



Sundhedsstyrelsen
Planlægning

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +4588826270
cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk
Dato: 8. december 2016
Ref.: bj@etf.dk

Høring om kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Ergoterapeutforeningen har modtaget Sundhedsstyrelsens udkast til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmeplejen i høring.

Ergoterapeutforeningen er enig i standardernes målsætning og værdigrundlag om ensartet høj kvalitet og patientsikkerhed, værdighed og patient- og pårørendeinddragelse samt sammenhængende forløb.

Foreningen har en enkelt kommentar, som knytter sig til standardernes kapitel 3 om tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner. Anbefalingen om at "Indsatsen i den kommunale akutfunktion er tæt integreret og koordineret med den øvrige kommunale hjemmesygepleje, almen praksis og sygehuse samt med andre kommunale indsatser fx trænings-, rehabiliterings- og ernæringsindsatser" er rigtig god, men i kapitlet foldes det ikke nærmere ud, hvordan sammenhængen er til fx trænings- og rehabiliteringsområdet. Hvordan koordineres og integreres indsatsen fx i forhold til borgere, der udskrives til akutfunktion og har en genoptræningsplan med fra det udskrivende hospital? Og hvordan sikres det rehabiliterende sigte, når akutfunktionerne træder ind som erstatning for indlæggelse på hospital? Kvalitetsstandarderne omtaler alene læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, men det bør fremgå af standarderne, at øvrige sundhedsprofessionelle – fx ergoterapeuter – vil være nødvendige samarbejdspartner i den koordinerede indsats, hvor borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne bør være omdrejningspunktet for indsatsen.

Ergoterapeutforeningen står gerne til rådighed med uddybning af dette høringssvar.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager
Formand

Hørings svar vedrørende

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Alt i alt et godt gennemarbejdet dokument om et område der vil have gavn af en kvalitetsforbedring.

En helt central sætning findes på side 7 under punktet Sammenhæng i patientens forløb: " - - præget af kontinuitet og en klar ansvarsfordeling af opgaven i patientens forløb, ligesom det lægelige behandlingsansvar skal være klart og entydigt".

Overordnet savnes en omtale af, hvordan man undgår, at akutpladser bliver en anden klasses hospitalet afdeling. Der har tidligere været skræmmende eksempler på og konsekvenser af, at ældre medicinske patienter er placeret i en akutstue uden forudgående tilstrækkelig lægefaglig udredning. Udredning som en nødvendig forudsætning for faglig kvalificeret behandling, observation og pleje er overfladisk beskrevet på side 14, sidste afsnit. Specielt hvis det er en vagtlæge, der efter en hurtig – evt. via telefon – henviser til en akutplads, er der risiko for fejlplacering. Foreslår lægefaglig udredning omtales mere detaljeret.

Et centralt område er den lægelige ansvarsfordeling. Fremstår ikke entydigt mht. overdragelse og opfølgning. Foreslår at det mere klart og tidligt i dokumentet fremhæves, at det ikke er i SST regi, at det detaljerede tværsektorielle samarbejde og lægelige ansvarsfordeling fastlægges, men at dette skal foregå lokalt via Sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Det er vigtigt at understrege, at dette inkluderer aftaler mellem hospitalslæger, almen praksis og vagtlæger OG at disse aftaler er på plads INDEN indførelsen i praksis. I forbindelse hermed kan sidste sætning på side 10 misforstås: " - - aftales lokalt - -". Hermed forstås ikke i den akutte situation men i planlægningsfasen.

Andre kommentarer:

Side 9 – anlæggelse af sonde – gælder det også gastrostomisonde?

Side 10, 16 og 22, Udstyr: Hvad med mulighed for at give ilt via næsekath.?

Side 11, sidste sætning: " - - giver praktiserende læge besked". Uklart mht. indhold og omfang.

Side 17, 1. sætning: " - - patienterne er ofte ustabile og har et komplekst sygdomsbillede præget af omskiftelighed". Hvad menes med ordet ustabil? I faglig sammenhæng opfattes en sådan tilstand, at den kræver regelmæssig observation, undersøgelse og evt. revidering af medicinsk behandling og opfattes fagligt som en hospitalsopgave. Så det er en uheldig formulering – ikke mindst når det samtidig fremgår, at SOSU assistenter kan være ansat til basal sygepleje. Kan SOSU assistenter fx være alene på arbejde om natten på akutpladser?

Kapitel 8: Godt og vigtigt afsnit mht. kvalitetssikring og monitorering af indsatsen.

Kapitel 9: Meget vigtigt kapitel som jeg har kommenteret ovenfor.

8. december 2016

Carsten Hendriksen, Læge, seniorforsker, dr.med.

Indtrådt i Følgegruppen for den ældre medicinske patient i november 2016

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Kasper Vilmer <kvil@socialstyrelsen.dk>
Sendt: 14. december 2016 13:02
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Svar - høringen om Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Sag: 4-1214-333/1
Sagsdokument: 3372196

Til rette vedkommende

Jeg oversender her Socialstyrelsens svar på høringen om Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Socialstyrelsen har set på høringen om Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner fremsendt af Sundhedsstyrelsen, og vurderer ikke, at den er relevant i forhold til Socialstyrelsens faglige virke. Socialstyrelsen har ej heller været involveret i arbejdet med de nye kvalitetsstandarder. Socialstyrelsen har således ingen bemærkninger

Med venlig hilsen

Kasper Vilmer
Fuldmægtig
Ledelsessekretariatet
Mobil +45 50 81 09 66
kvil@socialstyrelsen.dk



Socialstyrelsen

Telefon +45 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk

7. december 2016

Silkeborg Kommunes hørings svar på kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Høringsudkastet på kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner stiller klare, velbeskrevne og fagligt relevante krav til indholdet i og tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner. Sammen med de beskrevne anbefalinger sætter høringsudkastet en vigtig ramme for styrkelse af de kommunale akutfunktioner.

Silkeborg Kommune har kun få bemærkninger og ønsker til justeringer. Dette er indenfor områderne *indsatser, kompetencer og uddannelse, medicin og væsker samt ansvar og samarbejde*.

Indsatser

Der er behov for en beskrivelse af, hvad der præcist menes, når der refereres til måling af vitale parametre, ABCD-principper og ISBAR-metoden (s. 16-17) samt begrebet hverdagsobservationer (note 21), da det er vigtigt, at kvalitetsstandarderne kan læses og forstås umiddelbart.

I forhold til venøs blodprøvetagning (s. 18, sidste afsnit) er det vigtigt for Silkeborg Kommune, at akutteamet *ikke* bruger tid på landevejene med at transportere blodprøver til nærmeste åbne laboratorium. Det giver ikke en effektiv udnyttelse af akutteamets ressourcer. I stedet vil vi anbefale, at det regionale system udbygger deres ordninger med mobile laboratorier.

Kompetencer og uddannelse

Kravene til kompetencer og uddannelse er fine, men realiteten for mange kommuner er, at 'markedet' for sygeplejersker med betydelige kompetencer er meget begrænset. Gennem flere år har det været italesat, at der uddannes for få sygeplejersker, og de beskrevne krav gør udfordringen med rekruttering endnu mere aktuel (s. 20, afsnit 6.3).

Udstyr og medicin

I det første krav til udstyr er der en note "23". Det korrekte notenummer må være "21" (s. 22 øverst).

Til afsnittet, der begynder med *"Patienterne skal således købe deres lægemidler på apotek ..."* (s.23, sidste afsnit), vil Silkeborg Kommune gøre opmærksom på, at netop dette område indebærer betydelige praktiske udfordringer med køb, finansiering, afhentning og levering. Samtidig udfordres intensionerne bag de kommunale akutfunktioner af, at borgerne med dette stilles økonomisk dårligere ved, at deres tilstand håndteres i eget hjem/på akutplads.

Ansvar og samarbejde

Den sidste anbefaling *"at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes"* (s. 26) ønsker Silkeborg Kommune udelukkende er gældende for de indsatser, der ikke er forløbet planmæssigt/forventeligt.

Venlig hilsen

Elin Sonne
Formand for Sundheds- og
Forebyggelsesudvalget



Høje-Taastrup Kommune høringsvar til "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen"

Høje-Taastrup Kommune har tre overordnede kommentarer til høringsmaterialet, der i det nedenstående er beskrevet under følgende tre overskrifter:

1. Delt behandlingsansvar mellem almen praksis og hospitalslæger
2. Manglende lovhjemmel
3. Samarbejde om kapacitet

1) Delt behandlingsansvar mellem almen praksis og hospitalslæger

I regi af sundhedsaftalen i Region Hovedstaden har der i 2016 været arbejdet med rammedelegation. I forhold til rammedelegation til den enkelte patient kan kommunerne konstatere, at der ikke i Region Hovedstaden er enighed om behandlingsansvaret i relation til IV-behandling, idet PLO-H ikke ønsker et delt behandlingsansvar omkring patienten.

Dette kan således i praksis udfordre udførelsen af Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at; *"ansvaret for den intravenøse behandling forbliver hos lægerne på sygehuset også efter udskrivelsen, mens den praktiserende læge overtager det samlede behandlingsansvar"* (jf. Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, 2014 Sundhedsstyrelsen" punkt 4.4 side 17) og *"Det anbefales, at behandlingsansvaret så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra sygehuslæge til patientens praktiserende læge, såfremt patientens læge ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient"* (jf. Kvalitetsstandarder for kommunal akutfunktioner i hjemmesygeplejen, punkt 9.3 - høringsudkast).

Herudover beskrives der i høringsudkastet, at der skal indgås lokale aftaler, der beskriver de præcise ansvarsforhold. Dette har været forsøgt i sundhedsaftaleregii, men er endnu ikke lykket. De kommende kvalitetsstandarder kan derved også blive udfordret på dette punkt.

Hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis, er det af helt afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient. Det anbefales, at der tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.

2) Manglende lovhjemmel

I forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter er det en udfordring, at der på nuværende tidspunkt er restriktioner for, hvilke instrumentelle indsatser kommunerne må udføre. Dette udfordrer ønskerne om at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

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. Det vil sige, at der f.eks. godt kan laves aftale omkring blodsuktermåling, men ikke om f.eks. genanlæggelse af en sonde eller kateteranlæggelse/skift, idet dette er en behandling og ikke en undersøgelse. Som lovgivningen er i dag, kan disse typer af opgaver kun foregå, når der foreligger en rammedelegation.

Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved også blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en bestemt gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemt typer af behandling.

3) Samarbejde om kapacitet

Det fremgår af side 26, "at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis".

Det bør bemærkes, at den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår i en samarbejdsaftale.

Udover ovenstående tre overordnede kommentarer har Høje-Taastrup Kommune også en række tekstnære kommentarer til høringsmaterialet, der beskrives i de følgende afsnit.

Kommentarer til afsnit 2 "Sammenfatning af krav og anbefalinger"

- Under "Indsats" på side 9 bør iv-antibiotisk behandling nævnes, da dette ofte vil kunne iværksættes i eget hjem på baggrund af infektionstal og andre parametre
- Under "Instrumentelle indsats" indsatser på side 9 står der: "Intravenøs og parenteral ernæringsterapi, herunder pasning og genanlæggelse af sonder". Punktet er en u hensigtsmæssig sammenblanding af parenteral og enteral indsats. Enteral indsats (sonder) hører ikke ind under intravenøs og parenteral ernæringsterapi. Enteral indsats er det modsatte af parenteral. Det foreslås, at "pasning og genanlæggelse af sonder" bliver et selvstændigt punkt.

Kommentarer til afsnit 4 "Målgruppe for den kommunale akutfunktion"

- Under pkt. 4.1 side 15 lægges der op til, at de konkrete målgrupper aftales lokalt. Det bør overvejes, om målgrupperne skal defineres centralt. Da det vil sikre, at alle borgere modtager ensartede tilbud, og samtidig være med til at forebygge ulighed i sundhed. Ensartetheden og kvaliteten af de kommunale akuttilbud vil ligeledes blive forbedret, hvis lovgivning muliggjorde rammedelegation til bestemte grupper af patienter.

Kommentarer til afsnit 5 "Indsatser i kommunale akutfunktioner"

- I boksen på side 16 ville det være relevant, at tilføje anvendelsen af Glasgow Coma Score, VAS-score samt TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom) mhp. sikring af systematisk tilgang til måling af vitale parametre, sikring af klare retningslinjer for handlinger ud fra afvigende vitale parametre samt til kvalificering af akutfunktionens vurdering af borger.
- I standarden lægges der op til en anbefaling om at der udarbejdes lokale aftaler omkring venøs blodprøvetagning. Det bør af standarden fremgå, at opgavevaretagelsen skal kunne løftes og på en sådan måde at det understøtter akutteamets øvrige arbejde (venøse prøver tages af akutteam, aftales med læge, via mobilt laboratorium eller anden "akut" løsning). Transport af patient til klinik/sygehus må vurderes u hensigtsmæssig. "Venøs blodprøvetagning" bør indarbejdes i afsnittet "instrumentelle indsatser".

