Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje

Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	Specialiserede palliative rådgivnings-funktioner bør fremgå eksplicit som et regionalt tilbud, den kommunale syge-pleje planlægger, leder og koordinerer tværsektorielle forløb i samarbejde med.
4. Organisering	-	Det skal fremgå, at kommunerne skal etablere rammer for at kunne udføre kontrol, samt at de skal følge op på bekymringshenvendelser, tilsynssager, mv. Dette bør ikke alene fremgå som en anbefaling.
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Det fremstår uklart og bør præciseres, hvilken ramme der er for, hvordan kommunalbestyrelsen som ansvarlig myndighed skal kunne sikre, at den

		kommunale sygepleje ydes af personer med de nødvendige uddannelses- og/eller kompetencemæssige kvalifikationer. Hvilke krav, der er fastsat nationalt, fremstår uvist. Det bør fremgå, at demensfaglige kompetencer skal være en grundforudsætning i den kommunale sygepleje generelt set i lyset af målgruppens størrelse og kompleksitet. Det skal fremgå, at der også skal være kompetencer til at inddrage patienter og eventuelle pårørende samt krav til relationelle kompetencer.
5.Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Vedr.: "Sygeplejen skal tilrettelægges med høj kvalitet og sammenhæng, og borgeren og eventuelle pårørende skal i relevant omfang inddrages i planlægningen af forløbet". Ældre Sagen er tilfreds med, at det fremgår, at inddragelse af borgeren og eventuelle pårørende skal finde sted, men mener, at "i relevant omfang" skal udelades. Formuleringen kan tolkes sådan, at det alene er de professionelle, som afgør, hvad "relevant omfang" er, når det i stedet bør være med udgangspunkt i en dialog og forventningsafstemning med borgeren og eventuelle pårørende. I forbindelse med demensforløb vil pårørende ofte være en afgørende forudsætning for både pleje, koordinering og beslutningstagning, hvilket blot understreger betydningen af, at de systematisk indgår som centrale samarbejdspartnere.

	5.1 Udstyr	
6.Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	Det bør fremgå eksplicit, at medarbejderne i den kommunale sygepleje skal have nem og smidig adgang til gensidig rådgivning og sparring med specialiserede palliative rådgivningsfunktioner.
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	Vedr. Kommunalbestyrelsens ansvar for indberetning af data med henblik på løbende kvalitetsudvikling må dette fremgå som et krav og ikke blot en anbefaling.

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Ældre Sagen ser positivt på, at kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation skal skabe en ramme for ensartet kvalitet på tværs af landet. Vi hæfter os ved, at standarderne i mange tilfælde har karakter af krav, hvilket er afgørende for implementeringen i praksis og for at understøtte en ensartet kvalitet. Enkelte, men afgørende, steder, ser vi dog fortsat et behov for at skærpe kvalitetsstandarderne yderligere. Dels ved at ændre anbefalinger til krav, dels ved at tydeliggøre formulerede krav, så de ikke lægger op til en bred fortolkning. Dette vil fremgå i de relevante rubrikker nedenfor. Ældre Sagen mener, at kvalitetsstandarderne skal understøtte, at sygeplejen opfylder ældres behov for at blive mødt som et helt menneske og modtage en værdig pleje og omsorg baseret på den enkeltes ønsker og behov. Derfor finder vi det positivt, at der gennemgående nævnes en personcentreret tilgang. Relationsdannelse er vigtig, ikke blot i forholdet til patienter og pårørende, men også til professionelle. Derfor bør relationelle kompetencer fremstå som et tydeligt supplement til de øvrige, fx de kliniske og instrumentelle. I forlængelse heraf bør kvalitetsstandarderne også have et tydeligt og gennemgående fokus på demens. Mennesker med demens udgør en stor del af målgruppen i den kommunale sygepleje og har ofte komplekse, langvarige forløb, hvor sygdommen grundlæggende påvirker evnen til at forstå, kommunikere og deltage i egen behandling, hvilket kalder på en målrettet faglig tilpasning. Det er positivt, at der er formuleret krav til bl.a. organisering og samarbejde. Trods dette synes det uklart, hvilke konkrete opgaver der løses af akutsygeplejen vs. den kommunale sygepleje og dermed også ansvarsfordelingen. Vi er også bekymrede for, at det kan blive uklart for borgeren, hvem borgeren skal henvende sig til ved fejl, og hvem der er ansvarlig ved svigt i koordinationen. Dette bør tydeliggøres. Vi vil generelt opfordre til, at der i højere grad sikres en nationalt rammesat kvalitetsudvikling såvel som monitorering. Det er en alt

