

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Vedr. Kvalitetsstandarder for Sundheds- og Omsorgspladser

DASYS har modtaget tre høringsforslag fra de faglige selskaber. Henholdsvis Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker, Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker og Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne.

Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker

Infektionsforebyggelse er det første våben imod de hyppigst forekommende sundhedssektorerhvervede infektioner, herunder urinvejsinfektioner og luftvejsinfektioner.

Rigsrevisionen påpegede i 2021, at 54 % af de danske hospitaler ikke levede op til krav og retningslinjer om forebyggelse af infektioner. Økonomiske beregninger viser, at en hospitalserhvervet infektion i gennemsnit koster samfundet 20.000, hvilket svarer til over 1,2 mia. Herudover udbetales erstatninger svarende til 76 Mio for 300 personer med uønskede infektioner, pådraget i sundhedssektoren.

Infektioner fører ofte til forlænget indlæggelsestid, genindlæggelse og øget behandlingsbehov samt ikke mindst øget antibiotikaforbrug. Den forlængede indlæggelsestid må forventes at kunne resultere i netop behov for ophold på sundheds- og omsorgspladser og øget behov for rehabilitering.

Ud over dette var der i 2023 ifølge Dansk Industri ca. 72000 forebyggelige indlæggelser, som koster samfundet mere end 2 mia. kroner om året. En del af disse er relateret til infektion, herunder blærebetændelse, nedre luftvejssygdom og gastroenteritis.

Infektioner – både samfunds- og sundhedssektorerhvervede – kan således forudses at udgøre en ikke uvæsentlig andel af årsagen til ophold på sundheds- og omsorgspladserne.

Det må derfor anses som rettidig omhu, at man på Sundheds- og omsorgspladserne får et eksplicit fokus på infektionsforebyggelse. Vi har påpeget nogle punkter i dokumentet, hvor infektionsforebyggelse med fordel kan skrives mere tydeligt ind.

1.2. Uklart hvordan infektionsforebyggelse og hygiejniske minimumskrav tænkes ind, når pladserne defineres som stationære, men uden for sygehusregi. Det bør præciseres at nationale hygiejnestandarder også gælder for disse pladser.

Det er vigtigt at få defineret, om pladserne er en del af sundhedssektoren, da de eksisterende inf. hyg. retningslinjer i så fald også gælder her.

Efter organisatorisk bæredygtighed ønskes tilføjet: samt hindre forekomst af sundhedssektor erhvervede infektioner

2.1 I definitionen af hvornår en borger skal tilbydes observation, behandling og/ eller pleje i eget hjem, på sundheds- og omsorgspladserne eller hospitalet, bør hjemmets tilstanden medtænkes (kap 2)

2.2 For alle målgrupper arbejdes der infektionsforebyggende som skal sikre hindring af sundhedssektorerhvervede infektioner og dermed kan anvende antimikrobielle lægemidler i tæt samarbejde med det tværfaglige team på omsorgspladserne. jf. AMR handlingsplan.

Der skal på sundheds og omsorgspladserne arbejdes infektionsforebyggende således sundhedssektor erhvervede infektioner undgås og unødigt anvendelse af antimikrobielle lægemidler undgås jf. AMR

handlingsplanen. Det infektionsforebyggende arbejde tilrettelægges efter de generelle infektionshygiejniske forholdsregler.

3.2 Infektionsforebyggelse og hygiejne nævnes ikke eksplicit som en del af de sundhedsfaglige indsatser. Dette bør tydeliggøres, fx håndhygiejne, brug af værnemidler, rengøring og håndtering af invasive adgange?

I afsnittet og eksempler ønskes tilføjet efter egenomsorg, medicinering, **infektionshygiejne**.

I afsnittet der starter med Lægemidler, kommentar: Der mangler en beskrivelse af hygiejnisk forsvarlig medicinhåndtering, herunder opbevaring, dispensering og administration i plejeboliglignende rammer.