Kommentarer til afsnit 6 "Kompetencer og uddannelse"

- På side 20 står, der: "Sygeplejersker i kommunale akutfunktioner er kendetegnet ved at skulle have særlige kompetencer til at vurdere, diagnosticere, påbegynde initiale undersøgelser indtil der er lægelig back-up, og justere i behandlingen af patienter inden

for et afgrænset område". Det skal her bemærkes, at "diagnosticere" er lægeforbeholdt virksomhed.

- I afsnit 6.5 bør det overvejes, om der i standarden skal indgå krav om "certificering" og kontinuerlig "vedligeholdelse" af kompetencer, sådan som det kendes fra vagtcentraler, Falck og andre aktører. Ligeledes bør det overvejes, om der i standarden skal fremgå et krav om en specialuddannelse i akutsygepleje med henblik på at sikre gode forløb og patienters krav om sikkerhed.
- Kompetencerne i de kommunale akutfunktioner bør være ens i forhold til uddannelsesniveau samt indhold. Der bør i standarden lægges vægt på kompetencer, der sikrer den rette kvalitet i forhold til varetagelsen af den brede og komplekse opgaveportefølje i den kommunale akutfunktion.

Kommentarer til afsnit 9 "Ansvar og samarbejde mellem sektorer"

- I afsnittet nævnes, der: "at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel påbegyndes i sygehusregi..." Der er brug for at kunne opstarte iv-væske og behandling af forskellig karakter (herunder iv-antibiotika) i borgers eget hjem. Dette set i lyset af, at det må forventes, at der fremadrettet bliver færre hospitalssenge, og at kun de mest komplekse borgere indlægges. Borgere der ikke har brug for specialiseret behandling i hospitalsregi, bør behandles hjemme. En væsentlig målgruppe for akutfunktionen er netop den svage, ældre medicinske borger, som dårligt tåler skift i miljø, grundet øget risiko for delirium og nosokomielle infektioner, hvorfor indlæggelser skal forebygges så vidt muligt. Såfremt sygehuslæge har behandlingsansvaret for opstart af iv-væske og iv-behandling fordrer det tæt samarbejde mellem kommune og hospital, øget tilgængelig af sygehuslæger for lægefaglig sparring med kommunal akutfunktion og herigennem ordination af behandling i hjemmet. Hertil kommer den udfordring, at akutfunktionen ikke må opbevare lægemidler, herunder iv-væsker (pkt. 7.2 side 23). Rettidig handling/behandling med henblik på forebyggelse af indlæggelser hos dehydrerede ældre borgere kan blive forhalet, hvis iv-væsken først skal fremskaffes. Det er desuden akutfunktionens erfaring, at mange borgere vil vælge at blive indlagt, hvis de selv skal afholde udgifterne til iv-væsker.



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Torvegade 74, 6700 Esbjerg

Dato

6. december 2016

Høringsvar- Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i Hjemmesygeplejen

Esbjerg Kommune anerkender og sætter pris på det store forarbejde, der ligger til grund for høringsudkastet – særligt værdsætter vi, at styrelsen i høringsudkastet har været fagligt ambitiøse. Det er Esbjerg Kommunes opfattelse, at kommunale akutfunktioner forudsætter et højt fagligt niveau.

Esbjerg Kommune har følgende kommentarer til *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i Hjemmesygeplejen - Krav og anbefalinger*:

9.2 Henvisning til kommunal akutfunktion:

Den kommunale hjemmesygepleje skal også kunne henvise til akutfunktion – dette for at sikre en second opinion og sparring i forhold til indlægningsstruede borgere.

9.3 Lægeligt behandlingsansvar:

Der mangler en præcisering af, at personalet skal have adgang til lægefaglig sparring 24 timer i døgnet.

6.3.1 Erhvervs erfaring:

Inden sygeplejerskerne starter i akutfunktionen skal de udover 3-5 års erfaring som minimum have et "akut" uddannelsesniveau, der svarer til FAM-introduddannelse.

6.4.1 Social og sundhedsassistenter:

Det giver anledning til diskussion, at man overhovedet tænker SSA'erne ind i akutforløbene. Der er tale om akutte og komplekse sygeplejefaglige opgaver, hvor der er brug for specialiserede sygeplejefaglige kompetencer. Disse kompetencer har den vanlige hjemmesygepleje end ikke. Når situationen vurderes mindre kompleks, vil opgaven naturligt videregives til en hjemmesygeplejerske og først herfra kan der videredelegeres til en SSA. Derfor har SSA'erne ikke noget at gøre i akutsammenhænge og skal ikke være skrevet ind som en mulighed.

7 Udstyr og medicin i akutfunktionen:

Her bør der tilføjes hjertestarter og Rubens maske til ventilation.



Esbjerg Kommune ser frem til at se den endelige udgave af
Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i Hjemmesygeplejen.

Med venlig hilsen

Arne Nikolajsen
Direktør
Sundhed & Omsorg



Kolding
Kommune

**Senior- og
Socialforvaltningen**

Dato 16. december 2016
Sagsbehandler
Kristine Antonsen
Direkte telefon 79 79 67 31
E-mail kroa@kolding.dk

Hørings svar til: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

Kolding kommune vil kommentere følgende 3 punkter.

Side 16, punkt 5 – indsatser i kommunale akutfunktioner

- Der skal foreligge lokale instrukser for alle opgaver i akutfunktionen.

Er det ift. de nævnte instrumentelle opgaver – eller menes der alle opgaver som varetages? Hvis det er det sidste, må det forventes at sygehus sender retningslinjer eller instrukser med på specifikke opgaver.

Side 16, punkt 5 - indsatser i kommunale akutfunktioner

- At der laves lokale aftaler i forhold til venøse blodprøvetagning, samt i forhold til hvilke opgaver den kommunale akutfunktion eventuelt varetager udover de angivne.

Der er ikke på nuværende tidspunkt planer om, at følge anbefalingen omkring venøs blodprøvetagning.

Side 26, punkt 9 - ansvar og samarbejde ml. Sektorer

- At den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked når indsatsen i akut funktionen afsluttes.

Hvad skal formålet være hermed? Det vil kun give en ekstra arbejdsgang. Forventer der vil foreligge en behandlingsplan og være en løbende dialog med praktiserende læge under forløbet. Nogen af borgerne vil efter endt akut forløb overgå til sygeplejen eller videre forløb på plejecenteret.

Venlig hilsen

Kirsten Grøndahl Carlsen

Driftsleder hjemmeplejen, sygeplejen og Midlertidige pladser Vesterløkke



Høringssvar vedr. "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger"

Fredensborg Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Fredensborg Kommune er positive overfor ensretning af de kommunale akutfunktioner.

I **Formålet**(s. 5/35) står der, at kvalitetsstandarderne er krav til kommunerne, men anbefalinger når det drejer sig om samarbejde med almen praksis og sygehuse. Fredensborg Kommune gør opmærksom på, at kravene til kommunerne i forhold til instrumentelle indsatser kun kan udføres såfremt, der er aftaler om behandlingsansvar for udførelse af specialiseret sygepleje samt rammedelegeringer/konkret ordination i undersøgelsesindsatserne. Et ønske kunne derfor være, at krav til kommunerne i forhold til kompetencer og udstyr er forbundet med tidspunktet for indgåelse af samarbejdsaftaler, fx således at kommunerne har et ½ år til at få implementeret kvalitetsstandarden *efter* indgåelse af samarbejdsaftaler. Alternativ kan anbefalinger til samarbejdet skærpes til at være et *fælles* krav, således der også stilles krav til almen praksis og sygehuse om at indgå i samarbejdsaftalerne. Kommunerne alene kan ikke sikre disse samarbejdsaftaler.

I afsnittet om **Målgruppe** (s.8/35) indgår som punkt 2 patienter, der efter udskrivelse fra sygehus har fortsat komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov. Disse udskrivelser vil ofte være varslet, og det kan derfor være misvisende, at de er i målgruppen for *akut*funktionens indsatser. Vi anerkender at der kompetencemæssigt er sammenfald, men i forhold til tilrettelæggelse af funktionen og kapacitetsopbygning, ligger der i ordet *akut* en forventning om, at der er ressourcer til at besøge borgere, der bliver akut dårlige. En bekymring er at akutfunktionen forventes at varetage længerevarende pleje/behandling. Et ønske er, at det bliver præciseret, at det for borgere der kommer hjem fra hospitalet, kan modtage en kortvarende indsats fra akutfunktionen(evt. 2 døgn) og at det er med henblik på, at borgerens behov pleje og behandling kan varetages af den øvrige hjemmesygepleje, evt. efter oplæring af akutfunktionens sygeplejersker.

I afsnittet om **Indsats**(s.8/35) står der, at observation og måling af vitale parametre skal kunne foretages med et opfølgende interval på 3 timer. Der er en undring af intervallet. I handlingsalgoritmen for TOBS¹ som anvendes i Fredensborg Kommune er målingsintervallet 4 timer, såfremt scoren/vurderingen ikke har givet anledning til lægekontakt. Ved lægekontakt er det lægen der vurderer hvornår næste måling af de vitale parametre skal foretages. Kravet til den kommunale indsats kunne evt. ændres til "få timer" i stedet for "3 timer".

¹ TOBS står for Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom, og er en tilpasning af Early Warning Score(EWS) der anvendes på hospitalerne til at fastslå graden af sygdom hos en patient. EWS er tilpasset primær sektor og kaldes her TOBS. Offentliggjort i Ugeskrift for læger: "Implementering af systematisk observationsmetode i primærsektoren er mulig", af Ove Ammitzbøll, Akutafdelingen, Regionshospitalet Randers & Lotte Maarslet, Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune (2014;176:V01140060).



I afsnittet med **indsatser**(s. 9/35) oplistes under instrumentelle indsatser "inhalationsbehandling, sug af luftvej. Det anbefales at præcisere hvilken type sug der er tale om. (Er det svælg og mund og/eller luftrøret eller begge?).

I forlængelse af ovenstående anbefales det under afsnittet om **Udstyr**(s.10/35) at skrive "transportabel ilt og sug" i stedet for "sug" som der står i høringsudkastet, da der ofte er behov for at give borgeren iltbehandling i forbindelse med sug af luftveje.

Listen med **udstyr** til især de instrumentelle indsatser(s.10/35) omfatter indkøb og vedligeholdelse af medicinsk udstyr(fx sug og førstøverapparat) og utensilier (udstyr til podninger, blodprøver, katetre, urinprøver). Da hjemmesygeplejen ikke tidligere har anvendt dette udstyr, vil det efter implementering medføre en ekstra og vedvarende udgiftsførelse for den kommunale hjemmesygepleje, hvis der her tænkes på standardudstyr og ikke til en specifik borger.

I afsnittet om **Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats**(s. 24/35) er oplistet, hvilke indikatorer der bør registreres og følges op på, og at registreringen hensigtsmæssigt foretages på baggrund af eksisterende databehandlings- og indberetningssystemer. Fredensborg Kommune anerkender vigtigheden af følge effekten af akutfunktionernes implementering. Samtidig vil vi gøre opmærksomme på, at EOJ-systemet ikke kan levere alle de ønskede data, men mindre der foretages omkostningstunge journalaudits på alle borgere, der tilknyttes akutfunktionen. I modsat fald der skal foretages manuel registrering, som kræver ekstra ressourcer af medarbejderne i akutfunktionen, da de således både vil skulle dokumentere i EOJ-systemet samt udfylde et særskilt registreringsdokument. De indikatorer der vil kunne trækkes data på er: varighed af tilknytning, henvisningsårsag samt årsag til afslutning. Indberetning af utilsigtede hændelser sker anonymiseret til Patientombuddet og der findes ikke en søgefunktion, hvor der vil kunne trækkes data på en specifik enhed som fx akutfunktion, igen vil det forudsætte en manuel registrering. Endelig er der oplistet en indikator på patienttilfredshed. Der registreres i dag ikke systematisk i forhold til borgernes tilfredshed med sygeplejen. Fredensborg Kommune gennemfører med varierende interval (fx 2 år interval) tilfredshedsundersøgelser i forhold til hjemmepleje og hjemmesygepleje. Det vurderes, at en tilfredshedsmåling af akutfunktionen ikke vil give et retvisende billede. Det er sandsynligvis korte forløb borgerne vil have med akutfunktionen, og tilfredshedsundersøgelsen kan ligge med op til 2 års "forsinkelse". Borgeren skelner nødvendigvis ikke mellem om en kommunal sygeplejerske er organiseret i akutfunktionen eller i den øvrige hjemmesygepleje, hvilket også vil vanskeliggøre målingen af patienttilfredsheden. Det anbefales at Sundhedsstyrelsen udarbejder en simpel evalueringsmetode vedr. patienttilfreds, som alle kommuner skal anvende når borgerens afsluttes fra akutfunktion. Den generelle anbefaling fra Fredensborg Kommune vedrørende monitorering og udvælgelse af indikatorer er, at Sundhedsstyrelsen indgår i et samarbejde med EOJ-leverandørerne i forhold til at sikre, at der i systemerne kan registreres de ønskede data, og at det er muligt at lave statistiske træk. Ydermere vil det ideelt set være hensigtsmæssigt, hvis data automatisk kunne leveres til relevante myndigheder, så der ikke pålægges kommunerne omkostningsfulde administrative opgaver.



I forhold til afsnittet om **Ansvar og samarbejde mellem sektorer** har Fredensborg Kommune følgende kommentar:

Delt behandlingsansvar mellem almen praksis og hospitalslæger

I regi af sundhedsaftalen i Region Hovedstaden har der i 2016 været arbejdet med rammedelegation. I forhold til rammedelegation til den enkelte patient kan kommunerne konstatere, at der ikke i Region Hovedstaden er enighed om behandlingsansvaret i relation til IV-behandling, idet PLO-H ikke ønsker et delt behandlingsansvar omkring patienten.

Dette kan således i praksis udfordre udførelsen af Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at; *"ansvaret for den intravenøse behandling forbliver hos lægerne på sygehuset også efter udskrivelsen, mens den praktiserende læge overtager det samlede behandlingsansvar"* jf. (Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, 2014 Sundhedsstyrelsen" punkt 4.4 side 17) og *"Det anbefales, at behandlingsansvaret så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra sygehuslæge til patientens praktiserende læge, såfremt patientens læge ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient"* jf. (Kvalitetsstandarder for kommunal akutfunktioner i hjemmesygeplejen, punkt 9.3 - høringsudkast).

Herudover beskrives der i høringsudkastet, at der skal indgås lokale aftaler, der beskriver de præcise ansvarsforhold. Dette har været forsøgt i sundhedsaftaleregi, men er endnu ikke lykket. De kommende kvalitetsstandarder kan derved også blive udfordret på dette punkt.

Hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis, er det af helt afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient. Det kan overvejes, om der kan tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.

Manglende lovhjemmel

I forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter er det en udfordring, at der på nuværende tidspunkt er begrænsning for, hvilke instrumentelle indsatser kommunerne må udføre. Dette udfordrer ønskerne om at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

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"* punkt 2.2.2 udelukkende må udføre opgaver i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygeplejen. Det vil sige, at der f.eks. godt kan laves aftale omkring blodsukkermåling, men ikke om f.eks. genanlæggelse af en sonde eller kateteranlæggelse/skift, idet dette er en behandling og ikke en undersøgelse. Disse typer af opgaver kan, som lovgivningen er i dag, kun foregå i forhold til rammedelegation på den enkelte patient.

Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved også blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemt typer af behandling.



Samarbejde om kapacitet

Det fremgår af side 26, "at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis" (egen understregning, red.).

Den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

Venlig Hilsen

Hans Bækvang

Ældre- og Handicapchef

Fredensborg Kommune

Sundhedsstyrelsen
Planlægning
Islands Brygge 67
2300 København S

Høringssvar vedrørende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

FOA takker for muligheden for at afgive bemærkninger til denne høring.

FOA hilser alle tiltag, der har til formål at højne kvaliteten i hjemmesygeplejen velkommen. Der er dog visse af de rejste forslag vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, der giver anledning til bekymring i FOA.

FOA har derfor følgende kommentarer til høringsmaterialet:

Fratagelse af arbejdsopgaver

I høringsmaterialet lægges der op til at det kun er sygeplejersker, der må arbejde med akutte sundhedsfaglige problemstillinger i de kommunale akutfunktioner. FOA finder det meget problematisk og bekymrende, at social- og sundhedsassistenter fratages retten til at udføre en lang række af de opgaver som de i dag udfører, for fremover kun under nogle omstændigheder, at måtte udføre grundlæggende sygepleje. Dette mener FOA er en klar indskrænkelse og forringelse af arbejdsområdet for de social- og sundhedsassistenter, der i dag arbejder indenfor akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

FOA finder ligeledes den yderligere indskrænkelse i arbejdsopgaverne, der ligger i formuleringen "*nogle omstændigheder*" (s. 19), stærk problematisk. FOA undrer sig over, hvorfor det kun er i nogle tilfælde, at social- og sundhedsassistenter må udføre grundlæggende sygepleje i den kommunale akutfunktion. Der er her tale om arbejdsopgaver, der ligger indenfor social- og sundhedsassistenternes kerneområde.

Det skal samtidig præciseres, hvad der menes med "*nogle omstændigheder*" da en upræcis formulering kan skabe uklarhed om, hvornår social- og sundhedsassistenter må arbejde i de kommunale akutfunktioner.

FOA mener i øvrigt, at det er i strid med de gældende regler for brug af medhjælp, når Sundhedsstyrelsen, og ikke den ordinerende læge, går ind og bestemmer hvem, der må arbejde indenfor et forbeholdt virk-

Dato:
19-12-2016

Dokument nr.:
16/329070-1

Ref.:
KAS

FOA

Stauings Plads 1-3
1790 København V

Telefon:
+45 46 97 26 26

Mail:
foa@foa.dk

www.foa.dk

somhedsområde. Hvis Sundhedsstyrelsen ønsker at foretage en indskrænkelse i lægers ret til at delegere forbeholdt virksomhed, kræver det en ændring af den relevante lovgivning.

Oversigt over grundlæggende sygeplejeopgaver

På samme måde som der er udarbejdet en oversigt over instrumentelle indsatser, bør man, hvis man fastholder ønsket om at fratage social- og sundhedsassistenterne deres arbejdsopgaver på akutområdet, også udarbejde en oversigt over, hvad der i denne sammenhæng forstås med grundlæggende sygeplejeopgaver, således at der ikke opstår uenighed om dette blandt faggrupperne.

Sproglige uklarheder og skrivefejl

I høringsmaterialet er der nogle sproglige uklarheder og skrivefejl. Fx er det uklart, hvad der menes med *"Dette forudsætter, at den behandlingsansvarlige læge ikke har angivet, at videredelegation af opgaven ikke må finde sted"* på s 19. og mon ikke, at der skulle have stået "rehydrering" i stedet for "dehydrering" på s. 15?

FOA har en positiv forventning om, at der vil blive taget højde for disse kommentarer i den endelige udgave af krav og anbefalinger til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

Med venlig hilsen



Karen Stæhr
Sektorformand
FOA

Høringssvar: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmeplejen – krav og anbefalinger

19. december 2016

Side	Glostrup Kommunes kommentarer
Generelle kommentarer	<p>Glostrup Kommune anser anbefalingerne som helt nødvendige når opgaver skal uddelegeres til kommunerne fra hospitalet. Overordnet set er anbefalingerne gode og det er særlig positivt, at der er fokus på borger/patient- og pårørendeinddragelse. Endvidere er det positivt, at det flere steder fremgår, at der skal etableres sammenhængende og integrerede forløb med udgangspunkt i patientens helhedssituation.</p> <p>Anbefalingerne skal dog være skarpere på aftaler og ansvarsfordeling imellem region, kommune og praktiserende læge, for at sikre patienternes forløb og sikkerhed.</p> <p>Endvidere mangler generelt set en tværfaglig tilgang i hele publikationen, og dette kunne have været løst med flere faggrupper i den faglige arbejdsgruppe, der har udarbejdet kvalitetsstandarderne. Den tværfaglige tilgang er nødvendig, hvis man med akutfunktionen ønsker at kunne varetage hele pleje- og behandlingsforløbet fra hospitalet. Fx i samarbejde med fysioterapeuter og ergoterapeuter til mobilisering og hindring af følger ved immobilisering, lungeterapi mv. Det er vigtigt at medtænke dette generelt set i standarden.</p>
Side 7	<p>Her noteres det, at: <i>'Sundhedspersoner skal have let adgang til faglig rådgivning fra andre dele af sundhedsvæsenet'</i>. Dette skal være en meget tydelig del af den tværgående aftale, hvad og hvordan det skal effektueres. Formuleringen <i>let adgang</i> er for svagt formuleret.</p>
Side 12 og 13	<p>Ift. akut og subakut indsatser: Det kan blive problematisk at have to forskellige termer at skulle forholde sig til, særligt når det ikke er helt afklaret, hvem der beslutter hvornår en patient er akut eller subakut, samt hvem der beslutter, hvorvidt kommunen kan modtage fx kun subakutte patienter i en periode.</p>

Side 15 og kapitel 6	<p>Det er nødvendigt at kunne respondere på, at akutfunktionen vil <i>'forandre sig over tid'</i>, i kraft af nye behandlingsmetoder og andre indsatser og målgrupper.</p> <p>Hvis målet er at opfylde: <i>'[...] en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau[...]'</i>, så er det bydende nødvendigt at tage de nationale vanskeligheder med rekruttering af sygeplejersker seriøst. Hvis der skal være dygtige sygeplejersker til opgaven, skal man også kunne tilbyde dem både spændende arbejdsopgaver og gode vilkår.</p> <p>For at sikre en ensartet og kompetent akutfunktion på landsbasis, kræves et overblik over, hvordan funktionen udvikler og forandrer sig. Med dette garanteres de praktiserende læger, at de udskriver borgere til en kompetent akutfunktion med dygtige og rutinerede sygeplejersker. Ligeledes vil dette nationale overblik, samt fokus på rekruttering af dygtige sygeplejersker, sikre lige adgang til sundhedsvæsenet og et stadigt opgør med ulighed i sundhed generelt i Danmark.</p>
Side 15	Slåfejl: Dehydrering erstattes med hydrering???????
Side 21	Note 20 mangler nederst på siden
Side 24	<p>Kvalitetssikring og monitorering: Her er listet indikatorer op, bl.a. Funktionsevne (serviceloven), men der mangler de 12 sygeplejefaglige problemområder (sundhedsloven).</p>
Side 28	OBS der skrives vagtlæge, men menes der 1813?
Side 26	<p>Anbefalinger til ansvar og samarbejde, er noget modstridende og ikke helt skarpe – ikke gennemskueligt, hvordan det egentlig hænger sammen. Fx dot 4: Hvorfor skal behandlingsansvaret ske mundtligt i overdragelsen til den praktiserende læge? Ligeledes fremgår det ikke tydeligt, hvorvidt læger på sygehuse og i lægepraksis kan kontaktes på alle tider af døgnet.</p> <p>Dette kapitel er yderst vigtigt for hele akutfunktionens overlevelse. Det er bydende nødvendigt, at samarbejde og aftaler er helt på plads i mellem kommune, region og praktiserende læge.</p>
Side 27 (henvisningens indhold)	Hvis akutfunktionen skal fungere optimalt, SKAL epikrisen til akutfunktionen følge med henvisningen (ref 01). Det er for vagt formuleret.
Side 29	OBS der er en udfordring ift. lovgivningen på dette punkt. Jf. <i>Vejledning om autoriserede sundhedspersoners</i>

benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) VEJ nr. 115 af 11/12/2009.

Endvidere er det vigtigt at den udførende sygeplejerske er bevidst om, hvem hun er medhjælp for (hospitalslæge/praktiserende læge). Dette giver anledning til at afklare netop ansvar og organisering.



TØNDER KOMMUNE

Pleje og omsorg

Sundhedsstyrelsen
Planlægning
Att. jkr@sst.dk

Direkte tlf.: +4574929432
Mail: sit@toender.dk
Sags id.:
29.18.00-P00-1-16

14-12-2016

Høringsvar vedr. kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmeplejen

Værdigrundlag

I Tønder Kommune kan vi kun bakke op om det værdigrundlag, der ligger til grund for kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktioner. Værdigrundlaget afspejler værdighed, som der arbejdes med i ældreplejen som helhed, og det bliver præciseret, at akutfunktionen ikke skal erstatte sygehusindlæggelse, hvis der er behov for det.

Det fremgår af værdigrundlaget, at sundhedspersoner skal have lettere adgang til faglig rådgivning fra andre dele af sundhedsvæsenet. For at sikre et ensartet niveau af høj kvalitet på landsplan kunne det med fordel uddybes i kvalitetsstandarden, hvilken grad af rådgivning der er tænkt og om kommunerne skal betale for rådgivningen, eller om det dækkes af regionens generelle rådgivningsforpligtigelse.

Organisering og kapacitet

Vi bemærker, at Kommunalbestyrelsen har ansvaret for, at akutfunktionen har tilstrækkelig kapacitet til at modtage relevante patienter døgnet rundt, året rundt. Der kan med dette ansvar komme en finansieringsudfordring for kommunerne, hvis det viser sig, at mange af de patienter, der i dag behandles i sygehusregi fremover benytter akutfunktionen i kommunen. Der bør derfor følges op på, om de midler, der er udmøntet i forbindelse med den nationale handlingsplan, dækker stigningen i akutindsatsen. Dette kan for eksempel gøre i forbindelse med de planlagte årlige statusser i 2018 og 2019.

I kvalitetsstandarden er begreberne "*akut indsats*" og "*subakut indsats*" defineret. Man kunne med fordel tydeliggøre, hvad der er forskellen på en "*akut indsats*" i den kommunale akutfunktion og en 112-situation, idet begrebet "*akut*" netop leder tankerne hen på en 112-situation.

