

Sådan styrker vi det nære sundhedsvæsesens tilbud til ældre patienter

Ældre i dagens Danmark lever længere. Og heldigvis for det! For vi ønsker alle, at vi selv og vores nærmeste kan leve et godt, langt og trygt liv. Også i livets efterår, og også selvom vi bliver ramt af sygdom.

Ældre@Sagen **KL**

Men når vi bliver flere ældre, og når flere også har en eller flere kroniske sygdomme, så udfordrer det sundhedsvæsenets ressourcer.

For det første øger det presset på sygehusene og kommunerne. Vi kan fx se, at ældres indlæggelsestid på sygehusene bliver kortere og kortere. Det er egentlig som udgangspunkt positivt, for som ældre kommer man hurtigere til hæfterne i vante omgivelser.

Skal man komme sig godt og hurtigt, forudsætter det imidlertid, at kommunerne og almen praksis er klædt på til at tage vare på ældre, når man bliver udskrevet fra hospitalet til behandling, pleje og rehabilitering i ens nærmiljø.

Sådan er det desværre ikke altid i dag. For ofte kommer ældre i klemme, fordi medarbejderne i sundhedsvæsenet mangler tid, kompetencer og de nødvendige rammer for at levere en ordentlig faglig indsats. Det gælder ikke mindst i kommunerne.

For det andet ser vi, at mange ældre i dag ender med at blive indlagt for noget, som kunne være forebygget, hvis tiden og kompetencerne havde været til stede i nærmiljøet. Det kan fx være blærebetændelse, dehydrering eller en lungebetændelse.

Sådanne indlæggelser skal tages i opløbet, når det er muligt. For en tur på hospitalet kan være hård for skrøbelige ældre, og hvem vil ikke ønske at slippe for at blive indlagt med blå blink, hvis alternativet er en patientsikker og tryk behandling derhjemme. Samtidig lægger de ekstra indlæggelser yderligere pres på sygehusene.

For os i Ældre Sagen og KL er der ingen tvivl: Der er brug for, at vi forandrer og forbedrer den måde, vi gør tingene på i dag, så skrøbelige ældre sikres den nødvendige sammenhæng og kvalitet i indsatsen på tværs af sektorer og på tværs af sundhedslov og servicelov.

Og skal vi forbedre tingenes tilstand, er der behov for at tænke nyt. Derfor fremlægger vi nu 13 fælles forslag til, hvordan behandlingen af ældre kan styrkes. Så vi sikrer tidssvarende rammer, så medarbejderne i kommunerne understøttes i at levere en ensartet høj faglighed i hele landet.

For at vise hvad de 13 forslag kan betyde for de ældre patienter, har vi på bagsiden beskrevet to fremtidige forløb for indsatsen til ældre patienter.

Trygge rammer, når ældre udskrives fra sygehus til pleje og behandling i nærmiljøet

Ældre patienter opholder sig i gennemsnit ganske få dage på sygehus, når de er indlagt - fra otte dage i 2007 til godt fem dage i 2021 blandt 80+-årige. Det er et fald på 35 pct. Det er på mange måder en god udvikling, men det stiller krav til det øvrige sundhedsvæsen.

Når ældre mennesker udskrives fra sygehuset, har de i højere grad behov for fortsat pleje og behandling end tidligere. Data for hjemmesygepleje i halvdelen af landets kommuner viser, at fra 2017 til 2021 er andelen af ældre mennesker over 80 år, der efter udskrivning fra sygehus har brug for hjemmesygepleje i mere end tre dage, steget fra 23 til 36 pct. Det er en voldsom stigning på få år. Og det er sket uden tilsvarende national finansiering.

Hurtigere udskrivelser og korte udredningsforløb af ældre patienter på sygehusenes akutmodtagelser presser kommunerne på kompetencer og kapacitet, og det sker jævnligt, at medarbejderne mangler oplysninger fra sygehuset. Det forsinket det videre behandlingsforløb og skaber utryghed blandt medarbejdere, patienter og deres pårørende.

