

# De københavnske Ældreråd



Den 14. januar 2009

Til Sundheds- og Omsorgsudvalget  
Københavns Rådhus  
1599 København V

## HØRINGSSVAR VEDR. PLAN FOR DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT.

Ældrerådernes Formandsgruppe har på sit møde den 13. januar 2009 drøftet nedenstående høringssvar om planen, som RegionsÆldrerådet har afgivet den 4. december 2008:

### "Høringssvar vedrørende Plan for Den ældre medicinske patient

Planen er resultat af et meget omfattende arbejde, som ældrerådene i kommunerne og regionsældrerådet har været inddraget i. Der har været afholdt fem dialogmøder fem steder i regionen samt en optaktskonference og en opsamlingskonference med aktiv deltagelse af inviterede medlemmer af ældrerådene og Regionsældrerådet. På opsamlingskonferencen sammenfattede formanden for regionsældrerådet på regionsældrerådets vegne dialogmøderne i syv punkter, som følger nedenfor.

Disse punkter var udtryk til forventninger til ældreplanen. Man kan derfor efterfølgende spørge om der er forhold, hvor ældreplanen ikke lever op til forventningerne.

#### 1. Ældre patienter er meget forskellige

Uanset om man sætter grænsen for ældre ved 60, 70, 80 eller 90 år er de ældre patienter meget forskellige. En meget stor del er fuldstændigt selvhjulpne både før og efter behandling af et helbredsproblem. Men andre er før, under og efter et behandlingsforløb afhængige af omfattende personlig hjælp. De kræver særlig omsorg og pleje under behandlingsforløbet.

Gennemsnitligt betyder alderen dog meget, fordi forekomsten af samtidige kroniske sygdomme og samtidig brug af mange slags medicin stiger med alderen.

Derfor er et hovedbudskab fra dialogmøderne vigtigheden af koordineret behandling over flere specialer og af koordineret medicinering.

#### 2. Lige adgang til ligeværdig behandling og ingen aldersdiskriminering

Der hørtes på dialogmøderne ingen anklager om, at der skulle forekomme systematisk aldersdiskriminering i sundhedssystemet, men nok bemærkninger om indirekte diskriminering f.eks. i form af sundhedsforsikringer, som ældre over 60 år og uden for arbejdsmarkedet ikke har adgang til.

Ligeværdig behandling uanset alder er ikke ensbetydende med ens behandlingsmetode uanset patientens alder. Selv om det ikke er ligetil, bør man i Plan for den ældre medicinske patient definere indholdet af lige adgang til ligeværdig behandling.

#### 3. Målsætning for de fysiske rammer på hospitalerne

Der blev på dialogmøderne klart givet udtryk for, at de fysiske rammer for patienterne på sengeafsnit skal være enestuer. Det er en myte blandt sundhedsfagfolk, at det er bedst for patienterne at ligge på tosenstuer. For næsten alle ældre er det stærkt belastende at dele stue og bad/toilet med fremmede. Specielt for døende er det et absolut krav, at der kan tilbydes enestuer.

Det er en selvfølge, at senge på gangene er uacceptable nødløsninger.

Plan for den ældre medicinske patient bør opstille enestuer som et mål, der kan opnås ved at flersengsstuerne efterhånden opnormeres til enestuer, men med mulighed for i pressede situationer at stille en ekstra seng ind.

#### *4. Behov for kommunale rekreationsdøgnpladser til udskrevne patienter*

På dialogmøderne blev det fremhævet, at kommunerne bør have tilstrækkeligt med rekreationsdøgnpladser, som kan tilbydes udskrevne behandlede patienter, der ikke kan komme direkte hjem eller direkte til en plejebolig. Døgnpladserne bør naturligvis også være enestuer med bad.

Ældrerådene i kommunerne bør fastholde kommunerne på deres ansvar for, at der kommer tilstrækkeligt med rekreationsdøgnpladser.