Vi finder det vigtigt, at der er en høj grad af mulighed for, at organisere akutfunktionen på baggrund af en konkret vurdering af den enkelte kommunes geografi, befolkningsgrundlag, afstand til sygehus, lægebetjening m.m. Vi ser, som en kommune med stor geografi og lille befolkningsgrundlag, en fordel i at organisere akutfunktionen som en funktion i den almene sygepleje. Kravet om, at personalet i akutfunktionen overvejende er beskæftiget med de særlige opgaver af akut karakter begrænser dog kommunernes mulighed for en fleksibel tilrettelæggelse i geografisk store og tyndtbefolkede kommuner. I stedet burde kvalitetsstandarden give mulighed for, at en kommune som Tønder kunne tænke vedligeholdelse af kompetencer på en anden måde, end den måde, der er beskrevet i udkastet til kvalitetsstandard. Det kunne f.eks. være, at tilrettelægge det daglige arbejde, så sygeplejerskerne kommer omkring de akutte opgaver jævnlige, ligesom praktik- og udvekslingsophold på sygehus og i Fælles Akut modtagelse kunne være en mulighed.

Der bør være en opmærksomhed på, om kvalitetsstandardens forslag til indikatorer, der bør følges op på i akutfunktionerne, begrænser kommunernes mulighed for en fleksibel tilrettelæggelse af akutfunktionen. I Tønder, hvor akutfunktionen tænkes integreret i den almindelige sygepleje, vil vi få vanskeligt ved at følge op på varigheden af patientens tilknytning til akutfunktionen. Det skyldes, at det ikke vil blive registreret, om patienten får en akut indsats af akutfunktionen eller i den almene sygepleje. Hvis patienten gør brug af en akutplads i korttidscenteret, vil der dog kunne trækkes data på varighed af patientens tilknytning hertil

Kvalitetsstandardens forslag om, at man kan lave en fælles akutfunktion med andre kommuner, ser vi ikke som gangbar. Dette er mere kompliceret, end det umiddelbart lyder til, idet den kommunale forpligtigelse i forhold til ledelsesansvaret og det sundhedsfaglige ansvar skal være tydelig og enstrenget.

Ansvar og samarbejde mellem sektorer

Det er positivt, at behandlingsansvaret er detaljeret beskrevet. I princippet burde tydelighed i behandlingsansvaret være gældende allerede nu, men det har vist sig, at være vanskeligt at få til at fungere fuldt ud. Placering af behandlingsansvaret er essentielt i udviklingen af kommunernes akutindsats, og derfor bør Sundhedsstyrelsen have et særligt fokus på dette område.

Flere steder i kvalitetsstandarden henvises der til, at der skal ske en telefonisk eller mundtlig kommunikation i forbindelse med overdragelse af patientforløb. En telefonisk eller mundtlig kontakt bør *altid* understøttes af en elektronisk kommunikation i de relevante systemer.

Nyt udstyr, nye indsatser og nye kompetence

Set i forhold til det udstyr, der er til stede i kommunerne i dag, er der tale om en væsentlig udvidelse. Dette kan give udfordringer i forhold til udstyrets holdbarhed og vedligeholdelse af udstyret.

Praksis er i dag, at sygehuset medsender udstyr til den videre behandling i akutfunktionen. F.eks. blærekatheter, IV-væske, sonder mv. Hvis kommunerne fremover skal have dette udstyr på lager, vil der sandsynligvis ske en glidning i forhold til, hvilket udstyr sygehusene leverer til behandling i kommunerne, således at kommunerne fremover kommer til at levere alt udstyr, da de alligevel har det på lager. Dette vil betyde et opgør med de nuværende aftaler på området og betyde yderligere udgifter for kommunerne.

Det, at patienten behandles i akutfunktionen i stedet for på sygehuset, vil indebære en risiko for, at patienterne får en udgift til medicin, som de ikke ville have fået ved en indlæggelse.

Sundhedsstyrelsen bør have opmærksomhed på, at nogle læger ikke ønsker, at der anvendes urinstix, da det giver et usikkert svar, i stedet anvendes dyrkning.

I kvalitetsstandarden (s. 28) står, at intravenøs behandling som hovedregel bør startes op i sygehusregi. Tønder Kommune anbefaler at det fastholdes, at intravenøs behandling altid starter op i sygehusregi.

Kvalitetsstandardens krav betyder, at der bliver behov for et væsentligt kompetenceløft af sygeplejens personale, som det vil tage en årrække at opnå. Tønder Kommune enige i, at dette kompetenceløft er nødvendigt.

Venlig hilsen

Aase Koch
Fagchef for Pleje og Omsorg

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Margrethe Siig <margrethe.siig@rksk.dk>
Sendt: 19. december 2016 12:33
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: SV: Høring: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner - Frist d. 22/12-16 kl. 12.00

Kære Janni Kramer

Hermed hørings svar fra Ringkøbing-Skjern Kommune vedr. "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen":

Vi, i Ringkøbing-Skjern Kommune, finder det godt og hensigtsmæssigt, at der nu kommer en national kvalitetsstandard i de akutte kommunale enheder, som beskriver formål, målgruppe, værdigrundlag og kvalitet og dermed ensarter tilbuddet på tværs af kommuner. Med standarden vil kommunerne kunne arbejde målrettet med den akutte sygepleje til gavn for patienter, pårørende og for samfundsøkonomien. Samtidig understreger standarden, at tilbuddet *ikke* erstatter nødvendige sygehusindlæggelser.

Standarden giver anbefalinger til det tværfaglige og tværsektorielle patientforløb, som kan være med til at sikre kontinuitet og med en præciseret behandlingsopgave- og ansvar. Det er imidlertid problematisk, at dette kun beskrives som en anbefaling. Det er en forudsætning for funktionen (og for udarbejdelse af rammedelegationer), at behandlingsplan og behandlingsansvar er tydelig præciseret i henvisningen for hvert enkelt patientforløb. På samme måde bør der ligge klare aftaler for hvad "adgang til kontinuerlig rådgivning og vejledning fra læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale på sygehuset" indebærer.

Dimensioneringen af akutenheden skal løbende, i samarbejde med sygehus og almen praksis, vurderes i forhold til nye målgrupper. Det betyder, at en akutenhed skal kunne udvides i takt med, at nye og bedre undersøgelses- og behandlingsmetoder kan varetages uden sygehusindlæggelse. Dette stiller krav om, at man i regi af sundhedsaftalerne arbejder mere systematisk med opgaveoverdragelse, herunder varsling, økonomi og kompetenceudvikling.

Standarden lægger op til at undersøgelser og behandlinger kan foregå i akutenheden uden forudgående lægekontakt. Dette vil være en fordel for patienterne, men også for personalet i akutenhederne. Det kræver aftaler for rammedelegation for hhv. undersøgelser (eks blodprøver) og evt. akutbehandlinger. Hvis ønsket om ensartet tilbud skal gælde må dette løftes nationalt med klare beskrivelser af opgave, ansvar og kompetencekrav.

Kompetencer for hhv. sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er 3-5 års erfaring og minimum 2 år med "klinisk relevant erfaring". Eks. ansættelse på fælles akut modtagelse eller lignende. Dette kræver en nærmere definition. Standarden definerer rollerne for de to faggrupper. I takt med at flere sygehusafdelinger nu drives uden social- og sundhedsassistenter vurderes det med disse kompetencekrav imidlertid stort set umuligt at rekruttere denne faggruppe til fremtidens akutte enheder. Man bør i standarden forholde sig til dette faktum.

Der lægges op til løbende kvalitetsmålinger i de akutte enheder, herunder inddragelse af patienttilfredsheden. Det er positivt at disse lægger op til både interne og tværgående indikatorer. Målingerne vil understøtte det tværsektorielle samarbejde med tilpasning af kapaciteten.

Med ovenstående kommentarer hilser vi standarden velkommen og ser frem til at arbejde med den endelige udgave.

Med venlig hilsen

Margrethe Siig

Sygeplejefaglig konsulent, MPQM
Sundhed og Omsorg
Ringkøbing-Skjern Kommune
Tlf. 9974 1589, mobil 2018 1492
Mail: margrethe.siig@rksk.dk

Fra: Janni Stauersbøll Kramer [<mailto:JKR@SST.DK>]

Sendt: 2. december 2016 09:48

Til: Region Hovedstaden <regionh@regionh.dk>; Region Midtjylland <kontakt@regionmidtjylland.dk>; Region Nordjylland <region@rn.dk>; Region Sjælland <regionsjaelland@regionsjaelland.dk>; Region Syddanmark <kontakt@rsyd.dk>; Dansk Selskab for Almen Medicin <dsam@dsam.dk>; Dansk Selskab for Fysioterapi <kontakt@dsfys.dk>; Dansk Selskab for Intern Medicin <jm@dadl.dk>; Dansk Sygepleje Selskab <dasys@dasys.dk>; Dansk Sygeplejeråd <dsr@dsr.dk>; Danske Patienter <info@danskepatienter.dk>; Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; DANSKE ÆLDRE RÅD <info@danske-aeldreraad.dk>; albertslund@albertslund.dk; assens@assens.dk; balkom@balk.dk; brondby@brondby.dk; dragoer@dragoer.dk; epost@frederikssund.dk; favrskov@favrskov.dk; fmk@faaborgmidtfyn.dk; fredensborg@fredensborg.dk; Fredericia Kommune (kommunen@fredericia.dk) <kommunen@fredericia.dk>; furesoe@furesoe.dk; gentofte@gentofte.dk; glostrup.kommune@glostrup.dk; gribskov@gribskov.dk; Halsnæs Kommune (mail@halsnaes.dk) <mail@halsnaes.dk>; herlev@herlev.dk; hillerod@hillerod.dk; hjoerring@hjoerring.dk; Holbæk Kommune (post@holb.dk) <post@holb.dk>; horsens.kommune@horsens.dk; hvidovre@hvidovre.dk; info@okf.kk.dk; ishojkommune@ishoj.dk; kalundborg@kalundborg.dk; kommune@egekom.dk; kommune@htk.dk; kommune@kerteminde.dk; kommunen@alleroed.dk; kommunen@billund.dk; kommunen@faxekommune.dk; kommunen@gladsaxe.dk; kommunen@guldborgsund.dk; kommunen@herning.dk; kommunen@holstebro.dk; kommunen@horsholm.dk; kommunen@kolding.dk; Køge Kommune (raadhus@koege.dk) <raadhus@koege.dk>; mail@helsingor.dk; post@brk.dk; post@frederikshavn.dk; post@haderslev.dk; post@ikast-brande.dk; raadhus@99454545.dk; raadhus@greve.dk; raadhus@hedensted.dk; raadhus@jammerbugt.dk; raadhuset@esbjergkommune.dk; raadhuset@fanoe.dk; raadhuset@frederiksberg.dk; borger@naestved.dk; kommune@nyborg.dk; kommune@odsherred.dk; kommune@samsoe.dk; kommune@solrod.dk; kommunen@laesoe.dk; kommunen@morsoe.dk; kommunen@silkeborg.dk; kommunen@taarnby.dk; lemvig.kommune@lemvig.dk; lolland@lolland.dk; lyngby@ltk.dk; middelfart@middelfart.dk; norddjurs@norddjurs.dk; odder.kommune@odder.dk; odense@odense.dk; post@aeroekommune.dk; post@langelandkommune.dk; post@lejre.dk; post@nordfynskommune.dk; post@sonderborg.dk; post@vejenkom.dk; post@vejle.dk; post@vesthimmerland.dk; post@vordingborg.dk; post@aabenraa.dk; randerskommune@randers.dk; Viden & Strategi-Fællespostkasse <viden.strategi@RKS.KK>; ringsted@ringsted.dk; rk@rk.dk; Roskilde Kommune (kommunen@roskilde.dk) <kommunen@roskilde.dk>; rudersdal@rudersdal.dk; raadhus@mariagerfjord.dk; raadhus@rebild.dk; sk@skivekommune.dk; skanderborg.kommune@skanderborg.dk; Slagelse Kommune (slagelse@slagelse.dk) <slagelse@slagelse.dk>; soroekom@soroe.dk; stevns@stevns.dk; struer@struer.dk; svendborg@svendborg.dk; syddjurs@syddjurs.dk; thistedkommune@thisted.dk; toender@toender.dk; Vallensbæk Kommune (kommune@vallensbaek.dk) <kommune@vallensbaek.dk>; vardekommune@varde.dk; viborg@viborg.dk; aalborg@aalborg.dk; aarhus.kommune@aarhus.dk; Ergoterapifaglige Selskaber <etf@etf.dk>; Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne <Inge.jekes@kalundborg.dk>; FOA <foa@foa.dk>; Kim.Otto.Jacobsen@regionh.dk; KL <kl@kl.dk>; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; Lægevidenskabelige Selskaber <lvs@dadl.dk>; Praktiserende Lægers Organisation (PLO) <plo@dadl.dk>; Social- og Indenrigsministeriet <sim@sim.dk>; Socialstyrelsen <info@socialstyrelsen.dk>; DEP Sundheds- og Ældreministeriet <sum@sum.dk>; Sundhedsdatastyrelsen <kontakt@sundhedsdata.dk>; Ældre Sagen <aeldresagen@aeldresagen.dk>

Emne: Høring: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner - Frist d. 22/12-16 kl. 12.00

Til rette vedkommende



LÆSØ KOMMUNE

Doktorvejen 2, Byrum
9940 Læsø
www.laesoe.dk

Den: 19-12-2016

Sagsnr.: 825-2012-2325
Dok.nr.: 825-2016-15387
Sagsbehandler: Martin Lyhne Petersen
Direkte telefon: 3063 4279

Høringssvar: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Sundhedsstyrelsen har den 2. december 2016 fremsendt høringsudkast til "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen". Læsø Kommune takker for muligheden for at afgive høringsvar og fremsender hermed vores kommentarer.

Læsø Kommune anerkender det overordnede formål med indsatsområde 2: Styrkede kommunale akutfunktioner i den nationale handleplan for den ældre medicinske patient. Vi har grundet vores beliggenhed tradition for et udvidet og tilpasset samarbejde i gensidig forståelse og respekt mellem kommune og region.

Læsø Kommune finder værdigrundlaget for kvalitetsstandarderne, afsnit 1.4, positivt, herunder særligt fokus på at inddrage pårørende som en ressource.

Læsø Kommune ser frem til et øget fokus på vigtigheden af et velfungerende tværsektorielt samarbejde der sikrer, at borgere med behov for sygepleje eller døgnovervågning kan undgå (gen)indlæggelser på sygehuset.

Vores nuværende samarbejde med almen praksis og ambulancetjeneste betyder at borgere behandles i eget hjem eller på etableret akutstue i forbindelse med plejehjemmet, hvor hjemmesygeplejen agerer vores akutteam. En væsentlig del af de beskrevne opgaver i høringsudkastet udføres derfor allerede i stand af omtalte velfungerende samarbejde.

Det er derfor positivt at der i høringsudkastet er fokus på det tværsektorielle samarbejde. Med baggrund i vores erfaringer har det vist sig at være en gevinst for borgerne/patienterne og dermed også for både kommune og region i et sundheds- og økonomisk perspektiv.

Læsø har en særlig geografisk beliggenhed, der medfører en prioritering i akutte indlæggelser, når der opstår en akut situation vurderes det om patienten kan afvente en overfart med færgen, eller om der skal rekvireres helikopter. Såfremt overfart med færgen har et længere tidsperspektiv observeres patienten på akutstue på plejehjemmet.

Den geografiske beliggenhed har således altid nødvendiggjort et behov for samarbejde sektorerne imellem. Foruden ovenstående samarbejde på akutområdet, har øens praktiserende læger eksempelvis fungeret som kommunelæger i flere år, hvilket blandt andet betyder at beboere på plejehjemmet tilses, samtidig med at personalet kan modtage

Telefon- og åbningstider:

sundhedsfaglig vejledning og justere handleplaner i samråd med borgerens praktiserende læge.

Med baggrund i ovenstående beskrivelse af det eksisterende samarbejde på sundhedsområdet, har Læsø Kommune en række opmærksomhedspunkter til høringsudkastet. Hjemmesygeplejen i Læsø Kommune består af en mindre personalegruppe der dækker Læsø døgnet rundt, alle årets dage. Akutfunktionen må nødvendigvis være inkluderet i disse medarbejderes arbejdsfunktioner, idet ressourcetrækket for et selvstændigt akutteam vil være uforholdsmæssigt højt i forhold til forventet opgavevolumen.

Der bor ca. 1.800 borgere i Læsø Kommune, dette bevirker tillige at frekvensen for en række af de beskrevne opgaver forventes at blive meget lille. Hjemmesygeplejen vil derfor ikke kunne få og opretholde den fornødne rutine og tryghed i opgaven, idet intervallerne mellem ydelserne vil variere. På grund af den geografiske beliggenhed anser vi ikke et fysisk samarbejde med nærliggende kommuner som en realistisk løsning.

Læsø Kommune oplever allerede i dag rekrutteringsvanskeligheder inden for personale til sundhedsområdet. Med de beskrevne krav til kompetencer og erfaring i afsnit 6, har vi en frygt for at rekrutteringen af sygeplejesker og social- og sundhedsassistenter med de påkrævede kompetencer og erfaring vil blive endnu mere vanskelig.

Læsø Kommune har desuden en bekymring vedrørende den økonomiske ramme for akutfunktionen. Dette drejer sig dels om udgifterne til kompetenceudvikling af personalet, afsnit 6, samt krav til udstyr, afsnit 7. Udstyrskraverne vil betyde apparaturindkøb og lagerføring af en ikke ubetydelig økonomisk størrelse.

Med baggrund i ovenstående vil Læsø Kommune have vanskeligt ved at honorere dele af den ensartethed som høringsudkastet beskriver. Vi vil derfor være afhængige af at ændringer i den nuværende måde at løse akutte/subakutte opgaver sker i et tæt samarbejde med Læsø Kommune, herunder at Læsø Kommune undtages fra den ensrettede forventning om opgaveoverdragelse og i stedet laver de nødvendige aftaler i regi af den supplerende sundhedsaftale.

Med venlig hilsen

Lisbeth Nyborg Duelund
Leder Sundhed og Forebyggelse
Læsø Kommune

Lotte Keller Christensen
Socialchef
Læsø Kommune



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Att. Niels Gadegaard

Dato: 20. december 2016

Sagsbehandler: vpbrkr

Direkte tlf.: 87 87 60 55

Kære Niels Gadegaard

Hermed fremsendes Viborg Kommunes kommentarer til "Kvalitetsstandarder til kommunale akutfunktioner".

Anbefalingerne, kravene og målene i kvalitetsstandarderne falder generelt godt i tråd med måden Viborg Kommune arbejder med kvalitet, sundhed og pleje.

Sundhedsstyrelsen bør i det videre arbejde med kvalitetsstandarderne være opmærksom på følgende:

- Det nævnes på side 9 under "Kompetence og uddannelse, at sygeplejersker, som varetager akutopgaver, skal være autoriseret og have erfaring. Det bør overvejes om, det på sigt er hensigtsmæssigt, at alle akutsygeplejersker uddannes som autoriserede akutsygeplejersker.
- Det nævnes på side 25, at der skal udarbejdes en årlig status for med fokus på udviklingen af området. Monitoreringen gælder til og med år 2019. For at sikre, at indsatserne i akutfunktionen har den fornødne kvalitet, bør kvalitetssikringen og monitoreringen ske løbende uden udløbsdato.
- Generelt: Kvalitetsstandarden beskriver, at akuttilbuddet skal være døgndækket. Det eksisterende tilbud i Viborg Kommune omfatter ikke akutydelse om natten. Det vil, på trods af at der er afsat midler til en akutfunktion, betyde en meromkostning på 1.2 mio. kroner årligt.

Hvis der er behov for yderlig uddybning af ovenstående eller spørgsmål til praksis i Viborg Kommune, står jeg naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen

Peter Borup Sørensen
Sundhedschef

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: SST Plan
Sendt: 20. december 2016 09:08
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Cc: SST Plan
Emne: VS: Høring om kommunale akutfunktioner

Fra: Kim Otto Jacobsen [<mailto:Kim.Otto.Jacobsen@regionh.dk>]

Sendt: 20. december 2016 08:58

Til: Niels Vendelbo Gadegaard

Cc: Cecilia M. Lund (cecilia.m.lund@gmail.com); Katarina Hörnqvist Rasmussen; Lillian Mørch Jørgensen; Lotte Blok Madsen; Lotte Sejer Kirring; Thomas Hjelholt; Tina Carlsen; usinger@dadlnet.dk

Emne: Høring om kommunale akutfunktioner

Til Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for Geriatri (DSG) har følgende kommentarer til høringen:

1. DSG er ikke tilhænger af delt lægeligt ansvar for patienten udskrevet fra hospital til en kortere periode i akutfunktionen. Delt ansvar kan give anledning til misforståelser og udgør en risiko for patientfejl. Dette er så vidt jeg er orienteret også PLOs holdning. Jeg har gentagne gange pointeret dette under vores møder i SST

Med venlig Hilsen

Kim Otto Jacobsen
Overlæge
Næstformand i Dansk Selskab for Geriatri

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videregende eller kopiere den.

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Maria Skovlund Herreborg <maria.herreborg@svendborg.dk>
Sendt: 20. december 2016 10:29
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Høringssvar: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Til rette vedkommende

På vegne af Ældreområdet Svendborg Kommune fremsendes nedenstående kommentarer:

- Der stilles krav om flere utensilier i sygeplejedepoterne fremadrettet så som; Sonder, Kathetre, PVK mm. Det vil betyde øget udgift i kommunerne.
- Måske der skal tænkes akutfunktion i forhold til børn 0-12 år, og her tænkes, at sundhedsplejerskerne har den bedste faglighed ?
- Medicin tilgængelig på akut / gæstepladser i kommunerne er vigtigt for at kunne imødekomme krav om hurtigt pleje og behandling.

Akutfunktionen ses som en dynamisk opgave, og der kræves fleksibilitet og kreativitet i opgaveløsning, samt øget faglighed med krav om løbende kompetenceudvikling. Dette kræver ressourcer, men det ser ud som om, at det vil komme med i anbefalingerne.

Venlig hilsen

Maria Skovlund Herreborg
Faglig Specialkonsulent

Svendborg Kommune
Myndighedsafdeling

Tlf:
Email: maria.herreborg@svendborg.dk



Vanløse d. 20. december 2016

Sundhedsstyrelsen
Planlægning
jkr@sst.dk
Sagsnummer: 4-1611-112/1

Høringsvar til - Kvalitetsstandard for kommunal akutfunktioner i hjemmeplejen - krav og anbefalinger, Høringsudkast 2. december 2016.

DANSKE ÆLDRERÅD takker hermed for muligheden for at afgive høringssvar på Sundhedsstyrelsens oplæg til Kvalitetsstandard for kommunal akutfunktioner i hjemmeplejen – med krav og anbefalinger. DANSKE ÆLDRERÅD får bl.a. via ældre-/seniorrådene stor indsigt i det sociale- og sundhedsfaglige arbejde i landets 98 kommuner. Bestyrelsen i DANSKE ÆLDRERÅD er optaget af arbejdet med de kommunale akutfunktioner og ser positivt på initiativer, som kan kvalificere de pleje- og behandlingsmæssige tiltag, som udviklingen i sygehuvæsenet stiller til en mere kompleks kommunal indsats og til det tværsektorielt samarbejde.

DANSKE ÆLDRERÅD har fokus på en værdig og god indsats for den ældre medicinske patient og de sårbare ældre. Derfor er samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis om akutte behandlings- og plejeindsatser til borgere med behov herfor, af stor betydning. Færdigbehandlede ældre borgere skal ikke optage pladser på hospitalet, hvis de kan modtage den akutte, specialiserede og kompetente behandlings- og plejeindsats i kommunerne. DANSKE ÆLDRERÅD finder det væsentligt at "Kvalitetsstandarden for kommunal akutfunktioner i hjemmeplejen", er det fundament for en akutfunktion i den enkelte kommune, der kan højne kvalitet, behandlings – og plejemuligheder. Det er med dette fokus for øje, at DANSKE ÆLDRE-RÅD afgiver høringssvar.

Overordnede bemærkninger

I høringssversionen stilles krav til, at den kommunale akutfunktion "skal være kendetegnet ved at være fleksibel på tid og opgavetyper og tilgængelige 24 timer i døgnet". DANSKE ÆLDRERÅD finder, at døgndækning er afgørende for, at en akutfunktion bliver et fagligt løft og tilbud i kommunerne, derfor er 24 timers kravet positivt.

Hvorvidt en kommune skal etablere et udkørende akutteam, stationær akutpladser eller begge dele, mener DANSKE ÆLDRERÅD, skal være op til den enkelte kommune. En kommune kan have gode grunde til at vælge den ene model frem for den anden.

Formålet med akutfunktionen beskrives som følger: "Akutfunktionen skal have en ensartet høj kvalitet i behandlingen på tværs af landet", og "akutfunktionen har den fordel for patienten, at indsatsen kan varetages tæt på borgerens hverdagsliv og lokalmiljø" (s. 5). DANSKE ÆLDRERÅD ser gerne, at kvalitetsstandarden er mere præcis omkring, hvad det vil sige at have en ensartet høj kvalitet i behandlingen på tværs af landet, at være tæt på borgerens hverdagsliv samt uddyber fordele ved de forskellige akutløsningsmodeller.

I høringssudkastet står i Værdigrundlaget, at "den enkelte patient og eventuelle pårørende skal inddrages i planlægning og beslutninger om patientens forløb. Indsatserne skal have fokus på pårørende som en ressource for patienten" (s. 7). DANSKE ÆLDRERÅD finder, at der er behov for en præcisering af ordlyden. Det giver ikke mening at tale om inddragelse af patientens beslutninger, og inddragelse af pårørende, når resten af dokumentet ikke indeholder krav eller vejledning til bl.a. hvordan, hvornår, og i hvilket omfang.

