

Høring over Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

2.1 Sundhedsklynger

Den nye organisering med sundhedsklynger danner rammen for mere samarbejde mellem kommuner og regioner, men Ældre Sagen vurderer, at det er et utilstrækkeligt tiltag i forhold til at sikre lighed, sammenhæng og kvalitet i sundhedsvæsenet for det stærkt voksende antal ældre patienter med flere sygdomme. Ældre Sagen havde gerne set, at vejledningen var mere konkret i forhold til, hvordan klyngerne skal sikre lighed, sammenhæng og kvalitet i klyngesamarbejdet særligt for ældre patienter.

Ældre Sagen mener, at der er behov for:

- yderligere fokus på mulighederne for fælles ledelse og økonomi mellem region og kommuner for fælles ældre patienter
- ensartede krav til kvalitet, kompetencer og indsatser til ældre patienter med flere sygdomme på tværs af klyngerne
- øget adgang til data fra kommuner.

Fokus på fælles økonomi og ledelse for fælles patienter bør styrkes

I aftalen mellem regeringen, Danske Regioner og KL om sundhedsklynger er der aftalt 80 mio. kr. i fælles midler til drift og indsatser på tværs i sundhedsvæsenet. Ældre Sagen savner et større fokus på mulighederne for fælles økonomiske rammer i vejledningen.

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 og kommune – igen med særlig 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. Ældre Sagen er generelt bekymret for, at sundhedsklyngerne bliver et ekstra bureaukratisk led uden reel mulighed for at handle.

Ny organisering med klynger kan ikke alene sikre patienter sammenhæng og kvalitet
Ældre Sagen er bekymret for, hvorvidt sundhedsklyngerne 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. 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 er opmærksom på arbejdet i sundhedsstrukturkommission mv., der bl.a. skal sikre mere ensartet kvalitet, men opfordrer til, at der også i klyngesamarbejdet forsøges at arbejde på tværs af klyngerne, og at muligheden for dette fremstår tydeligere i vejledningen.

Samarbejdet på tværs af klynger er afgørende, indtil klyngesamarbejdet suppleres med en ny handlingsplan, forløbs- eller pakkeplan for ældre medicinske patienter og/eller ældre patienter med flere sygdomme. På denne måde kan der nationalt udstikkes krav til indsatser for fx forebyggelse af indlæggelser og opfølgning efter indlæggelse. Uden en supplerende landsdækkende politisk aftalt plan for indsatser, kvalitet og kompetencer frygter vi, at patienter, særligt ældre, fortsat bliver ufrivillige deltagere i et postnummer-lotteri. 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.

2.1.1. Populationsansvar i sundhedsklyngen

Ældre Sagen finder det helt afgørende og positivt, 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.

Ældre Sagen mener, at det er helt afgørende, at ældreplejen indtænkes i sundhedsklyngens populationsansvar. Det bør således tydeliggøres i vejledningen, 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.

2.1.2 Dataunderstøttelse

Øget adgang til data fra kommuner er vigtigt som grundlag for aftaler om indsatser i sundhedsvæsenet lokalt og nationalt.

Ældre Sagen noterer sig, at der er fokus på, at data er vigtige i udvikling af sundhedsvæsenet, både for klynger og sundhedssamarbejdsudvalg, samt at der med programmet "Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen" skal tilvejebringes en national indsamling af data for det nære sundhedsvæsen.

Det er helt afgørende, at data fra det kommunale sundhedsvæsen understøtter datadrevet kvalitetsudvikling, sammenhængende patientforløb, planlægning mv. - ikke mindst i lyset af, at der er lagt op til styrket omstilling til det primære sundhedsvæsen. Vores erfaring er desværre, at sundhedsdata på kommunalt niveau synes svære at få adgang til på landsplan og/eller er behæftet med usikkerhed, hvorfor dele af vores sundhedsvæsen, dvs. det der sker i kommunen før og efter en indlæggelse, foregår uden et samlet overblik.

Vi savner krav til data i vejledningen på:

- omfang og brug af midlertidige kommunale pladser og akutpladser
- brug af hjemmesygepleje, herunder akutfunktioner
- omfang af brugerbetaling i sammenhæng med hjemmesygepleje, fx under ophold på midlertidige pladser
- udbredelse af plejehjemslæger
- typer af kommunale genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser
- genoptræningstilbud.

Sådanne data, mener vi, er et vigtigt grundlag for datadreven udvikling både på landsplan, lokalt, i klyngesamarbejdet og som grundlag for sundhedsaftalerne. Det bør derfor fremgå af vejledningen, at disse data bør monitoreres i klyngerne.

2.1.7 Deltagere

I Ældre Sagen noterer vi med tilfredshed, at inddragelse af patienter og pårørende har en central plads i sundhedsklyngerne såvel via patientinddragelsesudvalgene som muligheden for at inddrage repræsentanter for patienter og pårørende, der ikke er repræsenteret i patientinddragelsesudvalg.

Det bør beskrives i vejledningen, hvordan man kan inddrage repræsentanter, og hvordan man i klyngerne kan sikrer ressourcer og kompetencer til inddragelse samt kompetenceudvikling for patient- og pårørenderepræsentanter.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør