



Til Sundhedsstyrelsen, Center for Planlægning

specialeplanlaegning@sst.dk

December 2019

Høringsvar vedr.:

Anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade

Allerede med "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen", SST 2017, er der tale om ændret opgavevaretagelse. At varetage behandling og pleje som "sygehus i hjemmet", under lægeligt ansvar fra sygehuslæger, repræsenterer ændring i opgavevaretagelse for de kommunale sygeplejersker.

Denne ændring bør adresseres i anbefalingerne. Det er forbundet med høj risiko at udskrive patienter i komplekse forløb til fortsat sygehusbehandling i hjemmet og der bør være klare krav til kommunal sikring af, at uddannelse og kompetencer er tilstede, både generelt i hjemmesygeplejen, hjemmeplejen og specifikt ift. det enkelte patientforløb.

Varetagelse af den krævede kvalitet i udførelsen af de kliniske procedurer og organisering samt koordinering af sygehusforløb i borgers hjem er en ændring i opgavevaretagelse for kommunale sygeplejersker. De nuværende rammevilkår, herunder aftaler mellem sygehuse og kommuner, savner sikring af kvalitet og patientsikkerhed.

Dette bør adresseres i anbefalingerne for de kommende 10 år, hvor denne udvikling formodes at tage til i fart med flere ældre og færre sygehussenge.

Det bør adresseres, at der ikke fortsat sker "opgaveglidning", men en aftalt *opgavefordeling*:

- Med tilhørende aftaler om uddannelse og kompetencer
- Hvor lovgivning, samarbejdsaftaler, ansvar og økonomi er medtaget

De "*forskellig rammevilkår*" kan ikke løses ved en ordliste. Et ønske om ensartet kvalitet kræver data. Når f.eks. ældre med hoftebrud udskrives efter få dage, bør der være fælles data omkring smerter, ernæring, mobilitet, funktionsevne m.m.

Følgende bør adresseres:

- behov for styrket samarbejde med sygehusafdelinger omkring specifikke patienter/grupper
- behov for at dele data på tværs af sektorer (ikke kun som et ønske, men en forudsætning)
- uddannelse til hjemmesygeplejersker som generalistspecialister i forhold til faglighed, organisering/koordinering og kvalitetssikring.

Kommunernes ansvar for en lang og udvidet række af sundhedsopgaver udfordres af et stigende antal borgere med sammensatte og komplekse behov, som rækker hen over mange af de nævnte opgaver.

Borgers/patientens behov for sammenhæng – også intra-kommunalt – bør adresseres.

Forebyggelse hos svækkede, kronisk syge ældre kræver andre kompetencer. Der er behov for geriatriske, gerontologiske, ældre medicinske og psykiatriske kompetencer samt behovet inden for de store kronikerområder bør adresseres.

Oftest er det samme borgere, der har behov inden for service- og sundhedslov og måske også psykiatrilovgivning.

- Det bør adresseres i anbefalingen, hvordan der kan ske en sikring af borgere med komplekse behov.
- Det bør adresseres, at kommunen er forpligtet til internt sammenhængende og koordinerede forløb, f.eks. med hjemmesygeplejersker som tovholdere.

Kvalitetsstandarder for akutfunktioner beskriver krav på to områder:

1. Struktureret forebyggelse og sundhedsfremme hos svækkede, syge ældre.
2. At kunne modtage patienter fra sygehus, som er i aktivt og ustabil behandlingsforløb.

Det første område kræver uddannelse og kompetencer inden for ældremedicin, kroniske lidelser og geriatri.

Det andet område kræver uddannelse og kompetencer inden for instrumentel, klinisk kompleks sygepleje.

Der er fokus på proaktiv indsats og tidlig opsporing, både i forhold til sygdom og svækkelse.

I kommunal kontekst findes den *akut syge borger*, jf. definitionen i anbefalingen, f.eks. borgere med akutte hjerteproblemer, hjertestop, akutte cerebrale infarkter, voldsomme fald med knoglebrud og anden skade eller med akutte alvorlige infektioner. Dette er dog de færreste og her er 112 og kontakt til sygehusets akutindsats eneste respons.

Den store gruppe er *kronisk syge, psykisk syge og ældre med svækkelse, multisygdom, polyfarmaci, nedsat funktion og omfattende behov for hjælp og støtte*. Det er en voksende gruppe, hvor den "akutte" indsats betyder tættere observationer af ændringer, screeninger for ernæring og funktion og en følgende hurtig (akut) indsats, både fagligt og tværfagligt.

Denne form for akut indsats – som kræver stærkt samarbejde mellem kommune, praktiserende læge og ofte også sygehus – bør defineres på linje med den anvendte definition, som er for snæver og udelukkende omfatter sygehuskontekst.

Forskellen på akut sygehusindsats og akut kommunal indsats bør adresseres.

Anbefalingen definerer akut som "*tydelige og hurtigt indsættende symptomer*". Den store gruppe af ældre borgere, som opnår høj alder, debuterer **ikke** med disse symptomer. Her er tegn på akut sygdom nedsat fysisk funktion (svært ved at gå, fald) og/eller nedsat kognitiv funktion (uro, forvirring). Selv alvorlig sygdom, som akut myokardieinfarkt, kan vise sig ved almen uro, forvirring, diffuse smerter.