for risikabel vej at gå at omlægge behandling og pleje af ældre fra sygehus til eget hjem, fra sekundær til primær sektor, hvis ikke der nøje monitoreres og følges op på, i hvilken retning kvaliteten udvikler sig med henblik på at styre bedst muligt for sikker og tryg behandling for ældre. Hvis ikke der sikres et nationalt kvalitetsarbejde, risikerer vi, at kvalitetsstandarderne bidrager til strukturel alderisme, altså at der i praksis bliver en uhensigtsmæssig og urimelig forskels-behandling, som vi ikke kan forestille os, at nogen har et bevidst ønske om som konsekvens.

Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	Vedr. ”2.3 Borgere med behov for palliation” er Ældre Sagen tilfredse med, at målgruppen også omfatter borgere, som ikke er udredt for en livstruende sygdom, men hvor behovet for palliative indsatser er til stede. For en del svækkede ældre borgere fx ældre borgere med en ikke-diagnosticeret demenssygdom, vil palliative indsatser være en forudsætning for en tryg og værdig afslutning på livet. Der er i dag udbredt ulighed i adgangen til specialiserede lindrende indsatser for blandt andre målgruppen af ældre. Det er derfor vigtigt for Ældre Sagen at under-strege, at ældre mennesker med palliative behov af høj sværhedsgrad inden for enkelte problemområder og med flere

		sammenhængende problemområder, skal visiteres til de specialiserede palliative indsatser. I forlængelse heraf ser vi frem til kommende ensartede nationale kriterier for henvisning til specialiseret palliation, så flere livstruende syge ældre mennesker får adgang til den rette lindrende pleje, omsorg og behandling.
3. Forløb og indsatser	-	Vedr. ”3. Forløb og Indsatser” bør det tilføjes som et krav, at den kommunale sygepleje løbende skal sikre samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling ved hjælp af metoden Advance Care Planning (på dansk FPB) med borgere med behov for palliative indsatser. Det fremgår i beskrivelsen under punkt 3.5, men bør skærpes og fremgå under ”Krav” punkt 3, så det i højere grad sikres, at pleje, omsorg og behandling i den sidste tid er i overensstemmelse med borgerens egne ønsker og behov, og videre at unødven-dige indlæggelser og unødvendig behandling forebygges. Vedr. ”3.Forløb og Indsatser” under ”Krav”: ”Den kommunale sygepleje skal tilrettelægge og varetage palliative indsatser på baggrund af løbende behovsvurdering med inddragelse af borgerne”. Her bør inddragelse af eventuelle pårørende tilføjes.
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Det fremstår uklart, hvad rammen er for, at der henvises til den kommunale sygepleje uden om lægehenvisning. Ved behov for sygepleje bør det fremgå, at

	læge skal med ind over i forhold til at tage stilling til nødvendig behandling.
3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Det bør tilføjes, at sygeplejen skal initiere/henvise til palliativ rehabilitering, da dette er væsentlig for, at livstruende syge mennesker kan bevare deres funktionsevne længst muligt og bidrage til livskvalitet i en meget sårbar periode af livet. Der ses i dag en tendens til, at nogle kommuner giver afslag på palliative indsatser til erklærede terminale borgere med henvisning til, at de ikke opfylder visitationskriterierne, da de ikke samtidig modtager hjælp og støtte efter ældre-loven. Det er en helt uacceptabel praksis, og det bør derfor fremgå som et krav i kvalitetsstandarderne for den kommunale basale palliation, at alle borgere, der er erklæret terminale, uanset om de modtager hjælp og støtte efter ældre-loven, har adgang til den hjælp og støtte, de har brug for, herunder kan bevilges støtte til sygeplejeartikler, ernæring og palliativ fysioterapi, ligesom pårørende skal have adgang til plejeorlov. Der nævnes, at sygeplejefaglige indsatser skal kunne ”iværksættes rettidigt”, og at udredning senest skal gennemføres ”inden for en uge efter henvisning”. ”Rettidigt” fremstår uklart, og de to krav bør suppleres med, at det tilføjes ”under hensyntagen til høj kvalitet og patient-sikkerhed”. Som del af vurdering skal der tilføjes og nævnes vurdering af skrøbelighed (CFS) i forhold til, at det er et redskab, der kan

		bruges på tværs og i kommunikationen med andre aktører fx læger fra sygehus og almen praksis og akutsygeplejen.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Det er uklart, hvad der menes med, at rehabiliterende indsatser er en ”samarbejdsproces mellem borger, eventuelle pårørende og professionelle.” Det er vigtigt, at det tydeliggøres, at borger og eventuelle pårørende understøttes i at deltage i beslutninger om eget forløb.
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	Det er godt og nødvendigt, at det fremgår som et krav, at den kommunale sygepleje skal have adgang til nødvendigt udstyr til varetagelse af sygeplejefaglige indsatser samt basal palliation. Det bør dog også fremgå under 3. ”Krav”, at der skal være adgang til nødvendig medicin. Derudover bør det tydeliggøres, at denne adgang aftales og sikres mellem de professionelle, sådan at det ikke pålægges pårørende fx at være garant for afhentning af palliativ medicin hos et regionalt tilbud.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Ældre Sagen er positiv over for, at det er angivet som et krav, at der skal være medarbejdere med særlige fagområde-specifikke sygeplejekompetencer inden for blandt andet palliation og demens. Det er dog kritisabelt, at der alene står på enhedsniveau, uden at dette er nærmere defineret. Det vil kunne tolkes meget

forskelligt i praksis. Det bør derfor fremgå, hvor mange medarbejdere med fagområdespecifik viden om palliation og demens, der skal være i en kommune i forhold til antallet af indbyggere i kommunen, så det sikres, at kapaciteten og kompetencerne imødekommer behovet og under hensyn til patientsikkerheden. Det bør ligeledes fremgå klart, at der skal være nøgle-personer i hver driftsenhed.

Vi vil opfordre til, at kompetencer inden for gerontologi og geriatri også nævnes som fagområdespecifikke kompetencer.

Det skal fremgå, at der også skal være kompetencer til at inddrage patienter og eventuelle pårørende samt krav til relationelle kompetencer. Inddragelse af patienter og pårørende bør være et selvstændigt afsnit i stil med de fem eksisterende underafsnit. For at patienter kan opleve en værdig og tryg behandling, er det essentielt, at man som patient bliver lyttet til og mødt som et helt menneske. Det skal være en del af kravene, at patienter og eventuelle pårørende skal understøttes i at blive inddraget. Det kan handle om at kunne deltage i såvel afklarende dialog som beslutninger om eget plejeforløb. Det er dermed vigtigt, at personalet har relationelle kompetencer og arbejder med en inddragende tilgang. Det skal i afsnittet om kompetencer således fremgå tydeligt, at kliniske og instrumentelle kompetencer skal suppleres med relationelle kompetencer.

	4.2. Basale palliative kompetencer	Det er positivt, at alle medarbejdere i den kommunale sygepleje skal have grundlæggende viden om basal palliation. I den forbindelse kan det med fordel fremgå under anbefalinger, at medarbejdere med særlige palliative kompetencer skal kunne arbejde både med borgerforløb, kompetenceudvikling og udvikle de palliative indsatser i kommunen generelt.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	For at sikre, at der er de rette faglige kompetencer i de enkelte driftsenheder, kan det tilføjes, at der bør gennemføres egentlige nøglepersonsuddannelser inden for blandt andet palliation.
5. Organisering og samarbejde	-	Vedr. krav til telefonisk og digital tilgængelighed bør der efter ”samarbejdspartnere” indsættes ”og borgere og eventuelle pårørende”, så også modtagere af sygeplejen har mulighed for kontakt til sygeplejen. Det skal også fremgå, at tilgængelighed ”hele døgnet” skal være ”alle ugens dage og hele året rundt.” Vedr. ”5. Organisering og Samarbejde” under ”Anbefalinger”: ”Etablere organisatoriske rammer, der understøtter struktureret vidensdeling og omsætning af ny viden i praksis”. Dette er afgørende for kvalitet i indsatserne og den kontinuerlige kvalitetsudvikling og bør derfor have forpligtende karakter. Punktet bør dermed flyttes til ”5. Organisering og Samarbejde” under ”Krav.” Vedr. “5. Organisering og Samarbejde” under “Krav”: “Have tydelige og operationelle samarbejdsaftaler mellem den kommunale sygepleje og relevante regionale aktører herunder akutsyge-