Vedr. kvalitets-, ressource- og kompetenceløft i kommunerne?

DANSKE ÆLDRERÅD vil, på baggrund af nogle ældreråds tilbagemelding, udtrykke betænkelighed ved, at akutfunktionen kan bemandes med sosu-assistenten og ikke udelukkende med sygeplejersker. DANSKE ÆLDRERÅD finder det væsentligt, at akutfunktionen personalemæssigt har en uddannelsesbaggrund, som kan sikre det kompetence- og kvalitetsløft i kommunerne, som fremadrettet kan undgå at mange borgere indlægges eller genindlægges, af årsager som en specialiseret kommunal indsats vil kunne løse.

I høringsversionen fastslås, at "akutteam/-funktion skal kunne tage sig af opgaver, som den almindelige hjemmepleje ikke har kompetencer til" (s. 13). Hvis en borger ikke længere har specialiserede, komplicerede og instrumentelle sygeplejebehov, men kun basale sygeplejebehov, så bør denne borger kunne overgå til hjemmeplejens regi. DANSKE ÆLDRE RÅD mener, at høringsversionen mangler beskrivelse af hvordan samarbejdet mellem akutfunktionen og den ordinære hjemmepleje skal praktiseres.

Ansvar og samarbejdsaftaler?

I kapitel 6. Kompetencer og Uddannelse (s. 9), er der stor forvirring mellem opgaver, ansvar og kompetencer mellem akutfunktionens interne bemanning og til de eksterne partnere som f.eks. de praktiserende læger. I høringsversionen er det et krav, at akutteamet beskæftiger sig med opgaver nævnt i opgaveporteføljen, hvor grundlæggende sygeplejeopgaver bl.a. ikke nævnes, men senere nævnes grundlæggende sygeplejeopgaver, som en mulig arbejdsopgave. Her står at henvisningen til kommunale akutfunktioner typisk skal ske via praktiserende læge, vagtlæge eller via sygehus, f.eks. i forbindelse med, at en patient udskrives. Sker henvisningen fra et kommunalt tilbud, afgør akutfunktionen i samråd med en læge, hvorvidt patienten skal indlægges eller modtage ydelser fra akutfunktionen. DANSKE ÆLDRE RÅD formoder, at dette lægefaglige visitationsansvar er afklaret, hvilket DANSKE ÆLDRE RÅD ikke umiddelbart har kunnet læse. Når det er en hospitalslæge, som henviser patienten til behandling i akutfunktionen, har denne læge behandlingsansvaret. DANSKE ÆLDRE RÅD formoder at dette lægefaglige visitations- og behandlingsansvar er afklaret, hvilket ikke fremgår af høringsversionen.

Der lægges i høringsversionen op til, at der nødvendigvis må indgås mange samarbejdsaftaler for at akutpladser eller et akutteam kan fungere i kommunerne. Der skal således i hver enkel kommune forhandles samarbejdsaftaler mellem f.eks. praktiserende læger – akutteam – sygehus, praktiserende læger – kommunens hjemmesygepleje – akutteam, samt mellem akutteam – rehabiliterings/træning – ernæring mv. Alle disse samarbejdsaftaler er i høringsudkastet præsenteret som anbefalinger til kommunerne. DANSKE ÆLDRE RÅD er betænkelig ved, om denne struktur kan skabe en optimal, kompetent og patientsikker indsats på landsplan. Med anbefalinger om så mange samarbejdsaftaler, er der mange interessenter, som skal tilslutte sig akutfunktionens bemanning, ansvarsområder, betaling for opgaver og meget mere. DANSKE ÆLDRE RÅD er bekendte med, at kommunerne har forskellig forudsætning for at etablere disse samarbejdsaftaler (bl.a. vanskelighed ved at rekruttere læger og andet sundhedsfagligt personale, lange afstande i kommunen, økonomi etc.). Det kan blive et problem for borgere i visse kommuner, hvis akutfunktionen ikke kommer til at fungere efter hensigten. I høringsversionen står: "Der skal være en ensartet høj kvalitet i behandlingen i akutfunktionerne på tværs af landet". DANSKE ÆLDRE RÅD er betænkelig ved, om denne præmis vil lykkes, uden mere ensartede rammer for sundhedsaftalerne på landsplan.

Det faglige indhold – indsats og udstyr?

Det er mange komplekse opgaver, der fremover skal løses af kommunerne. Derfor bør "indsats" være sundhedsfaglig korrekt, realistisk og fyldestgørende, og tilhørende krav til "udstyr" skal være komplet. I DANSKE ÆLDRE RÅD er vi ikke specialist på dette felt, men finder det nødvendigt med en præcisering af "indsats" og "udstyr", så de bliver sundhedsfaglig korrekte og -fyldestgørende.

DANSKE ÆLDRE RÅD appellerer til at Sundhedsstyrelsen iværksætter en ekstra bearbejdning af materialet. Materialet i sin nuværende form har for mange uafklarede-, misvisende- og faglige mangler. DANSKE ÆLDRE RÅD finder ikke, at høringsversionen i sin nuværende form fremstår som et brugbart fundament for en akutfunktion, der kan give det ønskede kvalitets-, ressource- og kompetenceløft i kommunerne.

På vegne af DANSKE ÆLDRE RÅD

Marianne Lundsgaard
sekretariatsleder

Notat

Emne	Høringssvar fra Greve Kommune vedrørende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner
Sagsnr.	253-2016-88963
Dokumentnr.	253-2016-184034
Dato	6. december 2016
Administrativ enhed	Center for Sundhed & Pleje

Til Sundhedsstyrelsen, Planlægning

Høringssvar fra Greve Kommune vedrørende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Greve Kommune skal hermed kvittere for høringsmaterialet vedrørende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, som vi har læst med stor interesse. Greve Kommune ser frem til at arbejde yderligere med den kommunale akutfunktion som en del af udbygningen af og udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Greve Kommune har adskillige års erfaring med kommunale akutpladser, som har som formål at forebygge og reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser, mens der samtidigt er stor fokus på genoptræning og den rehabiliterende indsats. Vi har en forventning/forhåbning om, at kvalitetsstandarderne og efterfølgende lokale aftaler kan være med til at adressere hidtidige udfordringer på området.

Overordnede bemærkninger til høringsudkastet:

Overordnet set finder vi, at udkast til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner er et gennearbejdet dokument, der opstiller fagligt velfunderede krav og anbefalinger for de kommunale akutfunktioner.

Vi håber, at kvalitetsstandarderne vil understøtte vores samarbejde med sygehuse og almen praksis, herunder vedrørende henvisning af borgere til en kommunal akutfunktion. Vi bemærker samtidigt, at der ligger et arbejde i forhold til at etablere velfungerende og forpligtigende aftaler omkring samarbejdet med almen praksis og sygehus.

Bemærkninger til afsnit 1:

Greve Kommune bemærker, at en kommunal akutfunktion fagligt er en del af den kommunale hjemmesygepleje, men akutfunktionen kan organisatorisk i en kommune være placeret i tilknytning til fx et plejecenter/rehabiliteringscenter.

Greve Kommune støtter, at der i indsatsen i en akutfunktion er fokus på værdighed, patient- og pårørendeinddragelse, sammenhængende forløb, samt høj kvalitet og patientsikkerhed.

Bemærkninger til afsnit 2:

Bemærkninger hertil fremgår af bemærkninger til afsnit 3-9.

Bemærkninger til afsnit 3:

Ingen bemærkninger.

Bemærkninger til afsnit 4:

Greve Kommune vil henlede opmærksomheden på p. 15, andet afsnit, hvor det fremgår, at opgaven bl.a. består i ”dehydrering af patienter” – her bør fx stå behandling af dehydrering.

Notat

Emne	Høringssvar fra Greve Kommune vedrørende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner
Sagsnr.	253-2016-88963
Dokumentnr.	253-2016-184034
Dato	6. december 2016
Administrativ enhed	Center for Sundhed & Pleje

Bemærkninger til afsnit 5:

Det fremgår af udkastet, at ABCDE-princippet anvendes ved observation og vurdering af patienten med måling af vitale parametre. Greve Kommune er enig i, at ABCDE-princippet er en velegnet metode, men da det er vores oplevelse, at princippet ikke er fuldt udbredt på sundhedsområdet/blandt sundhedsfaglige, savner vi, fx i et bilag, en nærmere beskrivelse af princippet, med særligt fokus på en akutfunktionskontekst.

Greve Kommune vil desuden anbefale, at det tilføjes, at en kommunal akutfunktion skal kunne give ilt i mindre doser (Oxygenbehandling) (under instrumentelle indsatser, p. 16), idet dette vil kunne forebygge diverse tilstande hos borgeren.

Bemærkninger til afsnit 6:

Greve Kommune er overordnet set enig i kvalitetsstandardernes krav til kompetencer og uddannelse, og bemærker i den forbindelse, at der kan være nogle udfordringer i forhold til blandt andet at tiltrække sådan arbejdskraft, samt kapacitetstilpasning, jf. bemærkninger til afsnit 3.

Desuden mener vi, at det bør tilføjes, at det er som udgangspunkt, at personalet overvejende skal være beskæftiget med de særlige opgaver, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje. Dette af hensyn til at sikre en effektiv udnyttelse af personaleresourcer i akutfunktionen/hjemmesygeplejen, herunder ikke mindst om natten.

Vedr. erhvervs erfaring mener Greve Kommune, at det er centralt, at sygeplejerskerne i akutfunktionen også har erfaring fra den kommunale hjemmesygepleje, på linje med erfaring fra en akutmodtagelse el. lign.

Greve Kommune vil i samme forbindelse opfordre til, at der etableres en videreuddannelse målrettet sygeplejersker, der arbejder med ældre medicinske patienter/ i en kommunal akutfunktion, fx en diplomuddannelse, herunder at der nationalt udarbejdes fagbeskrivelser for uddannelsen.

Bemærkninger til afsnit 7:

Greve Kommune anbefaler, at en kommunal akutfunktion skal kunne give ilt i mindre doser, jf. bemærkninger til afsnit 5. I forlængelse heraf skal en kommunal akutfunktion også have udstyr til at give ilt til rådighed (p. 22).

Bemærkninger til afsnit 8:

Det fremgår af udkastet, at der bør registreres og følges op på 8 udvalgte indikatorer. Greve Kommune vil i den forbindelse opfordre til, at der i kvalitetsstandarderne i et bilag laves en præcis definition/afgrænsning af de pågældende indikatorer med henblik på sammenlignelighed på tværs af kommuner/regionalt/nationalt.

Bemærkninger til afsnit 9:

Notat

Emne	Høringssvar fra Greve Kommune vedrørende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner
Sagsnr.	253-2016-88963
Dokumentnr.	253-2016-184034
Dato	6. december 2016
Administrativ enhed	Center for Sundhed & Pleje

Greve Kommune finder anbefalingerne vedr. hvem, der er den behandlingsansvarlige læge/har behandlingsansvaret, central. Greve Kommune finder dog, at der bør skelnes mellem behandlingsansvarlig læge og hvem, der fx kontaktes uden for almen praksis åbningstid ved akutte spørgsmål (dvs. vagtlægen).

Greve Kommune henviser her til forståelserne af ”behandlingsansvarlig læge”/”patientansvarlig læge” nationalt og regionalt, hvor en fast læge skal have overblikket over og ansvaret for behandlingen, og som sikrer, at der bliver taget hensyn til den enkeltes patients ønsker og livssituation. En behandlingsansvarlig læge skal sikre bedre kontinuitet i patientforløb, tryghed hos borgeren samt faglig kvalitet.

Greve Kommune vil også opfordre til, at det tilføjes til kvalitetsstandarderne, at tilgængelighed til vagtlægen er central for en akutfunktion, samt at der bør være fokus herpå i samarbejdsaftaler/underliggende aftaler mellem region og kommuner/i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis.

Bemærkninger til afsnit 10:

Ift. bilag 3 henvises til bemærkninger under afsnit 9 vedr. behandlingsansvar og hvem, der skal kontaktes.



Høring om kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Dato: 19 december 2016

Billund kommune har modtaget sundhedsstyrelsens udkast til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmeplejen i høring.

Billund kommune er enig i målsætningen om en ensartet høj kvalitet, sammenhængende forløb på tværs af sektorer og større borgerinddragelse. Billund kommune finder således at der er mange ligheder, mellem de foreslåede standarder på området og den måde, hvorpå vi i Billund Kommune allerede arbejder med akutfunktionen og større borgerinddragelse.

For så vidt angår kravene til kompetencer og uddannelsesniveau hos medarbejderne i en akutfunktion, vil Billund kommune gøre opmærksom på at det, særligt i mindre og/eller yderligt beliggende kommuner, kan være vanskeligt at rekruttere sygeplejersker med lang erfaring. Kravet om 3-5 års relevant klinisk erfaring stiller således store krav til kommunerne i forhold til, hvorledes man introducerer, oplærer og uddanner nye sygeplejersker og SSA'ere, således at der er mulighed for intern rekruttering til en akutfunktion.

