tværs af nye enheder som fx sundheds- og omsorgsregioner og til behandling i anden region. Vi forudser på linje med kommissionens vurdering, at flere patienter får brug for behandling på tværs af nye regioner, da der med flere regionale enheder vil være færre regioner, der kan dække det nuværende specialfunktionsniveau (regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau).

- ret til befording med ledsager, da det er afgørende at kunne have en pårørende med til behandling og kontakter i sundhedsvæsenet.

Befording skal desuden sammen med det udvidede fri sygehusvalg tilpasses en eventuel ny organisering og struktur, så man kan blive behandlet på sygehus uden for ens hjemmeregion.

#### *Stop for brugerbetaling på midlertidige døgnophold i det nære sundhedsvæsen*

Når behandling flyttes fra sygehus til det nære sundhedsvæsens midlertidige pladser, betyder det, at patienter mødes med brugerbetaling på medicin, kost og linned. Dette er til forskel fra, når patienter er indlagt på sygehus, hvor medicin, kost og linned følger med uden betaling som del af behandling. Kun på såkaldte akutpladser – som er op til den enkelte kommunes beslutning at etablere, og som kun udgør ca. 5 pct. af de midlertidige pladser – er kost og linned gratis som del af akutsygepleje, mens der stadig er betaling for medicin. Ældre Sagen er bekendt med tilfælde, hvor patienter står med en regning på flere tusinde kroner for kost, mv. – og for kørsel – i sammenhæng med et nødvendigt behandlingsophold. Via vores lokalafdelinger er vi desuden bekendt med, at der er store forskelle i døgntakster fra kommune til kommune.

Det skal derfor sikres, at patienter ikke påføres brugerbetaling for at kunne modtage nødvendig behandling, herunder pleje og genoptræning. Derfor opfordrer vi til at sikre:

- gratis kost, linned og vasketøj for patienter i behandling på midlertidige pladser uanset, om ophold er på akutplads eller på midlertidig plads.
- gratis medicin til patientens aktuelle behandling under midlertidigt ophold.

#### *Genoptræningsplan inkl. ernæringsindsats ved behov uden en indlæggelse*

I et fremtidigt sundhedsvæsen med mere behandling uden for sygehus ser vi det som et uønsket incitament, at det kræver en sygehusindlæggelse for at få en genoptræningsplan. Vi foreslår derfor, at det bør være muligt at få en genoptræningsplan ved egen læge, ideelt i form af et rehabiliteringsforløb inkl. en ernæringsindsats for at fremme en helhedsorienteret indsats.

#### *Styrket individuel og organisatorisk patientinddragelse*

Vi vil opfordre til, at der sikres rammer for en styrket organisatorisk patient- og pårørendeinddragelse i en ny struktur med eventuelle nye råd og udvalg. Vi ser behov for, at der i stil med de nuværende patientinddragelsesudvalg i forstærket omfang sikres systematisk inddragelse og dialog med patient- og pårørenderepræsentanter. Ældre Sagen har erfaringer fra de nuværende udvalg og bidrager gerne fremover.

For at fremme det bedst mulige forløb for den enkelte patient opfordrer vi desuden til, at der udvikles rammer for, at patient og pårørende systematisk inddrages. Det kan fx handle om løbende at inviteres i samtale om muligheder og valg, og at blive understøttet i at deltage i fælles beslutningstagen vedr. eget forløb. Det kan være relevant fx om egenomsorg, behandlingsstop og palliativ indsats. Dette vil harmonere med princippet om selvbestemmelse i en kommende ny ældrelov.

#### **”Plug in” til ældrelov**

Vores ønske om at se sundhedsvæsen og ældrepleje som et hele, gør det nødvendigt at tage hensyn til den nylige politiske aftale om en ældrelov. Der er med denne aftale udsigt til faste teams i ældreplejen, der kan sikre kontinuitet og understøtte en tidlig og forebyggende

indsats, hvilket passer godt til de ønsker, Ældre Sagen har udtrykt i dette høringssvar. Samtidigt vil der med et samlet ansvar for både sundhed og ældre kunne undgås kassetænkning. Selv om ansvaret for sundheds- og ældreområdet vil blive samlet under samme myndighed, kan opgaverne godt løftes der, hvor de løses bedst.

Vi ser også mulighed for, at almen praksis kan visitere til en pakke for helhedspleje, hvis konkrete indhold besluttet sammen med den ældre selv i hverdagen – det har vi efterspurgt med inspiration fra Buurtzorg-modellen i Nederlandene.

Ældre Sagen ser frem til regeringens udspil til en sundhedsreform og den endelige politiske aftale. Vi opfordrer klart til, at der indgås en visionær aftale, der løser de nuværende problemer med manglende sammenhæng og uens kvalitet – for patienternes skyld og til gavn for samfundet.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup  
Adm. direktør