Ofte er ældre patienter, der udskrives til videre behandling i nærmiljøet, så dårlige, at kommunen ikke kan tilbyde sygepleje i eget hjem, men skal tilbyde ophold på en akutplads eller en midlertidig plads, indtil tilstanden er stabiliseret. Tal fra 16 kommuner, der systematisk opgør, hvor borgere på de midlertidige pladser henvises fra, viser, at godt 70 pct. kommer direkte fra sygehuset. Resten er henvist fra eget hjem af egen læge eller henvist direkte fra den kommunale visitation.

Indenfor de seneste 15 år har der generelt været et markant fald i sengepladser på sygehusene og et stigende antal midlertidige pladser i kommunerne. KL estimerer, at der i dag på landsplan er op mod 3.800-4.000 midlertidige pladser i kommunerne.

Ældre Sagen og KL foreslår:

- En **national ramme** for behandlingen af skrøbelige ældre patienter, som ikke skal være på sygehus. Det skal sikre en ensartet og kendt kvalitet i den sundhedsfaglige behandling i nærmiljøet. En national ramme skal følges op med den nødvendige finansiering og et udvidet lægefagligt medansvar fra sygehusene og almen praksis.

- En **national økonomisk model** med incitament til, at sundhedsklyngerne behandler flere patienter uden for sygehusene.
- **Rettidig og smidig adgang** for kommunale medarbejdere til nødvendige patientoplysninger fra sygehus til den videre pleje og behandling på midlertidige pladser og i eget hjem. Det kan fx være epikriser, behandlingsplaner og opdateret Fælles Medicinkort.
- **Aftalen om 72 timers behandlingsansvarlig læge skal udvides** til også at omfatte skrøbelige ældre, der er blevet udredt og hjemsendt fra en fælles akutmodtagelse på sygehus uden indlæggelse.
- Aftalen om 72 timers behandlingsansvarlig læge skal systematisk omfatte **medicin til de første 72 timer efter udskrivelse fra sygehus**, så den medicinske behandling kan fortsætte umiddelbart efter udskrivelse.
- Lovgivningen på social- og sundhedsområdet skal afspejle medarbejdernes behov for **stringens i opgavevaretagelsen** samt, at mere behandling varetages i nærmiljøet, hvor rammerne for bl.a. patientens egenbetaling er anderledes end på sygehus.

Tidlig systematisk indsats skal forebygge indlæggelser af skrøbelige ældre

Hvert år bliver mange tusinde 65+-årige danskere indlagt på sygehuset for noget, der kunne have været forebygget, hvis det var blevet håndteret i tide. Det kan fx være dehydrering, lungebetændelse eller blærebetændelse. Rigtig mange af disse borgere er naturligvis slet ikke i kontakt med kommunen, men 58 pct. af alle forebyggelige sygehusophold i 2021 skete blandt borgere, som havde en eller anden kontakt fx med den kommunal syge- eller hjemmepleje måneden forud for indlæggelsen. Blandt de ældste på 80 år eller derover gælder det for mere end syv ud af ti forebyggelige sygehusophold, at der har været kontakt med kommunen den foregående måned. En indlæggelse belaster både den ældre og lægger beslag på ressourcer på sygehusene.

Kommunerne har gennem en årrække arbejdet målrettet med at forebygge indlæggelser og med tidlig opsporing af begyndende sygdom hos ældre. Det har i nogle kommuner båret frugt, mens andre fortsat kæmper med at høste frugterne af en forebyggende indsats i ældreplejen målt på forebyggelige indlæggelser.

Nogle af forskellene kan bunde i, at samarbejdet med læger varierer fra kommune til kommune. Det giver forskellige muligheder for at udrede og igangsætte den nødvendige behandling af fx blærebetændelse i tide. Erfaringen med plejehjems-læger

indikerer, at tættere adgang til læger hos borgere og plejepersonale kan reducere antallet af både forebyggelige sygehusophold og genindlæggelser blandt plejehjemsbeboere med ca. en fjerdedel. De erfaringer kan med fordel bredes ud til også omfatte hjemmeboende ældre.

Det er også en udfordring, at der er forskellig praksis for samarbejde mellem kommuner, sygehuse og almen praksis om fx blod- og mikrobiologiske prøver til hurtig diagnostik i borgerens eget hjem med henblik på afklaring om evt. behandlingsbehov.

Og når først diagnosen er stillet, kan muligheden for at igangsætte relevant behandling blive begrænset af, at den nødvendige medicin ikke er til rådighed i tide. Det kan fx skyldes, at patienten er for svækket til at hente medicinen på apoteket eller ikke har pårørende til at hjælpe sig. Det forsinker behandlingen unødigt.

