

Kære Sundhedsstrukturkommission

På vegne af Dansk Selskab for Geriatri, Fagligt Selskab for Geriatrike Sygeplejersker og Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri har vi en række anbefalinger til fremtidens sundhedsstruktur i Danmark. Dette input til kommissionen er baseret på vores erfaringer og faglige viden inden for geriatri og gerontologi. Vi håber, at I vil tage dem i betragtning i jeres arbejde med at gentænke strukturen i sundhedsvæsenet.

Baggrund for anbefalingerne

Det danske sundhedsvæsen står overfor store udfordringer i form af mangel på personale og kompetencer, demografisk ændring og en betydelig geografisk skævhed i sundhedstilbud og sundhedsfaglige kompetencer. Den ældste del af befolkningen (80+ årige) vil i 2050 udgøre 10%, en 100% øgning i forhold til nu. Flere ældre vil leve med tiltagende kompleks multisygdom og være særligt sårbare i vores nuværende sektor- og siloopdelte sundhedsvæsen. Dette stiller særlige krav til forebyggelse, udredning, behandling, pleje og rehabilitering af ældre.

Vi er særligt opmærksomme på og fagligt bekymrede for forholdene på ældreområdet i kommunerne, de kommunale midlertidige pladser, akutmodtagelserne og i hospitalernes sengeafsnit, som behandler, plejer og rehabiliterer ældre med multisygdom og skrøbelighed. Det er nødvendigt at handle nu, for at sikre nok sundhedspersoner med de rigtige kompetencer i sundhedsvæsenet til at give ældre den rette individualiserede og specialiserede udredning, forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering i fremtiden.

Vi har fem anbefalinger, som vi mener kan styrke og udvikle vores sundhedsvæsen og forbedre sundhedsfaglige indsatser til ældre og et godt ældreliv.

Anbefalinger:

1. Styrk forebyggelse, løbende vurdering af kroniske sygdomme og sund aldring

Udfordring: De kommende generationer af ældre lader ikke til at være betydeligt sundere end tidligere. Andelen af ældre med flere diagnoser og behov for mange lægemidler er stigende og sundhedsvæsenet er ikke tilstrækkelig rustet til dette.

Forslag: Et godt helbred er en forudsætning for et godt ældreliv. Derfor er der både på individ- og samfundsniveau behov for et bredere fokus på forebyggelse og sundhedsfremmende tiltag. Dette kan ske gennem prioritering af uddannelse af ældre og deres pårørende, mere vidensdeling af ny forskning samt udvidelse af sundhedsfremmende tilbud og rådgivning på nationalt/regionalt niveau. Ældre med multisygdom er en heterogen gruppe og en individualiseret tilgang er derfor nødvendig.

- Befolningskampagner med inddragelse af forskningsresultater og med fokus på råd vedrørende sund aldring, kost, motion og sundhedsfremmende adfærd skal prioriteres.
- Der bør oprettes flere tilbud med mulighed for individualiseret rådgivning omkring træning, motion, kost, optimering af kroniske sygdomme og medicingennemgang.
- Der skal være nemmere adgang til specialistrådgivning og specialistkompetencer i primærsektoren. Det kan ske gennem udvidelse af videokonferencer, telefonisk specialistrådgivning, tværfaglig gennemgang i eget hjem, i almen praksis og på kommunale centre og der skal prioriteres tid til løbende medicingennemgang.
- Incitamentsstrukturen i almen praksis skal omtænkes, alternativt skal der oprettes ydelser, der anerkender at arbejdet med multisyge ældre er mere tidskrævende og kompliceret.
- Der bør etableres tilbud om struktureret medicingennemgang til ældre med mange lægemidler i fællesskab mellem sektorer.

Fokus på sund aldring, optimering af behandling og rehabilitering ved kroniske sygdomme og rigtig brug af lægemidler vil reducere behovet for sygehusophold og sikre flere ældres livskvalitet og muligheder for at leve et uafhængigt liv i højere trivsel.

2. Løbende fokus på rekruttering, tilknytning og kompetenceløft blandt sundhedspersoner, der arbejder med ældre

Udfordring: Ældreområdet søges traditionelt mindre end andre specialer og specialiserede tilbud til ældre viser geografisk ulighed (vedlagt). Ældre der lever med multisygdom har tiltagende komplekse behov, som kræver viden på specialistniveau.

Forslag: Succesfuld rekruttering forudsætter at uddannelsessøgende har kendskab til området og arbejdsopgaverne og at færdiguddannede løbende kan dygtiggøres. Specialistpersonale fra sekundærsektoren kan i samarbejde med primærsektoren løbende udføre gensidigt kompetenceløft i form af undervisning, vidensdeling og sparring.

Der skal være tilstrækkeligt med ældremedicinere, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter og plejepersonale med specialistkompetencer indenfor hele ældreområdet på tværs af sektorgrænser

- Undervisning i skrøbelighed, sårbarhed og multisygdom skal inkorporeres og prioriteres i højere grad under uddannelsen af alle sundhedspersoner. De særlige kliniske forhold og behov, der gælder for ældre, skal være en del af pensum i alle sundhedsuddannelser.
- Undervisning i emner som sårbarhed, skrøbelighed, demens, polyfarmaci, multisygdom og funktionsevnevurdering skal prioriteres i højere grad i både præ- og postgraduat undervisning.
- Der bør etableres en ny national specialuddannelse i geriatri for sygeplejersker og fysioterapeuter for at sikre mulighed for kliniske kompetencer til specialistniveau inden for pleje, funktionsevnevurdering og rehabilitering.
- Specialistpersonale skal løbende efteruddannes og bør være obligatorisk. Der kan oprettes nationale/regionale kurser, der målrettet efteruddanner af hhv. fysio- og ergoterapeuter, læger og plejepersonale i individualiseret udredning, pleje, funktionsevnevurdering, rehabilitering og behandling.
- Der bør prioriteres tid og ressourcer til gennemgang af gældende retningslinjer og vejledninger med fokus på patientinddragelse, håndtering af flere sygdomme samtidig og hvornår behandlingsregimer kan nedskaleres. Nye vejledninger til håndtering af multisygdom og polyfarmaci hos ældre bør ligeledes prioriteres med tid og ressourcer.

Arbejds miljø for plejepersonale i primær og sekundærsektoren skal løftes

- Den tværfaglige og tværsektorielle tilgang til pleje, udredning, behandling og rehabilitering af ældre multisyge patienter er komplekst og tidskrævende og fordrer inddragelse af flere faggrupper. Der er derfor behov for en anden normering på ældreområdet sammenlignet med andre områder.
- Vedvarende fokus på fysisk og psykisk arbejdsmiljø, vil føre til løbende tilknytning og fastholdelse, som sikrer et højt vidensniveau.

National dækning af sundhedspersoner med specialistkompetencer

Der er store geografiske forskelle i fordelingen af sundhedsfagligt personale og kompetencer.

- Der bør oprettes stillinger, der går på tværs af sektorer og geografi.
- Fleksible og bedre arbejdsforhold for personale i områder med mangel på personale/kompetencer bør sikres. For eksempel stillinger med vagtfrihed, planlægning af samlet arbejde i perioder med mulighed for overnatning, særligt løntilskud eller mulighed for arbejde under transport i form af telefon/videokonferencer samtidig med udvikling og styrkelse af teknologiske løsninger.