	plejen". Det er ikke alene væsentligt, som beskrevet s. 23 under overskriften "Samarbejde med det specialiserede palliative niveau", men helt afgørende, at den kommunale sygepleje har adgang til specialiserede palliative, døgndækkede rådgivningsfunktioner. Dette bør derfor fremgå eksplicit i ovenstående krav.
5.1. Organisering og tilgængelighed	
5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Det lyder intuitivt korrekt, at der skal være faglig bæredygtighed, så opgaver kan varetages forsvarligt og med høj kvalitet. Det forbliver dog uklart og bør derfor præciseres, hvad der definerer "forsvarligt og med høj kvalitet". Vi er bekymrede for, at muligheden for samarbejde på tværs af kommuner kan betyde ventetid og påvirke responstider negativt, hvorfor afsnittet bør præcisere, at organiseringen på tværs af kommuner ikke må gå ud over patientsikkerheden.
5.3. Intrakommunalt samarbejde	Vi er enige i, at der skal være klare rammer for samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og helhedsplejen. I teksten og generelt i kvalitetsstandarden er det dog ikke tydeligt, hvordan sygeplejen skal integreres med helhedsplejen. Vi mener, det er vigtigt med klar afgrænsning af, at sygeplejeopgaver udføres under sundhedslov. Samtidigt er det vigtigt at tydeliggøre den koordinerende funktion, som sygeplejen har i forhold til øvrige parter i kommunen, også hvis den løftes af privat leverandør.

	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Den kommunale sygeplejes koordinerende funktion over for andre aktører bør nævnes tydeligt under krav. Der mangler en klar beskrivelse af samarbejde med hjemmebehandlingsteams, der må forventes at blive et tilbud, som den kommunale sygepleje også skal samarbejde tæt med. Det bør fremgå af afsnittet, at den kommunale sygepleje i et tværsektorielt samarbejde skal bidrage til at reducere forebyggelige sygehusophold og genindlæggelser.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Det er positivt, at der i afsnittet om kvalitetsudvikling foreslås kvalitetsarbejde, der omfatter både sundhedsfaglig, borgeroplevet og organisatorisk perspektiv. Men der mangler konkrete indikatorer, især for det nationale niveau. Vi finder det dog utilstrækkeligt, at Sundhedsstyrelsen ikke definerer tydelige rammer for en national dataopsamling til kvalitetsudvikling og -monitorering. Den kommunale sygepleje har fremadrettet en central funktion i det nære sundhedsvæsen, og det er afgørende, at der er national kvalitetsudvikling og monitorering. Den manglende ramme med nationale data gør formålet med kvalitetsstandarderne sårbart i forhold til, at de skal bidrage til "tilgængelighed og ensartede tilbud af høj kvalitet." Hvordan ensartet faglig kvalitet uden nationale kvalitetsindikatorer skal opnås eller

		dokumenteres står hen i det uvisse, så længe der kun er stillet krav til, at kommuner har lokale kvalitetsdata. Som minimum skal der i boksen med krav derfor tilføjes, at kommuner skal bidrage med data for kommunal sygepleje til nationale kvalitetsdata, jf. under 6.1. Det er afgørende, at afsnit markeret i [] bevares og præciseres med tilsvarende tekst, der sikrer krav til opgaven med at bidrage til national dataopsamling for en samlet national kvalitetsudvikling og monitorering af såvel den kommunale sygepleje som den palliative indsats.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	Se ovenfor vedr. den manglende nationale dataopsamling og kvalitetsmonitorering.
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Det er positivt, at der er udviklet kvalitetsstandarder for akutsygepleje med henblik på en mere ensartet kvalitet på tværs af landet. Ældre Sagen har dog flere konkrete kommentarer til at forbedre kvalitetsstandarden nedenfor, især i forhold til at præcisere krav i forhold til patientsikkerhed for ældre, der er den typiske målgruppe for akutsygeplejen.

Kvalitetsstandarden synes at vægte, at akutsygeplejen primært fungerer som en slags sygeplejefaglig pendant til en lægefaglig bagvagt på sygehuset eller den sygeplejefaglige pendant til et 96 timers behandlingsansvar. Funktionen fremstår primært som en tilkaldefunktion, der kan kontaktes, hvor fagligheden slipper op for personalet i front. Det er ærgerligt, at det ikke i højere grad er valgt systematisk at fremhæve også det forebyggende og opfølgende formål forud for og efter indlæggelser og sygehuskontakter. Vi mener, at akutsygeplejens funktion rummer et potentiale for et tættere samarbejde mellem egen læge, sygehus og kommune med henblik på at forebygge gentagne sygehuskontakter og forværringer af ældres tilstand.