3.3 Korrekt rengøring for at hindre smittespredning mellem borgere jf. lokale retningslinjer, og producentens anvisninger

3.4 Ansvarsfordelingen kan med fordel være mere tydeligt. I eksisterende fysiske rammer, hvor SOP'er befinder sig i plejeboliglignende rammer uden adgang til skyllerum og genbehandlingsfaciliteter, bør det fremgå at regionerne overtager ansvaret for genbehandlingen af udstyret og at genbehandling skal følge gældende infektionshygiejniske anbefalinger.

Ligeledes adgang herunder adgang til specialiserede kompetencer, fx hygiejnesygeplejersker.

4.3 Der mangler fokus på systematisk videregivelse af smitteoplysninger ved overgange mellem region og kommune. Hvordan sikres information om kendt smitte, nødvendige hygiejnetiltag, etc.? Under afsnittet ønskes tilføjet: For borgere med Antimikrobiel resistens skal der jf. AMR handlingsplanens indsatsområdet resistensbekæmpelse indsats 1 indgå styrket samarbejde mellem region og kommuner indenfor forebyggelse af infektioner. Her vil de regionale hygiejnesygeplejersker via formaliseret vederlagsfri rådgivningsfunktion kunne rådgive og undervise om smitteforebyggende Forholdsregler.

5.2 I afsnittet ønskes tilføjet Der er behov for en definition af ikke hensigtsmæssig fx. kan ikke forsvares infektionshygiejnisk da der mangler opbevaringsmuligheder til sterile produkter, der kan ikke etableres en ren overflade, der er skadedyr o.a.

Et af kriterierne for målgruppen er patienter i ustabile forløb der kan have behov for løbende lægelig vurdering. Det matcher ikke ret godt med, at der kun er lagt op til sosu'er i nattevagt, selvom der er sygeplejerske på tilkald.

6.2 Infektions (fx forekomst af infektioner, antibiotikaforbrug og udbrud) bør indgå i det nationale datagrundlag for at understøtte patientsikkerhed og kvalitet.

I regionerne monitoreres data for infektioner og AMR. Dette bør følge med over på sundheds- og omsorgspladser således data udenfor hospitaler monitoreres.

Indsatser i AMR-handlingsplanen med rational antibiotikaforbrug bør indgå som et fokusområde ved hjælp af at arbejde infektionsforebyggende

Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker

1.2 Definition af sundheds- og omsorgspladser

Afsnit 1: Det står nævnt, at formålet med opholdet bl.a. kan være basal palliation.

KOMMENTAR: Det bør tilføjes til næstsidste sætning at: "der tilsammen har et rehabiliterende **eller pallierende** sigte.

2.1 Generelt om målgruppen

Afsnit 1: Målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne er borgere med behov for en rehabiliterende sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver en sygehusindlæggelse, men heller ikke hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem.

KOMMENTAR: Det bør tilføjes at indsatsen også kan være basal palliation.

Afsnit 5: Det fremgår at:

”Borgere med behov for basale palliative indsatser vil være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne, hvis de samtidigt har behov for nogle af de andre sundhedsfaglige indsatser, som tilbydes på sundheds- og omsorgspladserne. Borgere, der alene har behov for basale palliative indsatser, vil ikke være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne”.

KOMMENTAR: Vi bemærker, at det er uhensigtsmæssigt at udelukke borgere, ”der alene har behov for basale palliative indsatser” fra pladserne. I praksis møder vi multisyge og terminalerklærede borgere, der har behov for at god basal palliation og med personale tæt på. De kan være for symptomatiske til at være i eget hjem, samtidig med at de ikke kandiderer til en indlæggelse på en sygehusafdeling eller en specialiseret palliativ afdeling. Disse patienter falder i dag mellem to stole, og afvises i dag pga. ”manglende rehabiliteringspotentiale”. Bliver disse patienter ikke inkluderet i målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne, vil de fortsat blive svigtet.