3. Udvid det tværsektorielle samarbejde

Udfordring: Ældres komplekse behov tilgodeses ikke i nutidens effektiviserede sundhedsvæsen. Det funktionsevnetab, der følger akut sygdom, fører ofte til svære begrænsninger og vedvarer i uger til måneder. Arbejdet omkring ældre kræver kompetencer fra alle sektorer og personalegrupper. Samarbejdet er vanskeliggjort af sektoropdeling og udfordringer med tværsektoriel kommunikation, hvilket medfører fejl og tab af viden. Tværsektorielle samarbejder og rehabiliteringsindsatser udfordres yderligere af manglende kompetencer generelt blandt sundhedsprofessionelle til anvendelse af den internationale klassifikation for funktionsevne (ICF) ligesom IT-systemer og derved den digitale kommunikation ikke tilstrækkeligt understøtter anvendelse af ICF som fælles sprog og klassifikation særligt på hospitalerne. Endelig, er vores erfaring, at der er geografiske forskelle og utilstrækkelig prioritering på direktionniveau af funktionsevnevurdering og rehabilitering under hospitalsindlæggelser.

Forslag: Sundhedsydelser til ældre skal tilbydes med bedre sammenhæng i organisationen og med rehabilitering som omdrejningspunkt. Alternativt skal ydelserne samles omkring patienten i stedet for på tværs af sektorer. Der er behov for et større samarbejde mellem akutteams, hjemmeplejen, hjemmesygeplejersker, kommunale fysio- og ergoterapeuter, almen praksis og hospitalerne i nærheden af den ældre.

- Oprettelse af delestillinger, der går på tværs af sektorer.
- Tættere ledelsessamarbejde eller delte ledelsesstillinger på tværs af sektorer.
- Utvetydig ledelsesmæssige prioritering og forankring af rehabilitering på hospitaler i alle ledelseslag med særligt ansvar for implementering og udvikling af rehabilitering under indlæggelse og i formaliserede gensidigt forpligtende samarbejde med kommunale rehabiliteringsledere mhp. at sikre smidige sektorovergange.
- Funktionsevnevurdering og rehabilitering skal anses som en del af kerneopgaven på ældremedicinske hospitalsafdelinger på lige fod med medicinsk udredning og behandling.
- Behandlingsansvaret udvides med gensidig forpligtelse og smidig overlevering mellem aktører.
- Nye nationale kvalitetstandards, som sikrer et højt og ensartet fagligt niveau.

En anden mulighed kan være at oprette organisationer omkring sundhedsklyngerne, hvor alle aktører og sundhedspersoner, som ældre har brug for, er samlet under en ledelse og samme økonomi.

Tilstrækkelig antal sengepladser til ældre, der har behov for indlæggelse på hospitaler og på midlertidige ophold på kommunale døgnpladser

Antallet af sengepladser på hospitaler er lavere end nogensinde pga. planlagt nedgang i senge og yderligere lukning pga. sygeplejemangel, mens den generelle belægningsprocent er højere og indlæggelsestiden er hastigt faldende. Antallet af pladser på kommunale døgnpladser er i stigning og bruges i forlængelse af korte indlæggelser. Her er der ikke adgang til samme kompetencer og udredning- og behandlingsmuligheder. Opgaver som før blev varetaget på hospitalerne, er rykket ud i kommunerne og derfor skal kompetencer fra hospitalerne følge med.

Bedre tværsektorielt digital kommunikation

- Der skal udvikles en fælles digital løsning, der tillader smidig udveksling af opdaterede data på tværs af sektorer og fagligheder.
- Alle sundhedspersoner bør have adgang til samme data. I det nuværende sundhedsvæsen går data tabt og der foretages dobbelt dokumentation.
- Samarbejdet omkring ældre kan øges ved at udnytte muligheden for telemedicin og videokonferencer med og uden den ældre.
- Fuld integration af den internationale klassifikation for funktionsevne (ICF) på tværs af sektorer.

Tilgængelighed af grundige helhedsvurderinger af ældre og muligheder for udredning og behandling i hjemmet/på kommunale døgnpladser

- Der er behov for flere individualiserede tværsektorielle forløb med tættere sparring mellem almen praksis, kommuner og hospitaler under fælles ansvar.
- Udredning og behandling skal udføres, hvor det giver mest mening for den ældre.
- Der skal udvikles gennemgående forløb på tværs af sektorer og eksisterende løsninger som hospital i hjemmet/hjemmebehandling, subakutte ambulante vurderinger og telefonisk/videokontakt til speciallæger på hospitaler skal styrkes.