#### *5. Ledelsesgrundlag i form af klart værdigrundlag for god pleje og omsorg*

Der blev på dialogmøderne givet eksempler på svigt mht. pleje og omsorg på visse sengeafsnit. Det er en ledelsesopgave at bringe de knapt så gode afdelinger på niveau med de godt fungerende.

I den forbindelse er det vigtigt, at Plan for den ældre medicinske patient definerer begrebet god pleje og omsorg, eventuelt i form af eksempler.

#### *6. En vifte af tilgængelige tilbud, så man undgår lægefagligt unødvendige, belastende indlæggelser og genindlæggelser*

Det blev på dialogmøderne nævnt, at der sker indlæggelser, som i situationen er den eneste tilgængelige løsning, men hvor alternative tilbud ville være mindre belastende for patienten og lægefagligt mindst lige så gode.

Et alternativt tilbud er, at et hospitalsteam kommer til patientens hjem eller plejebolig. Den ultimative nærhed af hospitalet er, at hospitalet kommer hjem til patienten.

Plan for den ældre medicinske patient bør udvikle viften af tilbud til den medicinske patient og navnlig overveje tilgængeligheden af tilbuddene, således at det er de mest hensigtsmæssige løsninger der bliver valgt.

#### *7. Koordination over de organisatoriske grænseflader og opblødning af hindringer for aktiviteter hen over grænserne*

Et af de største emner på dialogmøderne var behovet for koordination i et meget stort sundheds- og omsorgssystem med de mange organisatoriske grænseflader. Der er grænseflader internt på hospitalerne, mellem hospitaler og kommuner, og grænseflader til praksislæger og apoteker for at nævne nogle.

Et særligt problem, der blev nævnt, er at udskrevne patienter forventes at købe den medicin, hospitalet har ordineret, hos et privat apotek. De kan ikke købe eller få medicin udleveret fra hospitalsapoteket til afslutning af et ordineret behandlingsforløb. Her er der en organisatorisk hindring og ikke kun et koordinationsproblem.

Plan for den ældre medicinske patient bør redegøre for koordinationsproblemerne og de organisatoriske hindringer i sundheds- og omsorgssystemet med udgangspunkt i de gode løsninger, der allerede er under udvikling.

#### **Punkter, hvor ældreplanen ikke lever op til forventningerne**

Ældreplanens største mangler vedrører, at den er meget lidt håndfast på områder, som kræver store investeringer eller driftsudgifter, eller hvor der er store organisatoriske barrierer.

- Det er en kendsgerning, at der ligger patienter på gangene på de medicinske afdelinger. Ældreplanen burde håndfast proklamere, at der skal være det nødvendige antal sengepladser, og at sengepladserne snarest skal være i ene- eller tosengstuer.

- Det er en kendsgerning, at plejepersonalet på de medicinske afdelinger ikke mener, at de er mange nok til at yde god pleje og omsorg i overensstemmelse med deres værdier. Ældreplanen burde håndfast proklamere, at der skal skaffes tilstrækkeligt personale fra forskellige faggrupper til at yde god pleje og omsorg, der lever op til et klart værdigrundlag..

- Det er en kendsgerning, at kommunerne mangler døgnpladser til rekreation, genoptræning og aflastning. Ældreplanen burde håndfast slå fast, at kommunerne skal investere i et tilstrækkeligt stort antal døgnpladser. Dette bør skrives ind i næste generation af sundhedsaftalerne.

- Det er en kendsgerning, at landsoverenskomsterne med almenpraktiserende læger og speciallæger skaber barrierer for brugen af disse lægepraksis i et sammenhængende koordineret sundheds- og omsorgssystem. Ældreplanen burde håndfast slå fast, at lægerne må acceptere nødvendige forandringer.”

**De københavnske ældreråd kan fuldt ud tilslutte sig dette høringssvar.**

Med venlig hilsen



Bent Johansen  
Formand