Ældre Sagen og KL foreslår:

- Kommuner og almen praksis skal med afsæt i de gode erfaringer med plejehjems-læger have et langt tættere samarbejde om at **forebygge udvikling og forværring** af sygdom blandt hjemmeboende ældre.
- Kommunale medarbejdere skal **have fleksibel adgang til lægefaglig rådgivning** om fx ændringer i borgerens behandlingsplan og medicin.
- Sygehuse skal stille **speciallægeviden** fx inden for geriatrien til rådighed for kommuner og almen praksis.
- Sygehuse, kommuner og almen praksis skal have blik for **ældre patienters samlede behov** for fx træning, ernæring, medicin, palliation m.v. på tværs af deres sygdomme.
- Ældre patienter og deres evt. pårørende inddrages i **planlægning og beslutninger om deres eget forløb**, så forløbet så vidt muligt tilpasses den enkeltes behov og ønsker.
- Bedre adgang for skrøbelige ældre **til fleksibel udbringning af medicin fra apotek** skal styrke muligheden for at gribe tidligere ind over for fx blærebetændelse, lungebetændelse mv.
- Der skal være klare aftaler i sundhedsklyngerne om **rammer for blodprøvetagning i skrøbelige ældres hjem**, kvalitetssikring, analyser, transport til laboratorium m.v.

Sådan skaber vi trygge rammer, når ældre udskrives fra sygehus til pleje og behandling i nærmiljøet

1) Ole Hansen, 81 år, bliver fundet efter fald i eget hjem af hjemmeplejen, der kommer og måler hans blodsukker. Ole indlægges akut på sygehus med blodprop i hjernen. Ole har gennem den sidste tid været tiltagende konfus, har ved indlæggelse feber og blod i urinen, som konstateres at være grundet en urinvejsinfektion.

Ole får trombolysebehandling og sendes til sengeafsnit til observation, IV-behandling mod urinvejsinfektion samt regulering af Oles diabetes. På sengeafsnit igangsættes behandling med blodfortyndende medicin for blodproppen. Ole har synkesvær pga. sin blodprop i hjernen. Derfor anlægges en sonde, så ernæringstilstanden kan bedres.



2) To dage senere afholdes udskrivningskonference ml. sygehusets udgående apopleksiteam, kommunens visitator, ergoterapeut samt akutteam. Oles to børn deltager også. Ole er forvirret og meget træt. Han har bevægelsesbesvær og skal have hjælp til personlig pleje. Det aftales, at Ole den følgende dag skal udskrives til en midlertidig plads i kommunen med støtte fra apopleksiteam, indtil han fysisk og kognitivt er i stand til at være i eget hjem med nødvendig støtte og hjælpemidler

3) Sygehus sender behandlings- og genoptrænings-plan til kommunen, pakker antibiotika og remedier til fortsat IV-behandling i kommunen, opdaterer Fælles Medicinkort (FMK) og bestiller sygetransport til Ole.



4) Sygehus sender epikrise til Oles egen læge, som orienteres om, at sygehus beholder behandlingsansvaret indtil Oles almen tilstand er stabiliseret og den medicinske behandling er afsluttet. Epikrisen tilgås også af kommunen via Sundhedsjournalen. Sygehuset har seponeret en del af Oles faste medicin, da de har prioriteret den akutte behandling af blodproppen. Ved udskrivelsen er der ikke taget stilling til, om den faste medicin skal genoptages eller ej.

5) Ved modtagelsen på den midlertidige plads, modtager Ole omfattende pleje, herunder ergoterapeutisk indsats pga. synkesværet. Egen læge ordinerer i samarbejde med hjemmesygeplejen den faste medicin, konfererer med sygehus om den blodfortyndende behandling, samt hvordan sonden kan seponeres, når Ole selv kan spise.

Ole kommer sig langsomt på den midlertidige plads. Han er mindre træt og bevægelsesbeværet. Ergoterapeuten planlægger sammen med apopleksiteam et rehabiliteringsforløb, hvor der anvendes de hjælpemidler, Ole senere skal bruge i eget hjem. Der er særlig opmærksomhed på, om Ole er kognitivt påvirket af blodproppen og på Oles ernæringstilstand efter seponering af sonden. Der etableres også hjemmebesøg sammen med kommunens visitator for at sikre, at træningen matcher behov i hjemmet.