Billund kommune er enig i kravene til hvilke ydelser der skal kunne leveres fra en akutfunktion. Kommunen vurderer således at forslagene til undersøgelser/målinger, der skal kunne udføres i en akutfunktion, giver god mening, henset til den beskrevne målgruppe for akutfunktionen.

Generelt vil Billund kommune gøre opmærksom på at der iboende i kvalitetsstandarderne er en høj grad af central detailstyring på kommunens ansvarsområde.

Med venlig hilsen

Susanne Linaa
Chefkonsulent
Social- og sundhedsforvaltningen

Social- og Sundhed

Jorden Rundt 1
7200 Grindsted

Tlf. 7972 7200
www.billund.dk

Sagsbehandler:
Susanne Linaa
Tlf. 79727512
shm@billund.dk

Til Sundhedsstyrelsen

Dato: 20. december 2016

Høringssvar Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Brevid: 3120215

Hermed høringssvar fra Region Sjælland vedrørende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Kvalitet og Udvikling

Alléen 15
4180 Sorø

Overordnet er det positivt, at der knyttes kvalitetsstandarder til de kommunale akutfunktioner. Ligeledes er det positivt, at der tales om akutfunktioner til forskel for akutpladser, idet dette giver mulighed for at arbejde med forskellige modeller for organisering og samarbejde.

Tlf.: 70 15 50 00
Dir.tlf. 23 29 77 37

Ligeledes kan Region Sjælland bakke op om, at rammer for samarbejde mellem akutfunktioner og regionale behandlingstilbud fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Samarbejdsaftalen skal blandt andet afstemme forventninger til kapacitet (Afsnit 3.1. side 12).

kvalitetudvikling
@regionsjaelland.dk
aohj@regionsjaelland.dk

www.regionsjaelland.dk

Det er endvidere positivt, at akutfunktionens opgavevaretagelse ses som dynamisk og kan ændre sig over tid. Det er hensigtsmæssigt, at dette arbejder koordineres via sundhedsaftalesamarbejdet (Afsnit 5.1. Side 18).

I afsnit 3.2. side 13 står: I akutteams dækker akutfunktionens indsats som udgangspunkt den del af patientens forløb, der kræver særlige kompetencer, og som ikke kan varetages i den øvrige kommunale hjemmesygepleje.

Kommentar: I flere kommuner inkluderer akutfunktionen IKKE borgere på plejecentre. Forslag: Præciseres i standarden, at akutfunktionen er et tilbud til alle.

I afsnit 9.4 side 29 står: Det skal dog påpeges, at det er af allerstørste vigtighed, at personalet i akutfunktionen er bevidst om, hvem de er medhjælp for i relation til patientens forskellige behandlinger, og at det altid er muligt for personalet at komme i kontakt med en relevant sundhedsperson (typisk en læge), hvis der skulle opstå spørgsmål eller problemer i relation til patientens behandling.

Kommentar: Hvis det er så vigtigt, skal budskabet måske stå i introduktionen eller i sammenfatningen?

Venlig hilsen

Anne Hjortshøj
Enhedschef



19-12-2016

Til Sundhedsstyrelsen, Planlægning

Sagsnr.
2016-0436932

Høringsvar om Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Dokumentnr.
2016-0436932-3

Sagsbehandler
Charlotte Demant
Linda Rask Nielsen

Bemærkninger fra Københavns og Frederiksberg Kommune

Generelt

Både Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune forventer, at de nye kvalitetsstandarder for akutfunktionerne i hjemmesygeplejen vil betyde et positivt løft i akutfunktionernes sygeplejefaglige niveau. Kvalitetsstandarderne kan endvidere sikre et ensartet kvalitetsniveau for borgerne uanset hvilken kommunal akutfunktion, der varetager deres pleje og behandling. Det er dog et opmærksomhedspunkt, at generel brug af nationale kvalitetsstandarder på kommunale opgaver vil udfordre det kommunale selvstyre.

Samtidig stiller kvalitetsstandarderne store, nye krav til kompetencer, kapacitet og udstyr i kommunale akutfunktioner, som bør finansieres, ligesom evt. opgaveglidning til de kommunale akutfunktioner bør følges.

Københavns og Frederiksberg Kommuner bemærker, at kvalitetsstandarderne fokuserer på behandling og pleje, mens den rehabiliterende indsats kun nævnes kort. I de to kommuner forstås den rehabiliterende indsats som en del af behandlingen, og det kunne derfor være hensigtsmæssigt, at den rehabiliterende indsats nævnes mere eksplicit i kvalitetsstandarderne.

Herunder følger Københavns og Frederiksberg Kommunes bemærkninger til hvert enkelt kapitel i høringsudkastet for Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

3. Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner

Det er et kvalitetsløft i forhold til de gældende kvalitetsstandarder fra 2014, at det i høringsudkastet bliver præciseret tydeligt, hvordan tilgængeligheden i akutfunktionerne skal være.

Det fremgår af side 12 og 26 i høringsudkastet, at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Samarbejdsaftalen skal blandt andet afstemme forventninger til kapacitet. Københavns og Frederiksberg Kommune bemærker, at den kommunale kapacitet er et kommunalt anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det være relevant, at også den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

4. Målgruppe for den kommunale akutfunktion

Med kvalitetsstandarden sætter Sundhedsstyrelsens en tydelig faglig ramme for kommunale akutfunktioner. Det er positivt at sikre en ensartethed i den faglige kvalitet på tværs af kommunerne.

Det kan samtidig forventes, at både praktiserende læger, vagtlæger og sygehuse i større omfang end hidtil vil henvise borgere til akutfunktionerne, herunder borgere der ikke i forvejen er i kontakt med hjemmesygeplejen. Det kan medføre risiko for øget uforudsigelighed i antal borgere og sandsynligvis behov for øget kapacitet i akutfunktionerne.

5. Indsatser i kommunale akutfunktioner

Det er en styrke, at kvalitetsstandarderne fastlægger en tydelig systematik for observation af patienterne (ABCD-princippet). Københavns og Frederiksberg Kommune bemærker endvidere, at det bør præciseres i Kvalitetsstandarderne, at "der skal kunne foretages en opfølgende *observation efter ABCD-princippet* med interval på 3 timer" – altså, at "sygeplejefaglig vurdering" ændres til "observation efter ABCD-princippet". I kommunalt regi er begrebet "sygeplejefaglig vurdering" allerede anvendt i en anden betydning.

Københavns og Frederiksberg Kommune forventer, at selve opgavevaretagelsen vil kræve øget normering og øgede ressourcer, fx når alle patienter skal observeres af en sygeplejerske med 3 timers interval. De to kommuner understreger endvidere, at det kræver et tættere samarbejde med læger. Sygeplejerskerne har kompetencer til at indsamle og vurdere data, men de har ikke ordinationsretten. Mange af de indsatser, som høringsudkastet lægger op til, kræver hurtig lægefaglig respons.

Under punktet "Instrumentelle indsatser", høringsudkastet s. 16, bemærker Københavns og Frederiksberg Kommune følgende:

- Følgende indsats bør præciseres: sug af øvre luftveje. Københavns og Frederiksberg Kommuner mener *ikke*, det bør være et krav, at kommunale akutfunktioner varetager sug af nedre luftveje, da kommunerne vurderer, at sug af nedre luftveje er en indsats præget af stor kompleksitet og risici for komplikationer.
- Udtrykket "palliative dræn" er ikke medicinsk korrekt. Det bør defineres konkret, hvad der menes.
- Københavns og Frederiksberg Kommune er af den opfattelse, at pasning af ascites-dræn hører hjemme på et sygehus. Patienter med behov for ascites-dræn er ofte alvorligt syge. Der er behov for konstant observation og lægelig vurdering af drænets indvirkning på patientens helbredstilstand, og af de handlinger det bør afføde. Ascites-dræn er endvidere forbundet med stor risiko for infektion.

Med en indsatsliste, der er så omfattende og fagligt bred som beskrevet i høringsudkastet, løftes det faglige niveau for kommunal opgavevaretagelse. Københavns og Frederiksberg Kommune gør dog opmærksom på, at en forudsætning for at kunne indfri intentionerne i høringsudkastet er, at alle parter i sundhedstrekanten er enige om, hvad deres rolle i opgavevaretagelsen er. Sygeplejerskernes lette og rettidige adgang til lægelig rådgivning og ordination er en ufravigelig forudsætning for, at

man som borger kan forvente samme kvalitet i behandlingen, uanset om man behandles i en kommunal akutfunktion eller på et sygehus. I modsat fald kan ulighed i adgangen til lægefaglig bistand betyde, at borgere modtager et dårligere tilbud på kommunale akutfunktioner, end borgere der behandles på hospital. Lægernes ændrede forpligtelser i forhold til kommunale akutfunktioner bør fastslås fra centralt hold.

6. Kompetencer og uddannelse

Københavns og Frederiksberg Kommune bemærker, at det kan blive vanskeligt at rekruttere sygeplejersker og sosu-assistenten med de krævede kompetencer, herunder den krævede erhvervs erfaring.

De to kommuner gør endvidere opmærksom på, at imødekomme af kvalitetsstandarderne kræver et generelt kompetenceløft. Herunder vil det være hensigtsmæssigt, at en uddannelse i avanceret klinisk sygepleje (APN) og en specialuddannelse i kommunal sygepleje etableres hurtigst muligt. Der er behov for, at Sundhedsstyrelsen prioriterer etableringen af de to uddannelser, således at der kan optages studerende i 2017. I forlængelse heraf kan Københavns og Frederiksberg Kommuner være bekymrede for den tidsfrist, der er sat for kommunerne i forhold til at kunne leve op til kvalitetsstandarderne. Eventuelt kommer kommunerne i stedet til at hente kompetente sygeplejersker fra de små specialer i regionalt regi.

Endvidere bemærker Københavns og Frederiksberg Kommune, at det er nødvendigt at tilføre ressourcer til kompetenceløftet. Herunder ville det være hensigtsmæssigt, at der sker en national udformning af førnævnte to nye uddannelser for sygeplejersker, således at indholdet i uddannelserne kommer til at svare til de behov for kompetencer, som følger af de nye kvalitetsstandarder for akutfunktioner.

Manglende lovhjemmel

Af side 20 i høringsudkastet fremgår det, at sygeplejerskerne skal kunne "diagnosticere [og] påbegynde initial undersøgelse indtil der er lægelig back-up, og justere i behandlingen af patienterne inden for et afgrænset område". Hvis en sygeplejerske skal varetage disse opgaver, kræver det en åbning i lovgivningen. Dette bør medtages i arbejdet med revision af "*Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp*" (*delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed*).

7. Udstyr og medicin i akutfunktionen

Udstyr

På kravlisten over udstyr (s. 22-23) mangler adgang til ilt.

Københavns og Frederiksberg Kommune mener, at det bør fremgå (s. 23), at aftaler mellem region og kommuner for tilvejebringelse, udlevering, finansiering og instruktion af brug af behandlingsredskaber og hjælpemidler, bør være detaljerede og fx indeholde stillingtagen til ansvaret for vedligeholdelse og kalibrering af remedierne, sådan at man sikrer, at de virker optimalt, og der dermed er sikkerhed for, at patienternes målinger er valide. Det bør ligeledes fremgå af

aftalerne mellem region og kommuner, hvilken minimumsstandard for behandlingsredskaber og hjælpemidler, der er påkrævet.

Medicin og væsker

En forudsætning for varetagelse akut sygepleje, er, at der er en direkte adgang til de nødvendige lægemidler. I afsnit 7.2 (s. 23) om "Medicin og væsker" bør der således åbnes mulighed for en mere smidig håndtering af lægemidler på kommunale akutfunktioner. Det gælder både muligheden for opbevaring af lægemidler, der ikke er udskrevet til en konkret patient, og vilkårene for egenbetaling. I dag ser vi en meget stor forsinkelse i lægemiddelhåndteringen, fordi akutfunktionen skal i kontakt med en læge, der skal udskrive en recept, som derefter skal indløses på et apotek og bringes til akutfunktionen/hjemmet. Den proces kan tage op til et døgn. Den kompliceres yderligere af, at borger måske ikke er ved bevidsthed, og dermed ikke nødvendigvis selv kan betale for det påkrævede lægemiddel. Når akutfunktionernes skal varetage indsatser, der kræver hurtig diagnostik, er det ikke hensigtsmæssigt at vente et døgn på at påbegynde behandlingen.

8. Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats

Intet at bemærke

9. Ansvar og samarbejde mellem sektorer

Delt behandlingsansvar mellem almen praksis og hospitalslæger

I regi af sundhedsaftalen i Region Hovedstaden har der i 2016 været arbejdet med rammedelegation. I forhold til rammedelegation til den enkelte patient kan kommunerne konstatere, at der ikke i Region Hovedstaden er enighed om behandlingsansvaret i relation til IV-behandling, idet PLO-H ikke ønsker et delt behandlingsansvar omkring patienten. Dette kan således i praksis udfordre udførelsen af Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at; "*ansvaret for den intravenøse behandling forbliver hos lægerne på sygehuset også efter udskrivelsen, mens den praktiserende læge overtager det samlede behandlingsansvar*" jf. (Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, 2014 Sundhedsstyrelsen" punkt 4.4 side 17) og "*Det anbefales, at behandlingsansvaret så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra sygehuslæge til patientens praktiserende læge, såfremt patientens læge ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient*" jf. (Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, punkt 9.3 - høringsudkast).