2.2 Eksempler på borgere, som er i målgruppen

KOMMENTAR: Vi foreslår, at følgende eksempel tilføjes:

Eksempel: Borgere fra eget hjem, sygehus eller hospice, som har behov for basal palliation, men hvor denne ikke kan varetages optimalt i eget hjem, og hvor kompleksiteten ikke kalder på en specialiseret palliativ indsats. Det kan være borgere med behov for en midlertidig palliativ indsats af lindrende karakter fx multisyge patienter, hvor opholdet mere har et pallierende/restituerende fokus, og hvor genoptræningspotentialet typisk er lille. Det kan også være borgere, der har brug for et kortere ophold, der kan vare indtil livets afslutning, og hvor indsatsen af forskellige årsager ikke kan varetages i eget hjem. Årsagerne kan fx være behov for hurtigt og hyppigt at kunne tilkalde sundhedsfaglig assistance over døgnet som fx hos terminalt syge borgere med åndenød, smerter og angst.

Borgere som står på venteliste til en specialiseret palliativ enhed, bør også være omfattet, hvis ikke indsatserne bedre varetages i hjemmet eller på sygehuset. I så fald bør der være assistance fra et palliativt team.

3.1 Formålet med opholdet

KOMMENTAR: Vi foreslår det tilføjes: at formålet med opholdet tillige kan være at hjælpe borgere med behov for basal palliation et midlertidigt rehabiliterende/lindrende ophold eller et ophold med henblik på en værdig død, hvis dette ikke kan varetages i hjemmet, og hvor opskrivning til en plads på et plejecenter er meningsløs pga. forventet kort restlevetid.

3.2 Indsatser

På sundheds- og omsorgspladserne varetages en række sundhedsfaglige indsatser som observation, behandling, genoptræning samt basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende (tilføj: og/eller pallierende) sigte.

KOMMENTAR: Der bør tilføjes et afsnit om borgere med behov for basal palliation, fx:

For borgere med behov for et ophold med henblik på basal palliation vil indsatserne være anderledes. Der bør lægges en individuel plan for indsatserne, der gerne tager udgangspunkt i en systematik

behovsvurdering. Indsatserne kan for nogle have rehabiliterende karakter, mens for andre vil der primært være fokus på symptomlindring og opretholdelse af livskvalitet i den sidste tid. Der kan være behov for subkutan medicinadministration.

3.3 Udstyr

KOMMENTARER:

Vi foreslår, at det tilføjes, at der også bør være udstyr til rådighed til de patienter, der ikke kan træne. Der bør være lifte til rådighed og madrasser til sengeliggende patienter, der ikke kan mobiliseres.

Der bør også være infusionspumper til rådighed, som kan anvendes til terminale borgere i samarbejde med en specialiseret palliativ enhed.

Vi foreslår, at der er overnatningsmuligheder for pårørende og evt. tilkøb af mad.

3.4 Kompetencer

Afsnit 2: For alle faggrupper gælder det, at de skal kunne indgå i et tværfagligt samarbejde om den rehabiliterende eller (tilføj: basale palliative indsats.)

KOMMENTAR:

For at kunne udøve tilstrækkelig basal palliation er der behov for, at der er kompetencer til subkutan medicinering døgnet rundt, herunder håndtering af subkutane infusionspumper. Det er ikke optimalt, hvis døende patienter skal vente på en sygeplejerske på tilkald for at få den rette behandling for fx smerter, uro, dyspnø og delir. Dette bør kunne håndteres hurtigt.

Eftersom 13% af borgene på Midlertidige Døgn Ophold i dag dør 30 dage efter indlæggelse (Ref. 1) bør det prioriteres højt, at det tværfaglige personale på de fremtidige sundheds- og omsorgspladser er lige så kvalificerede indenfor palliation som rehabilitering, (hvilket vi ikke oplever er virkeligheden i dag.)

Vi foreslår, der stilles krav til:

- Sygeplejersker med specialviden om palliation til rådighed hele døgnet, evt. som tilkald.
- Mulighed for rådgivning af læge fra en lokal palliativ specialiseret enhed hele døgnet.
- Mulighed for medicinjusteringer på alle tider af døgnet af en læge med kendskab til patienten.
- Mulighed for tilsyn af læge døgnet rundt.
- Kvalitetsstandarder der beskriver kravene til de basale palliative indsatser.

Ref. 1: Det kommunale midlertidige døgnophold – MIDO Fund, tendenser og perspektiver fra 16 kommuner.
DOI: 10.11581/b5c7afa2-f2ca-4050-b54b-de19f67f975b

5 Tildeling

Punkt to formuleres, så en gruppe af patienter med behov for basal palliation udelukkes:

”En vurdering af funktionsevne, hvor vurderingen beror på, at der er et potentiale for, at borgerens funktionsevne eller mestring med et ophold på en sundheds- og omsorgsplads kan blive forbedret/rehabiliteret eller yderligere funktionsevnetab kan forsinkes.”

Ikke alle palliative patienters funktionsevne kan forbedres, det er ej heller altid muligt at forebygge yderligere funktionstab.

Vi foreslår, at det tilføjes, at borgere med behov for pallierende indsatser i form af symptomlindring, opretholdelse af livskvalitet samt en værdig død tilføjes.

5.3 Afslutning

Basal palliation mangler som selvstændigt kriterium. En tydelig inkludering vil kunne forebygge unødige hospitalsindlæggelser og uhensigtsmæssige hospiceindlæggelser.

Bilag 1 Begrebsafklaring

Vi foreslår at begrebet "Palliation" beskrives her.

Fagligt Selskab for Sygeplejersker der arbejder i Kommunerne

Gentagelser og deres indhold

Der er rigtig mange gentagelserne, hvilket nødvendigvis ikke gør kvalitetstandarden mere læse venlig. Gentagelserne skyldes formentlig et ønske om at sikre, at centrale budskaber og definitioner er tydelige for alle læsere – uanset hvor i dokumentet de starter. Det kan dog give oplevelsen af, at visse afsnit er unødigt overlappende.

Nedenfor beskrives nogle af gentagelserne.

1. Definition af målgruppen og formål

Gentagelse: Beskrivelser af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser samt formålet med pladserne optræder flere steder, især i kapitel 1 (Introduktion), kapitel 2 (Målgruppe) og kapitel 5 (Tildelings- og afslutningskriterier).

Indhold: Det gentages, at målgruppen er borgere med behov for en rehabiliterende sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver sygehusindlæggelse, men heller ikke kan varetages i eget hjem. Der nævnes igen og igen, at formålet er at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens funktionsevne, og at indsatsen skal være individuel og rehabiliterende.

2. Tildelings- og afslutningskriterier

Gentagelse: Kriterierne for tildeling og afslutning af ophold på sundheds- og omsorgspladser beskrives både i kapitel 2, kapitel 3 og igen i kapitel 5.

Indhold: Der gentages, at tildeling skal baseres på en individuel vurdering af borgerens samlede sundhedstilstand og livssituation, og at afslutning sker, når målet med opholdet er opnået, eller når der ikke længere er progression.

3. Samarbejde mellem region og kommune

Gentagelse: Betydningen af samarbejde og dialog mellem region og kommune nævnes flere steder, især i kapitel 4 (Organisering og tilrettelæggelse) og kapitel 5.

Indhold: Det understreges flere gange, at der skal være tæt samarbejde og løbende dialog om borgerens forløb, både ved tildeling, under opholdet og ved afslutning.

4. Indsatser og kompetencer

Gentagelse: Beskrivelser af de sundhedsfaglige indsatser og krav til personalets kompetencer optræder både i kapitel 3 og i bilagene.

Indhold: Det gentages, at indsatserne skal være tværfaglige, intensive og individuelt tilrettelagt, og at personalet skal have de rette kompetencer og mulighed for løbende udvikling.

