

Høringsnotat vedr. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Baggrund

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen blev sendt i høring fra den 2. december 2016 til den 22. december 2016. I alt modtog Sundhedsstyrelsen 79 høringssvar fra 70 kommuner, 2 regioner, og 25 andre høringssvarter. Sundhedsstyrelsen finder det meget positivt, at så mange kommuner, regioner, faglige selskaber, interesseorganisationer og andre parter har prioriteret at afgive høringssvar til kvalitetsstandarderne. Høringskommentarerne er, i den udstrækning det har været muligt, indarbejdet i de endelige kvalitetsstandarder. Dette notat opsummerer hovedtemaer i høringssvarene.

Relevans af anbefalinger

Generelt har høringssvarterne en positiv holdning til kvalitetsstandarderne og byder dem velkommen. Høringssvarterne ser kvalitetsstandarderne som et relevant redskab til at afklare, hvad indholdet i en kommunal akutfunktion er, hvilket vil bidrage til smidigere opgaveløsning i snitfladen mellem primær og sekundær sektor. Endvidere påpeger flere høringssvarter det positive i, at anbefalingerne har fokus på lokal implementering, som kan være en hjælp i den enkelte kommune.

Behandlingsansvar

En række høringssvarter har påpeget, at der bør fremgå et tydeligere behandlingsansvar i kvalitetsstandarderne. Det bliver anført, at behandlingsansvaret, som det er formuleret i høringssudkastet, ikke skaber optimal, patientsikker behandling, og de mulige udfordringer ved dette.

- Anbefalingerne er uddybet, så det fremgår tydeligere at der anbefales fuldt behandlingsansvar enten hos praktiserende læge eller hos sygehuslæge. Herudover er det bemærket, at almenmedicinske problemstillinger, i perioden hvor patienten modtager en indsats fra akutfunktionen, der af personalet vurderes at kunne vente fem dage (normal responstid i almen praksis), varetages af praktiserende læge som vanligt. Sundhedsstyrelsen er klar over, at de forskellige lokale organiseringer vil medføre forskellige løsninger, som fungerer bedst lokalt. Derfor lægges der op til, at der for behandlingsansvaret skal udarbejdes lokale aftaler i regi af sundhedsaftalen.

Sygeplejefaglige kompetencer

Det påpeges fra nogle høringssvarter, at der i kommunerne er opkvalificeret sygeplejersker til at kunne yde akut sygepleje, hvorfor de opgaver, som er bekrævet i kvalitetsstandarderne, nogle steder kan varetages af den almindelige sygepleje. Det bevirker, at når kvalitetsstandarderne tolkes, vil der ikke være behov for at etablere hverken akutteam eller akutpladser, da det er op til kommunerne, hvordan de vil organisere sig, blot de kan varetage opgaverne.

- De indsatser, der varetages i den kommunale akutfunktion, uanset om det er af et team eller på en stationær plads, kræver både erfaring og rutine med indsatserne. Det er derfor vigtigt, at

opgaverne bliver varetaget af en afgrænset gruppe sygeplejersker, for at disse kan opretholde rutine i den specifikke opgavevaretagelse.

Uddannelse og rekruttering

Mange høringsvar angiver, at rekruttering af sygeplejersker med de angivne kompetencer kan blive en udfordring. Kommunerne påpeger, at sygeplejersker med det rette kompetenceniveau er begrænset, specielt i mindre og/eller yderligt beliggende kommuner.

- Det er vigtigt, at patienter på akutfunktionerne modtager ens behandling af høj kvalitet. Kommunerne kan hensigtsmæssigt indgå i tværkommunale samarbejder til løsning af opgaven på de områder, hvor der kræves særlige indsatser af personalet, og rekrutteringsgrundlaget ikke er tilstrækkeligt.

Manglende lovhjemmel

Det bliver anført, at rammedelegationen til en gruppe af patienter er en udfordring, da der på nuværende tidspunkt er restriktioner for, hvilke instrumentelle indsatser kommunerne må udføre. Kommunerne er udfordret af, at man ifølge *Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) VEJ nr. 115 af 11/12/2009* udelukkende må udføre opgaver i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygeplejen.

- Der pågår for nuværende et arbejde i regi af Styrelsen for Patientsikkerhed vedr. revision af medhjælpsreglerne. Det er blandt andet blevet fremhævet, at det er vigtigt, at reglerne understøtter nye samarbejdsformer mellem sundhedsvæsenets aktører, at reglerne sikrer klare rammer og tydelig ansvarsplacering, og at benyttelse af medhjælp sker patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt. De kommunale akutfunktioner skal følge disse regler, når arbejdet er afsluttet.

Merudgift til kommunerne

Nogle høringsparter påpeger, at der vil komme en merudgift til indkøb og vedligeholdelse af medicinsk udstyr og utensilier. Andre parter påpeger, at der med det øgede kompetenceniveau ligeledes vil komme en merudgift ved uddannelse af sygeplejersker til akutfunktionen.

- Der er med den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient afsat 445 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 170 mio. kr. til, at kommunerne kan styrke de kommunale akutfunktioner. Derudover vil Sundhedsstyrelsen opfordre til, at der i samarbejdsaftalerne i relation til en kommunal akutfunktion medtages stillingtagen til finansiering af udstyr, vedligeholdelse af udstyr, kompetenceudvikling, mv.

Monitorering af kommunale akutfunktioner

Nogle høringsvar angiver, at monitoreringen i de kommunale akutfunktioner i højere grad skal specificeres med henblik på at understøtte høj kvalitet i data. Flere kommuner påpeger i denne sammenhæng, at monitorering og kvalitetssikring gerne skal foregå i allerede etablerede systemer.

- Der bliver i kvalitetsstandarderne oplyst en række indikatorer, akutfunktionen bør registrere. Derudover fremgår det af *den fælles plan for udmøntning af den nationale handlingsplan for en styrket indsats for den ældre medicinske patient*, at der skal ske en monitorering og opfølgning på aktivitet, effekt, typer af ydelser, organisering, kompetencer mv. i de kommunale akutfunktioner med en årlig status på udviklingen i 2017, 2018 og 2019. Indsamling af oplysninger fra kommunerne sker under hensyn til mindst mulig ekstra registrering og administrativ belastning i kommunerne. Desuden indsamles oplysninger til brug for status i 2017, 2018 og 2019, som ikke findes i eksisterende registre mv., via KL's årlige dataindsamling – første gang i efteråret 2017.