

TEMA: HVORDAN SKABER MAN MERE LIGHED I MØDET MED SUNDHEDSVÆSENET?

Forsker: Nøl med sundhedsreformen rammer de svageste ældre

Altinget, DEBAT 29. oktober 2020 kl. 3:00 |



"Problemerne på ældreområdet drejer sig om meget mere end at skabe værdighed på plejehjemmene," skriver Erik Riiskjær. (Foto: Søren Bidstrup/Ritzau Scanpix)

DEBAT: I ti år har tiden været moden til en sundhedsreform. Den skal skabe mere sammenhængende behandlingsforløb til gavn for de svageste ældre, skriver forsker Erik Riiskjær.

Af Erik Riiskjær

Forsker ved Aarhus Universitet, forfatter og forhenværende chefkonsulent i Region Midtjylland

Det seneste halvandet år har jeg uden stor indsats samlet 30 fyldige mediehistorier om ældre borgeres oplevelser, når de møder sundhedsvæsenet på tværs af sektorer: minuttyrani, dårlig sammenhæng, problematisk personalekultur, ringe faglighed og oversete pårørende.

Det er alt sammen forudsigeligt.

Da Danmark i 2008 besluttede at bruge næsten 50 milliarder på 21 supersygehuse, indebar det 20 procent færre senge, og ældre patienter skulle mindre på sygehuset.

Den nødvendige opfølgning af "reformen" i primærsektoren blev desværre aldrig til noget, og mange ældre betaler i dag prisen med tilbud, der ikke rammer deres behov.

Kapacitetsproblemerne er kun blevet tydeligere i takt med, at regionerne trods flere ældre har nedlagt endnu flere sengepladser end planlagt.

God idé udføres dårligt

Ideen med færre kontakter til hospitalet er god nok.

Men det fordrer, at der opbygges lokal kompetence og kapacitet, så kommuner og praksislæger får en chance for at leve op til kronikermodellens intentioner om "samordnet og proaktiv praksis".

Desværre har vi de seneste ti til 15 år set hospitaler med vækst, mens det har været modsat med kommunerne og praksislægerne. Altså stik imod visionen i kronikermodellen.

Bedst illustreret ved, at vi helt frem til 2018 har belønnet og rost sygehusene for bunker af ambulatoribesøg, der burde have ligget i en ressource- og kompetenceudbygget primærsektor. Ældremilliard og kronikerpuljer rokker ikke ved manglende driftsmidler og uddannelse.

Vi har tænkt sygehuspolitik og ikke sundhedspolitik. Hvorfor var det for eksempel lige, at de tusind lovede sygeplejersker i valgkampen skulle gå til hospitalerne og ikke til de nødlidende kommuner?

Og hvad blev det til med de lovende diagnostiske centre, hvor vi kunne begynde at se sygehusene som serviceorganisationer for primærsektoren?

Vi taber de svageste

Ældres oplevelser kan skitseres sådan: De møder kassetænkende sektorovergange.

Deres pårørende skal kæmpe for deres indlæggelse på sygehus. Vigtige informationer følger ikke automatisk med, når de indlægges eller udskrives.

Ældre møder specialiserede sygehuse uden blik for deres multisygdomme. Mange kommer på overbelagte og udsultede medicinske afdelinger. De transporteres langt til kontrolbesøg på forskellige sygehuse.

De kan bo i kommuner med utilstrækkelige kompetencer til at møde borgere, der typisk ikke er færdigbehandlede på supersygehusene. Og de kan opleve kommuner, der skamrider princippet om, at ældre skal blive "længst muligt i eget hjem".

Konsekvensen er, at vi taber de svageste ældre. Ofte dem uden pårørende.

"De ideelle" og "de andre"

I 20 år har vi eksperimenteret med nye politiske styringsformer.

Indirekte har vi opdelt patienterne i "de ideelle patienter" og "de andre patienter". Den første gruppe passer i den politiske retorik om kunder, produktion og effektivitet.

Patienterne har konkrete og kendte sygdomme og har korte afsluttede forløb, der passer til specialiseringen. Ingen tvivl om at denne gruppe har oplevet bedre behandling de sidste 20 år.

Anderledes er det gået med "de andre patienter". De er komplekse, måske med sociale problemstillinger og flere sygdomme. De har langvarige kontakter til sundhedsvæsenets forskellige instanser og efterspørger generalistkompetencer.

"De andre patienter" er vanskelige at værdisætte og synliggøre, og de bliver let overset, når der er pres på budgetoverholdelse og resultater.

I denne gruppe finder vi mange ældre, fordi alder betinger et sygdomsmønster, der ikke passer ind.

Går under radaren

Hvis det nu er så galt, hvorfor er det så ikke blevet synligt i de tusindvis af positive tilfredshedsundersøgelser de sidste 20 år?

Måske fordi vi kun har evalueret afgrænsede specialekontakter på sygehusene og har overset, at mange patienters liv tværtimod er præget af lange skiftende kontakter til flere instanser. Og måske er det netop oplevelsen af sammenhæng, der er det afgørende.

Var det ikke på tide at spørge "de andre patienter" og deres pårørende, om de samlet oplever hjælpen kompetent, proaktiv, samordnet, patientorienteret og leveret tæt på hjemmet?

Lidt den forløbstankegang, som Kræftens Bekæmpelse har i deres barometerundersøgelser. Men her opdelt på kommuner.

Tid til sundhedsreform

Tiden har været moden til en sundhedsreform i ti år.

En god reform skal skelne mellem, hvad der kræver statslige initiativer, og hvad der bedst kan ordnes i de meget omtalte 21 sundhedsfællesskaber.

Men der er ingen vej udenom, at landspolitikerne må bidrage med: klarhed om ansvarsfordelingen i sundhedsfællesskaberne, et kompetenceløft i kommunerne, initiativer, der modvirker kassetænkning, evaluering, der sikrer jævn kvalitet mellem kommunerne og betydelige midler til fokus på "de andre patienters" behov.

Problemerne på ældreområdet drejer sig om meget mere end at skabe værdighed på plejehjemmene.