5. Rehabilitering og funktionsevne

Gentagelse: Begreberne rehabilitering og funktionsevne forklares både i hovedafsnittene og i bilag 1.

Indhold: Der gives flere definitioner og forklaringer på, hvad rehabilitering og funktionsevne indebærer, og hvorfor de er centrale for indsatsen på pladserne.

Tekstnære kommentarer (det med kursiv er direkte tekst fra kvalitetstandarden)

1.2

En anden årsag kan fx være begrundet i boligsociale forhold, hvor hjemmet ud fra en sundhedsfaglig vurdering midlertidigt er uegnet til ophold for borgeren (hygiejne, manglende niveaufri adgang, spinkelt netværk mv.), eller hvor den sundhedsfaglige indsats ikke kan leveres henset til arbejdsmiljømæssige forhold. Dette er en forholdsvis ny tænkning set i forhold til en regional opgave, det er uvist hvordan finansieringen er dette sker. Tidligere var det jo at kommunerne betalte for de færdigbehandlede patienter. Betyder denne formulering at regionen betaler for borgerens boligsituation er at opgaven ikke kan varetages i hjemmet?

2.1

Her beskrives målgruppen også som Målgruppen kan desuden omfatte borgere med samtidige psykosociale problematikker eller rusmiddelrelaterede udfordringer mv. Det er meget vigtigt tiltag at borger med disse problemstillinger også er målgruppe, ser dog en stor udfordring i forhold til de kompetencer, som personalet skal besidde, såvel lægefagligt som plejefagligt.

En relativt lille andel af målgruppen vil udgøres af borgere, der i tillæg til den sundhedsfaglige indsats, der ydes på sundheds- og omsorgspladserne, vil have behov for udvalgte indsatser efter serviceloven. Det er kommunens ansvar at levere de kommunale indsatser efter serviceloven på sundheds- og omsorgspladserne til denne andel af målgruppen. Det kan fx være indsatser i regi af socialpsykiatrien. Det er meget diffust hvilke indsatser, der menes i forhold til serviceloven, som kommunen skal varetage og hvilken betydning vil det have i forhold til, hvis nogle kommuner ikke får de nævnte omsorgspladser grundet for lille borgergrundlag etc.

2.2

I forhold til målgruppe er nævnt: *Der er tale om borgere i uforudsigelige forløb, eller hvor borgerne er i en ustabil fase. Hvis en borger er i et uforudsigeligt forløb og ustabil, så bør borgeren være indlagt ikke mindst set i lyset af at der ikke nødvendigvis vil være sygeplejersker til stede 24-7 til at observere disse borgere.*

Borger med demens omtales også som målgruppe efter en indlæggelse. Dette vil ikke være hensigtsmæssigt, da det vil medføre flere skift, hvilket ikke er hensigtsmæssigt for demente borger (risiko for delir). Disse borger bør udskrives til eget hjem/plejehjem. *Borgere med en eventuel samtidig psykisk lidelse er en del af målgruppen, hvis deres somatiske sundhedsfaglige behov tilsiger, at de har brug for en sundheds- og omsorgsplads. Det gælder også ældre borgere med demens, psykiske lidelser og/eller komplekse sygdomsbilleder, der er stabile nok til udskrivelse, men stadig kan have behov for rehabilitering og/eller behandling på sundheds- og omsorgspladserne*

2.3

Eksempel: *Borgere, der udskrives fra sygehus med lægefagligt begrundet behov for rehabilitering på specialiseret niveau.* Hvis man ikke indtænker denne målgruppe også, vil der i nogle kommuner være svært at oprette nok pladser til at det vil fagligt og økonomiske være rentabelt, hvorfor vi derved risikere at nærhedsprincippet ikke tilgodeses for denne målgruppe. Hvilket ikke er i overensstemmelse med intentionerne i reformen.