Som led i dette vil vi også opfordre til i højere grad at sikre en nationalt rammesat kvalitetsudvikling såvel som monitorering. Det er en alt for risikabel vej at gå at omlægge behandling og pleje af ældre fra sygehus til eget hjem, fra sekundær til primær sektor, hvis ikke der nøje monitoreres og følges op på, i hvilken retning kvaliteten udvikler sig med henblik på at styre bedst muligt for sikker og tryg behandling for ældre. Hvis ikke der sikres et nationalt kvalitetsarbejde, risikerer vi, at kvalitetsstandarderne bidrager til strukturel alderisme, altså at der i praksis bliver en uhensigtsmæssig og urimelig forskelsbehandling, som vi ikke kan forestille os, at nogen har et bevidst ønske om som konsekvens.

Vi er desuden bekymrede for, at der ikke er tilstrækkeligt tydelige krav til konkrete indsatser i akutsygeplejen, da kvalitetsstandarden i højere grad nævner eksempler på instrumentelle indsatser frem for at opliste opgaver som i den nuværende kvalitetsstandard for akutfunktioner. Med kvalitetsstandarden lægges der i høj grad op til, at den kommunale sygepleje skal overtage sygeplejen hurtigt fra akutsygeplejen enten med rådgivning eller oplæring. Det undrer os,

eftersom en del af sundhedsreformen jo har betydet, at kommuner har afgivet sygeplejersker til regionen, når akutsygeplejen er flyttet som myndighedsopgave.

Uden en klar national ramme efterlades konkrete indsatser til lokale aftaler med risiko for 17 varianter af sundhedsvæsenet. Eller endnu værre at ældre risikerer at ende som kastebold mellem medarbejdere, der hver især vil sende et menneske videre til den anden sygeplejes ansvar og i sidste ende risikere en akut indlæggelse.

Endelig handler det for Ældre Sagen om at sikre, at ældre patienter vurderes sundhedsfagligt og lægefagligt og får den rette helhedsorienterede behandling i tide, så akutsygeplejen ikke bliver et forsinkende led for anden nødvendig behandling i et samlet patientforløb.

Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Vedr. "1.3.2. Rammer for lokal tilrettelæggelse" er det uklart, hvilke rammer der defineres fra Sundhedsstyrelsens side til ansvarsfordeling for akutsygepleje og øvrige aktører i sundhedsvæsenet, ikke mindst kommunal sygepleje. Derudover er det uklart, hvad der forventes for, at tilrettelæggelse af akutsygeplejen lever op til at kunne tage hensyn til "geografisk tilgængelighed, kontinuitet, faglig bæredygtighed, koordineret og rettidig indsats", samt hvad der ligger i "hensigtsmæssig" anvendelse af den samlede kapacitet. Hvilken kvalitet, patienter kan forvente sig heraf, forbliver uklart, og af en kvalitetsstandard burde man kunne forvente, at der er nationale rammer for fx tilgænge-

		lighed og klare responstider. Dette bør ikke være efterladt til lokale aftaler, særligt taget formålet om ensartet kvalitet in mente.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	Her bør det fremhæves som sigtelinje, at akutsygeplejen har et betydeligt bidrag til en forebyggende indsats med henblik på at understøtte ældres helbred og forebygge genindlæggelser og forebyggelige sygehusophold. Det bør også understreges, at udviklingen skal ske på et datadrevet grundlag, lokalt som nationalt.
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Det fremstår uklart, hvad der definerer ”hurtig” vurdering, pleje og behandling. Er det en hurtigt udført indsats, eller er det en indsats modtaget uden længere ventetid? Det er uklart, hvem der har ansvar for, at indsats i hjemmet vurderes som ”faglig relevant”. Her bør der tilføjes ekstra led med ”…, patientsikkert og i overensstemmelse med patient og eventuelle pårørendes behov og ressourcer.” Det skal fremgå af afsnittet, at akutsygeplejen ikke må blive et forsinkende led, hverken ved akut nyopstået sygdom eller forværring af kendt sygdom.
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	Det bør præciseres, hvem der har ansvaret for at afgøre, om det er et akut eller subakut behov for akutsygepleje. Det bliver ikke mindst afgørende, da der hertil knyttes forventning om reaktionstid.