Anbefalingerne bør – både for sygehus og den kommunale del – adressere de særlige og anderledes symptomer og reaktioner, som findes hos skrøbelige ældre med høj alder. De særlige kompetencer inden for geriatri og ældremedicin bør medtages.

For svækkede og/eller syge ældre er "pludselig opstået sygdom" ofte et tegn på manglende kvalitet i kommunale indsats og for sen indsats. Målet for kommunale "akut-indsats" er at undgå at situationen udvikler sig til "akut" og eventuel akut indlæggelse.

Det bør adresseres at:

- Kommunal "akut-indsats" sikrer tidlig intervention via samarbejde mellem hjemmesygepleje og praktiserende læge og/eller ambulant sygehuskontakt.
- Kommunal "akut-indsats" er en sundhedsfaglig kompetent og organisatorisk koordineret indsats.

Der er korrekt angivelse, men vi savner konsekvens både i definition og i øvrige beskrivelser.

I anbefalingen er kort en velbeskrevet akut sundhedsindsats i kommunal kontekst og den kompleksitet og de snitflader, dette indebærer.

Men vi mener, at der mangler konsekvens i relation til definitionen og de øvrige krav og beskrivelser.

Den kommunale sygepleje har en nøglerolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen og ønsket om akut, proaktiv sundhedsindsats.

Vi mener, at der er behov for præcisering af 1) de faglige krav, 2) krav til organisation og koordinering og 3) krav til kvalitetssikring.

Desuden ønsker vi en præcisering af de heraf følgende krav om uddannelse af hjemmesygeplejersker. Som angivet er der væsentlige ændringer i opgaver, både i omfang og kompleksitet.

Det er problematisk at henvise til de "*kommunale akutfunktioner*", da disse fortolkes og praktiseres meget forskelligt i kommunerne. Der er nok 98 forskellige "akutindsatser".

- Nogle har læst "akut" som sygehuskontekst og bemander, organiserer og agerer i forhold til de instrumentelle krav.
- Andre har læst "akut" som kommunal kontekst og bemander, organiserer og agerer jf. krav om proaktiv indsats, tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelser og opfølgning på udskrivelser.

Kravene i standarden opfyldes, blot forskelligt og med helt forskellig forståelse og vægtning.

Vi mener, at præcisering af de "*særlige sygeplejefaglige kompetencer*" er påkrævet:

- Varetage instrumentelt og klinisk komplekse forløb under sygehuslæge/specialafdeling behandlingsansvar – fagligt, organisation/koordinering, kvalitetssikring.
- Varetage fagligt, organisatorisk og kliniske komplekse forløb omkring samarbejde med praktiserende læge omkring behandling, forebyggelse og sundhedsfremme hos kronisk syge, svækkede og syge ældre.

”Fremskudt kommunal visitation” er problematisk at indføre i anbefalingen. Den er aktuelt uden evidens og uden påvist effekt og er kun opnåelig for store kommuner, hvor der er sygehus i nærheden.

Det risikerer at forvirre prioriteringen: Er det hele indsatsen omkring den demografiske udvikling, den ældre medicinske patient, behov for ”akut” tidlig og forebyggende indsats, der skal i fokus i kommunen? Eller er det alle akut indlagte, herunder yngre borgere (den 20-årige med pyelonefrit). Der mangler også økonomiaftaler.

Ønsket om integreret dokumentation er relevant, men ligger formentlig ikke inden for en horisont på 10 år, da der er begrænsede faglige ressourcer nu og de kommende år.

- Et første nødvendigt og opnåeligt skridt er at patientforløb følges med ensartede målinger og screeninger hen over sektorer.
- Det bør adresseres som krav at f.eks. samme redskab til evidensbaseret screening for funktionsevne og ernæring anvendes i begge sektorer.

Uden data er det umuligt at følge patientforløbene og hermed sikre patienter den relevante behandling, træning, rehabilitering og sygepleje hele vejen igennem. De fælles retningslinjer er udgangspunktet og forløbet kan ikke afhænge af lokale forskelle og vilkår.

Vi mener, at det bør skærpes som krav, da det er forudsætning for kvalitet og patientsikkerhed i de store ændringer i opgavevaretagelse, der finder sted mellem sygehuse og kommuner i disse år.

Med så store ændringer i opgavefordeling mellem sygehuse og kommuner, og kommunernes øgede andel af sundhedsvæsenet og indsatser inden for sundhedsloven, er der behov for tværgående viden både fagligt og organisatorisk. Der er store potentialer i teknologier, som sikrer den nemme adgang til samarbejde mellem sygehus og kommune, men det er ikke hensigtsmæssigt, at afprøvninger sker i enkelte kommuner uden sikring af adgang til delt viden. Vi mener, at opbygning af videnscentre og forskningsmiljøer bør præciseres som krav.

Med venlig hilsen

Fagligt Selskab for Geriatiske Sygeplejersker