3.2

I nogle tilfælde vil det være relevant, at indsatsen også inkluderer en systematisk medicingennemgang, særligt hvis det drejer sig om borgere, med mange forskellige typer af lægemidler (polyfarmaci). Vi ved, at der sker mange medicinfejl i sektor overgange og at det fragmenteret sundhedsvæsenet ikke altid formår at få koordineret omkring borgerens medicin, når der er flere behandler involveret, så derfor bør medicingennemgang ikke kun ske i nogle tilfælde med altid.

3.4

I nattetimerne kan bemandingen med sygeplejefaglige kompetencer tilrettelægges, så der er social- og sundhedsassistenter til stede på matriklen. Dette forudsat, at der samtidig via tilkald er tilgængelige sygeplejersker, som har kendskab til indsatserne og rammerne for pladserne. I forhold til målgruppen (uforudsigelige og ustabile) som beskrives i kvalitetstandarden, bør der også være sygeplejerske tilstede i nattetimerne for at sikre patientsikkerheden.

4.1

Geografisk tilgængelighed. Det er med Aftale om sundhedsreform 2024 givet, at sundheds- og omsorgspladser som udgangspunkt skal forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. At benytte ord som "organisatorisk bæredygtighed" er at give carte blanche i metermål og angiver ikke kriterier for, hvornår regionen kan undlade at etablere pladser i kommunerne.

4.2

Regionerne har ansvaret for, at der er døgndækning hele ugen, året rundt med fast tilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladserne. Det er yderst vigtigt og relevant i forhold til målgruppen at der er døgndækning af læger, da vi netop ser, det er en udfordring i dag, hvor den behandlingsansvar læge ofte kun er at træffe i dagtimerne. Det vil derfor ikke være hensigtsmæssigt, at det er borgerens praktiserende læge, der er behandlingsansvarlig som foreslået, desuden vil det skabe unødvendigt forvirring hos personalet at skulle samarbejde med flere forskellige læger. *Der kan være tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt, at borgerens praktiserende læge i dialog med personalet på sundheds- og omsorgspladserne fortsat varetager behandlingsansvaret; typisk ved korterevarende ophold.*

4.3

Ligeledes kan en god overgang for nogle borgeres vedkommende understøttes af inddragelse af det almenmedicinske tilbud og/eller hjemmebesøg, eventuelt med inddragelse af pårørende og deltagelse fra opholdskommunen med henblik på at vurdere, hvordan en specifik borger kan vende tilbage til eget hjem. Det er yderst vigtigt med dialog ved udskrivelse med deltagelse af relevante partner, her vil det være hensigtsmæssigt at få indskrevet brug af videomøder/teamsmøde, som et brugbart redskab fremfor hjemmebesøg, da ressourcerne ikke er til dette, hverken for kommunerne eller for de praktiserende læger, som er en vigtig partner i forhold til at overtage behandlingsansvaret.

5.1

Foruden regionerne skal den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud kunne henvise borgere til sundheds- og omsorgspladserne. Det er essentielt at kommunerne også kan henvise til pladserne. Der bør løbende følges op på dette i regi af sundhedsrådene, for at sikre at kommunernes henvisninger ikke afvises.

5.3

Det er medarbejderne på sundheds- og omsorgspladserne, som vurderer, hvornår den enkelte borgers ophold kan afsluttes. Vurderingen foretages med udgangspunkt i de fastsatte mål for opholdet og i dialog med borgerens opholdskommune. Det er vigtigt, at en udskrivelse foregår i dialog, det vil hensigtsmæssigt, at praktiserende læge indgik i denne dialog i en eller anden form, da de overtager behandlingsansvaret.

6.1

Dertil skal region, herunder almenmedicinske tilbud, og sygehuse, og kommuner evaluere og gøre status på samarbejdet om borgernes forløb. Der mangler en mere præcis formulering i forhold til, hvor ofte det bør ske- er det en gang i hver valgperiode eller månedligt? Der bør udarbejdes få nationale data, som der skal monitoreres på og evalueres på nationalt, så det er muligt at sammenligne på nationalt niveau.

Med venlig hilsen
DASYS bestyrelse