		Det bør præciseres, hvad der ligger i ”inden for få timer”. Tid er altafgørende for indsatser i grænselandet til det akutte og præhospitale sundhedsvæsen. Det er nødvendigt at tydeliggøre gråzonen mellem den tydeligt livstruende tilstand og en akut opstået sygdom, der ved forsinket behandling kan være livstruende eller føre til alvorlig permanent funktionsnedsættelse, fx blodpropper og hjerneblødning. Målgruppen af ældre har ofte atypiske symptomer. Det bør fremhæves, at akutsygeplejen ikke må blive et forsinkende led, og at der skal være hensyn til patientsikkerhed.
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	I afsnittet fremstilles akutsygeplejen som kortvarig og typisk ”ikke længere end få dage”. Det bør tilføjes og fremhæves, at indsatser, der kan vare længere, ikke blot er ”i nogle tilfælde”, men at det systematisk bør tilrettelægges som en del af opfølgning efter indlæggelser, især til særligt udvalgte patientgrupper. Der er fx viden om, at tæt opfølgning i 14 dage efter hoftebrud reducerer dødelighed. Også opfølgning for ældre efter indlæggelse i geriatrien har vist at reducere dødelighed.
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	Her mangler der igen som ovenfor en klar præcisering af, hvem der afgør, hvad der er akut og subakut, og hvad der ligger i ”hensigtsmæssig”. Det bør fremgå, at det er af hensyn til patientsikkerhed og ud fra patientens og de pårørendes behov og ressourcer.

	3.2. Målgruppens karakteristika	Igen er det ordet ”hensigtsmæssigt”, der mangler tydelig henvisning til, at det er knyttet til patientsikkerheden.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Det er positivt, at det fremgår, at adgangen 24/7 også gælder for ”borgere, der modtager akutsygepleje.” Her bør også pårørende nævnes. Det er stærkt bekymrende, at en (national) kvalitetsstandard definerer, at det er lokale instrukser, der skal definere, ”hvornår den præhospitale indsats skal involveres, samt hvornår øvrige aktører skal inddrages med henblik på afklaring af behov for indlæggelse.” Det bør af patientsikkerhedsmæssige hensyn absolut defineres ensartet fra styrelsens side, så der er ensartet kvalitet for ældre for, hvornår de skal indlægges.
	4.2. Typer af indsatser	Trods viden om vigtigheden af patient-inddragelse og fælles beslutningstagning fremgår patientinddragelse kun som del af krav til kompetencer, men ikke til indsatser. Det er gennemgående, at behovsvurdering varetages i akutsyge-plejen, uden at patienten nævnes. Det er dog vigtigt, at man som patient oplever sig lyttet til og mødt som menneske. Med den akutte opgave i akutsygeplejen er det vigtigt, at personalet har relationelle kompetencer og arbejder med en inddragende tilgang. Derfor ser vi det som vigtigt, at krav til kompetencer suppleres med krav til relationelle og patient-inddragende indsatser. Under de tre

punkter for typer af indsatser vil vi derfor opfordre til at tilføje:

- Drage omsorg for det enkelte menneske i direkte borgerkontakt og inddrage patient og eventuelle pårørende i beslutninger om plejen og øvrig indsats.

Det er tidligere nævnt, at akutsygeplejen er tilgængelig hele døgnet, så i det sidste afsnit under 4.2. side 13 skal "umiddelbart" slettes. Ellers fremstår det inkonsekvent - enten er den døgndækket, eller også er den ikke.

Under 4.2.2. bør det tilføjes:

- at patient og pårørende inddrages i samlet vurdering.
- at anvende CFS som led i vurdering, da denne er udbredt på sygehus og i almen praksis som led i et fælles screeningsredskab for skrøbelighed.
- at ernæring og tandpleje nævnes som eksempler på øvrige indsatser.

Varigheden af indsatsen med direkte borgerkontakt (4.2.3.) bør hvile på en vurdering af behovet for indsats og ikke per definition være af "kortere varighed, typisk ikke længere end få dage."