6) Kommunens akutteam følger op på den medicinske behandling med kontrol af blodsukker, urin- og blodprøver og har sammen med ergoterapeuten løbende kontakt med behandlingsansvarlig læge på sygehus om Oles situation, særligt om der er eftervirkninger efter blodproppen.



7) På dag 5 kontakter plejepersonalet det lokale apotek for at få udbragt antibiotika til videre behandling af urinvejsinfektion på baggrund af sygehusets ordination i FMK.



8) Ole trænes de følgende dage i at anvende hjælpemidlerne. Hans infektionstal viser, at han fysisk er i bedring. Sygeplejerske og ergoterapeut aftaler med behandlingsansvarlig læge på sygehus, at Ole afslutter antibiotikabehandling på dag 10 og derefter er i stand til at klare sig alene i eget hjem med daglige besøg ved hjemmeplejen og fortsat rehabilitering ved kommunens ergoterapeut. Samarbejdet med apopleksiteam sættes samtidig i bero, fordi Ole er i god gænge.

9) Behandlingsansvarlig læge på sygehus sender epikrise til egen læge. Behandlingsansvaret overgår herefter til egen læge.



10) Ole kommer hjem i egen bolig, hvor hans børn tager imod. Akutteam og hjemmepleje aftaler videre forløb med egen læge. Ergoterapeut følger op i forhold til den videre rehabilitering.

Sådan forebygger en tidlig systematisk indsats at skrøbelige ældre indlægges unødigt

1) Ole Hansen har haft en blodprop i hjernen og er efter endt genoptræning og behandling for en urinvejsinfektion på en midlertidig plads nu tilbage i eget hjem, hvor han har været de sidste tre uger. Han er visiteret til praktisk hjælp og personlig pleje og har derfor besøg af hjemmeplejen hver dag.



2) Ole får tiltagende smerter i ben, bevæger sig mindre end vanligt og drikker heller ikke væske.



3) Hjemmeplejen bemærker ved morgenbesøget, at Ole har ændret adfærd; han virker forvirret og klager over diffuse smerter



4) Hjemmeplejen registrerer ændringerne i Oles adfærd i det digitale skema til opsporing af begyndende sygdom i appen på mobiltelefonen.

5) Sygeplejersken reagerer på besked om ændringer i Oles adfærd og tager straks ud til Ole. Her foretager hun en klinisk vurdering af Ole og konstaterer, at Ole er febril og muligvis også dehydreret. Hun tager Oles blodsukker, som ligger stabilt, og en blodprøve for at måle væsketal og urinprøve for at teste infektionsværdier.

Prøverne analyseres på stedet på sygeplejens apparatur til Point of Care Diagnostik. Sygeplejersken konstaterer, at Ole er dehydreret og har forhøjede infektionstal. Hun kontakter derfor Oles læge.



6) Oles egen læge er i tvivl om Oles videre behandling, særligt fordi Ole for nylig var indlagt med en blodprop. Lægen tager derfor kontakt til sygehusets geriatriske kontaktlæge. Sammen aftaler de, at Ole skal i medicinsk behandling for urinvejsinfektion og ordinerer desuden intravenøs væskebehandling.



7) Antibiotika og isotoniske væsker leveres et par timer senere fra apotek, og sygeplejersken igangsætter Oles behandling. Sygeplejersken instruerer samtidig hjemmeplejen om behov for observation af Ole.



8) Efter nogle dage viser Ole bedring, og sygeplejersken måler igen væsketal og infektionsværdier og vurderer sammen med Oles læge, at behandlingen skal fortsætte nogle dage endnu.

9) I takt med, at Ole får det bedre, aftaler sygeplejersken med visitator, at Ole skal tilbydes vedligeholdende træning, når han er ovenpå igen.



10) Efter endnu nogle dage viser Ole fortsat bedring, og sygeplejersken måler igen Oles blodsukker, væsketal og infektionsværdier og vurderer sammen med lægen, at behandlingen skal afsluttes den efterfølgende dag. Ole er nu så frisk, at han sammen med terapeuten kan påbegynde lette træningsøvelser.