Det kræver grundig helhedsvurdering, undersøgelse og prøvetagning for at skelne mellem alvorlige og harmløse tilstande hos ældre. Dette er ikke nemt tilgængeligt i primærsektoren, specielt uden for dagtid i hverdage, hvilket resulterer i u hensigtsmæssige ophold i akutmodtagelserne i aften- og nattetimerne. Det lægger et unødvendigt pres på akutmodtagelserne og er ikke i den ældres interesse. Eksisterende og nyudviklede tilbud og arbejdsformer bør evalueres forskningsmæssigt.

4. Differentiering af tilbud geografisk

Udfordring: Forskellige geografiske forhold og muligheder for sundhedstilbud kan føre til ulighed i sundhed.

Forslag: Udredning og behandling i primærsektoren og det nære sundhedsvæsen bør styrkes med flere tilbud.

- Øget brug af hospital i hjemmet, hvor de geografiske forhold tillader det.
- Bedre samarbejde med akutteams og sparring mellem sektorer.
- Det skal være en faglig vurdering, hvad der i de enkelte tilfælde vil være det bedste tilbud og patienten skal inddrages i samtale om muligheder og valg.

De ovenstående anbefalinger vil generelt føre til flere og bedre muligheder for ældre, men der vil være behov for politisk prioritering og at sundhedspersoner tager fagligt ansvar i fællesskab med de ældre om pragmatiske løsninger.

5. Øg patientinddragelsen, prioritering af samtaler om livets afslutning og styrk den palliative indsats

Udfordring: Ovenstående anbefalinger forudsætter inddragelse af patienter og pårørende. Ligesom et større udvalg af sundhedsfaglige tilbud, som foreslået ovenfor muliggør større hensyn til den enkeltes præferencer og livsvalg. Dette giver mere værdighed og respekt for mennesket. Mange diagnostiske undersøgelser viser sig at være uden behandlingsmæssig konsekvens og en del patienter udsættes for overbehandling og overdiagnosticering. Der er påvist geografisk ulighed i adgang til palliation og kræftdiagnoser er overrepræsenteret i forhold til andre sygdomme i terminalt forløb. Der er et stort behov for mere viden om den basale palliation. Langt de fleste ældre dør hjemme eller på hospitaler.

Forslag: Et øget fokus på inddragende samtaler om behandlingsmuligheder, herunder fravalg af behandling og planlægning af den sidste tid, vil kunne nedbringe unødvendig diagnostik og behandling og øge respekten og autonomien for det enkelte individ. Dette kræver løbende inddragelse af ældre og pårørende og uddannelse af sundhedspersoner i at tage initiativ til samtaler, som kan være svære og planlægning af den sidste tid samt en udvidelse af muligheder for den palliative indsats.

- Uddannelse i samtale og palliation af alle personalegrupper for at øge graden af patientinddragelsen og i at få patienternes præferencer frem
- National udbredelse af "Fællesbeslutningstagen" fra Danske Patienter
- Større fokus på patientens autonomi og ret til at fravælge udredning og behandling, efter grundig information og inddragelse
- Styrkelse af sundhedspersoners kompetencer indenfor basal og specialiseret palliation
- Prioritering af flere sengepladser til specialiseret palliation på tværs af sektorer
- Mere forskning i den basale palliative indsats og udvidelse af den palliative database

Oktober 2023

Dansk Selskab for Geriatri

Fagligt Selskab for Geriatiske Sygeplejersker

Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri

På vegne af ældre med multisygdom og skrøbelighed vil vi gerne bidrage til arbejdet med fremtidens Sundhedsvæsen. Vi står til rådighed for dialog, vidensdeling og ideudveklung.

For uddybende kommentarer kan Forperson for Dansk Selskab for Geriatri, Martin Schultz kontaktes:

martin.schultz@regionh.dk