Der burde være en samlet liste over, hvad der kan forventes at blive leveret af akut-sygeplejen i forhold til de instrumentelle opgaver. Med lokale aftaler risikerer man forskelligt kvalitetsniveau som i dag, og det kan blive med risiko for, at hverken

		den ene eller den anden part vil løfte opgaven i en akut situation – med risiko for lang ventetid for en ældre. Hvor der er defineret, at den kommunale sygepleje og akutsygeplejen har samtidige opgaver, skal det tilføjes, at det skal udføres med sammenhæng for patienten.
	4.3. Udstyr og medicin	Det er positivt, at akutsygeplejen skal have adgang til såvel udstyr som hyppigst anvendte lægemidler. Vi vil opfordre til, at det præciseres som indledende del af første sætning i afsnittet: ”Som del af den vederlagsfri akutsygepleje skal akutsygeplejen have adgang…” Målgruppen for behandling i akutfunktionen må formodes at skulle behandles medicinsk, men er samtidig ikke i stand til selv tage på apoteket. Derfor er det yderst relevant, at det også er tydeligt beskrevet som del af kvalitetsstandarderne, at medicin og udstyr for den aktuelle behandling og pleje er del af den vederlagsfri akutsygepleje.
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Det er positivt, at kompetencer til at inddrage borgere og pårørende er nævnt, og vi vil foreslå herunder at tilføje relationelle kompetencer, ligesom vi mener, det er vigtigt at tilføje kompetencer inden for geriatri og gerontologi. Derudover bør det fremgå, at demensfaglige kompetencer skal være en grundforudsætning i akutsygeplejen

		generelt set i lyset af målgruppens størrelse og kompleksitet.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Det er positivt, at det er defineret, at akutsygeplejen skal have en bred geografisk tilstedeværelse i alle kommuner, og at borgerne skal have samme kvalitet uanset tidspunkt på døgnet. Det er dog uklart, hvorvidt det betyder, at der skal være en enhed i alle kommuner, eller akutsygeplejen blot skal kunne køre ud i alle kommuner fra centralt hold i regionen. Forskellen vil have betydning for ventetid på akutsygeplejens indsats og dermed patientsikkerhed, hvorfor det bør præciseres.
	6.2. Tilgængelighed	Det bør præciseres, hvad der ligger i "let og hurtigt tilgængelig", jf. at ventetid i akut sammenhæng udgør risiko for patienter.
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Her bør også hjemmebehandlingsteams nævnes som en del af andre aktører samt præciseres, hvilken rolle akutsygeplejen har i relation til 96 timers behandlings-ansvar fra sygehus. Det bør også tydeliggøres, hvem der har behandlingsansvaret i de situationer, hvor akutsygeplejen er tilkaldt via den kommunale sygepleje, dvs. uden lægehenvisning.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	Det er positivt, at der i afsnittet om kvalitetsudvikling foreslås kvalitetsdata, der rummer både faglig, borgeroplevet og organisatorisk kvalitet. Vi finder det dog utilstrækkeligt, at Sundhedsstyrelsen for

akutsygeplejen som en central del af det nære sundhedsvæsen ikke definerer tydelige rammer for en national dataopsamling til kvalitetsudvikling og -monitorering. Dette skal særligt ses i lyset af, at det allerede i kvalitetsstandarder for akutfunktionen (2023) også er beskrevet, at den nationale ramme skulle udvikles. Det er dog fortsat svært at finde valide og offentligt tilgængelige data særskilt om akutfunktioner.

Den manglende ramme med nationale data gør formålet sårbart i forhold til at kvalitetsudviklingen skal "danne grundlag for ensartet høj faglig kvalitet i akutsygeplejen." Hvordan ensartet faglig kvalitet uden nationale kvalitetsindikatorer skal opnås eller dokumenteres, står hen i det uvisse, så længe der kun er stillet krav til, at regioner og sundhedsråd har regionalt og lokalt datadrevet kvalitet. Vi mener ikke, at forslaget om en lokal kvalitetssikring og måling uden krav til nationale data i kombination med at skulle afvente et fremtidigt nationalt register vil lede til et ensartet grundlag, der kan sikre ensartet høj kvalitet.

Ældre Sagen ser derfor gerne, at kvalitetsstandarderne om akutsygeplejen omfatter krav til nationale data for kvalitet – til en start fx på allerede kendte data for genindlæggelser og/eller forebyggelige sygehusophold målt for patienter i akutsygeplejen.