Herudover beskrives det i høringsudkastet, at der skal indgås lokale aftaler, der beskriver de præcise ansvarsforhold. Dette har været forsøgt i sundhedsaftaleregiet, men det er endnu ikke lykket. De kommende kvalitetsstandarder kan derved også blive udfordret på dette punkt.

Hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis, er det af helt afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient. Det kan overvejes, om der kan tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.

Københavns og Frederiksberg Kommune er endvidere bekymret for håndteringen af situationer hvor borgere, der befinder sig i regi af akutfunktionen – og hvor behandlingsansvaret ligger hos

praktiserende læge – får behov for IV-behandling. Det bør sikres, at denne patientgruppe har adgang til at modtage behandling på lige vilkår med patienter, der i deres sygdomsforløb har været indlagt, og hvor en sygehuslæge har behandlingsansvaret, mens de er i regi af akutfunktionen.

Manglende lovhjemmel

Af høringsudkastet side 29 fremgår det, at reglerne for brug af medhjælp ikke omtales i detaljer i Kvalitetsstandarderne. Det er ikke hensigtsmæssigt. Der findes allerede i dag mange udfordringer omkring delegation i samarbejdet mellem læger og kommuner. Disse udfordringer bliver kun større, når akutfunktionerne skal varetage flere om mere komplicerede indsatser. Derfor bør det adresseres i kvalitetsstandarderne, hvordan man tænker sammenhængen mellem *”Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp”* og kommunernes muligheder for at udføre de opgaver, der pålægges dem i kvalitetsstandarderne.

Konkret er det i forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter en udfordring, at der på nuværende tidspunkt er begrænsning for, hvilke instrumentelle indsatser kommunerne må udføre. Dette udfordrer bl.a. ønskerne om at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

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”* punkt 2.2.2 udelukkende må udføre opgaver i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygeplejen. Det vil sige, at der f.eks. godt kan laves aftale omkring blodsuktermåling, men ikke om f.eks. genanlæggelse af en sonde eller kateteranlæggelse/skift, idet dette er en behandling og ikke en undersøgelse. Disse typer af opgaver kan, som lovgivningen er i dag, kun foregå i forhold til rammedelegation på den enkelte patient.

Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved også blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemte typer af behandling.

Med venlig hilsen

Katja Kayser

Københavns Kommune

Torben Laurén

Frederiksberg Kommune

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Anette Rise <anr41t@odsherred.dk>
Sendt: 20. december 2016 15:20
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Høringssvar

Høringssvar

Jeg har en kommentar til nedenstående del af kvalitetsstandarden:

Af hensyn til kvaliteten af indsatsen og patientsikkerheden skal indsatser med, hvor patient-grundlaget er lille, forankres hos få personer med særlige færdigheder og de nødvendige kliniske kompetencer. Det er et krav, at personalet i akutfunktionen overvejende er beskæftiget med de særlige opgaver af akut karakter, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje. Herved er det muligt at sikre den nødvendige volumen i opgavevaretagelsen og understøtte, at personalet i akutfunktionen løbende vedligeholder og udvikler deres kompetencer, samt er op-dateret i forhold til viden om de nyeste behandlingsmetoder. Kommuner med et lille patient-grundlag kan eventuelt indgå i tværkommunale samarbejder for at sikre et tilstrækkelig patient-grundlag til at personalet kan vedligeholde deres kompetencer

Kommentar

I Odsherred Kommune har vi i flere år arbejdet systematisk med kompetenceudvikling af hjemmesygeplejen, og idet vi er en såkaldt udkantkommune, har vi i de sidste år varetaget en stor del af de opgaver, som er beskrevet i kvalitetsstandarden. Jeg er fuldstændig enig i at ydelserne skal være af høj kvalitet, men er ikke enig i, at de sygeplejersker som arbejder med akutydelserne udelukkende skal varetage den form for opgaver. Jeg tror på vigtigheden af, at flere kan deles om opgaverne, ud fra kompetencer og ønsker. Dette vil medvirke til et generelt kvalitetsløft i hjemmesygeplejen og også undgå silodannelse og et A og B hold i sygeplejegruppen.

Med venlig hilsen

Anette Rise

Afdelingsleder

Sygepleje, Træning, Demens og Lynghuset



Center for Omsorg og Sundhed
Højbygårdsvej 10, 4573 Højby
Mail: anr41t@odsherred.dk
Tlf. 59665250
Mobil 51168591



Sundhedsstyrelsen
Planlægning

jkr@sst.dk

DATO
20-12-2016

DERES REF.

VORES REF.
15/3600

DIREKTE NR.
mrs.hpvg.a.s

Hørings svar Sundhedsstyrelsens standard for kommunale akutfunktioner

Tårnby Kommune afgiver hermed høringssvar på Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger, høringsudkast 2. december 2016."

Tårnby Kommune finder det aktuelt og relevant med en kvalitetsstandard udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen for at fremme arbejdet med ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet. Kvalitetsstandarden kan, set med vores øjne, være med til at styrke det tværsektorielle samarbejde samt samarbejdet med almen praksis.

På nuværende tidspunkt er titlen "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger", hvilket kan låse den organisatoriske placering i kommunerne. Vores anbefaling er at fremhæve, at akutfunktionen skal have et meget tæt samarbejde med hjemmesygeplejen, men ikke nødvendigvis være en del af hjemmesygeplejen, for at kommunerne derved selv kan vurdere, hvor det er hensigtsmæssigt at organisere akutfunktionen.

Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger, høringsudkast 2. december 2016" er en solid, konkret og praksisnær kvalitetsstandard, der detaljeret beskriver målgruppe, opgaver i akutfunktionen, personalets kompetencer, udstyr og medicin i akutfunktionen, kvalitetssikring af akutfunktionens indsats samt ansvar og samarbejde mellem sektorer. Derfor har det afgørende betydning for om kvalitetsstandarden kan fungere i praksis, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarden og er indstillet på samarbejde for at leve op til kvalitetsstandarden. Med særlig opmærksomhed på beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient, hvor det kan overvejes om der skal tænkes i løsninger og aftaler på centralt niveau. Vores anbefaling er, at definitionen af akutfunktion præciseres yderligere.

I forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter er det en udfordring, at der på nuværende tidspunkt er begrænsning for, hvilke instrumentelle indsatser kommunerne må udføre. Dette udfordrer ønskerne om at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser. 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" punkt 2.2.2, udelukkende må udføre opgaver i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygeplejen. Det vil sige, at der f.eks. godt kan laves aftale omkring blodsukkermåling, men ikke om f.eks. genanlæggelse af en sonde eller kateteranlæggelse/skift, idet dette er en behandling og ikke en undersøgelse. Disse typer af



opgaver kan, som lovgivningen er i dag, kun foregå i forhold til rammedelegation på den enkelte patient. Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemte typer af behandling.

Det er en stor styrke i kvalitetsstandarden, at personalets kompetencer beskrives detaljeret og tydeligt. Vedrørende vedligeholdelse af personalets kompetencer ønsker vi, at rådgivning og vejledning fra læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale på sygehus gøres forpligtende frem for "at have adgang til".

Det fremgår af side 26, "at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis". Det foreslås bemærket, at den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

Venlig hilsen

Freddy Lillelund
Ældrecenterleder

/

Malene Rasmussen Sejling
Udviklingssygeplejerske



Til Sundhedsstyrelsen

Dato: 21-12-2016
Sagsnr.: 27.00.00-K04-1-16
Henv. til: Ole Muff Andersen
Ledelsessekretariatet
Direkte tlf.: 9611 4106
Afdeling tlf.: 9611 7585
Kultur.Sundhed@Holstebro.dk
www.holstebro.dk

Holstebro Kommunes høringsvar vedr. ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen”

Holstebro Kommune vil gerne anerkende det fine arbejde, som er udarbejdet i kvalitetsstandarderne.

Særligt finder vi det vigtigt, at der gives plads til, at man i kommunerne har fleksibilitet og valgfrihed i forhold til, hvordan man lever op til de stillede krav.

Med venlig hilsen

Rasmus Byskov-Nielsen
Sundhedschef
Holstebro Kommune

Ref. Anne Ahrensbach
 Souschef for Sundhed og Omsorg
 Mail: ahc@norddjurs.dk
 Mobil: 2939 9263

Høringsvar fra Norddjurs Kommune

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i (hjemme-)sygeplejen

Emne	Kommentar
Generelt	<p>Kvalitetsstandarder for den kommunale akutindsats er relevant og nødvendigt. Et fælles sæt af minimumskrav er en forudsætning for udviklingen af samarbejdet mellem praktiserende læger, region og kommuner i relation til dette indsatsområde.</p> <p>I den sammenhæng er det væsentligt at pointerer at de foreliggende kvalitetsstandarder forudsætter nye arbejdsgange og målrettede indsatser fra både</p> <ul style="list-style-type: none"> - region - praktiserende læger og - kommuner <p>Vi kan tilslutte os, at det er regionerne der er tovholder i udviklingen af samarbejdet i relation til den borgernære akutfunktion - i regi af sundhedsaftalerne.</p> <p>Det er af yderste vigtighed at kommende samarbejdsaftaler i relation til en kommunal akutfunktion medtager stillingtagen til finansiering af udstyr, vedligeholdelse af udstyr og kompetenceudvikling, inkl. vedligeholdelse af disse.</p>
Målgruppen	<p>"Den ældre medicinsk patient" er nævnt flere steder i det indledende materiale. Det er ønskeligt, at det tydeliggøres at kommunernes akutfunktion retter sig mod borgere fra 18 år og opefter.</p>
Kompetencer	<p>Vi kan selvfølgelig kun tilslutte os at kommunens sygeplejersker skal have de fornødne kompetencer.</p> <p>Vi mener det er relevant, at der tages stilling til pensum (teori og færdigheder) for et relevant kompetencegivende uddannelsesforløb for kommunale basissygeplejersker og for kommunale specialister (diplomniveau).</p> <p>Alle kommunens udekørende sygeplejersker og centersygeplejersker er hyppigt involveret borgerforløb med ustabile og komplekse behov. Ligesom de dagligt involveres i borgerforløb, hvor sygeplejen ikke er planlagt på forhånd.</p> <p>Aktuelt afprøves en ny samarbejdsmodel mellem praktiserende læger/vagtlæger i relation til den kommunale akutfunktion. Modellen afprøves i den klynge Norddjurs Kommune er en del af. Modellen indebærer at lægerne skal kunne aktivere kommunernes akutfunktion ved at kontakte kommunens udekørende sygeplejersker via ét telefonnummer, og med afsæt i en skabelon for kommunikation. Nu har afprøvningen kørt i knapt 3 måneder, og funktionen er blevet aktiveret max. 1-2 gange pr. mdr.</p> <p>Norddjurs Kommunes beliggenhed og befolkningstæthed gør det ikke muligt at etablere egentlige akutteam. De samme fakta gør det heller ikke realistisk, at der er</p>

	<p>rationale i at etablere hele eller dele af den kommunale akutfunktion på tværs af kommunegrænser. Vi fastholder således nødvendigheden af, at en stor del af kommunens sygeplejersker skal have og vedligeholde store kompetencer i relation til akutte indsatser.</p> <p>Vi er ikke enige i at Social- og sundhedsassistenter (SSA) udelukkende kan varetage grundlæggende sygeplejeopgaver. I Norddjurs Kommune vil den færdigintroucerede SSA kunne varetage sygeplejeindsatser hos borgere med stabile komplekse behov, når disse er initieret af en sygeplejerske.</p> <p>Det bør præciseres, at kommunen kan frasige sig at levere indsatser, de ikke har den fornødne kapacitet (= kompetencer og ressourcer) til at varetage. Når nye indsatser aftales er det væsentligt, at de udarbejdes en fælles plan for tilførsel af ressourcer og kompetencer.</p>
Kvalitetssikring inkl. Patientsikkerhed	<p>Kvalitetssikring er en selvfølge. Indikatorerne bør defineres nærmere, så der er et reelt grundlag for benchmarking på tværs af kommuner og regioner.</p> <p>Vi kan kun tilslutte os, at der skal arbejdes systematisk med patientsikkerhed. Både i relation til akutfunktionen og i relation til al anden sundhedsfaglig virksomhed.</p>
Udstyr	<p>Vi kan tilslutte os, det anbefalede udstyr. Og vi er enige i, at stillingtagen til udstyr til venøse blodprøver skal drøftes lokalt. Vi mener endvidere, at ilt bør være en del af basisudstyret på kommunens midlertidige plejeboliger med akutfunktion. <i>Se under "Generelt" for kommentarer vedr. finansiering.</i></p>
Tilrettelæggelse:	I det fremsendte materiale er der ikke taget stilling til max. responstid. Norddjurs kommune anbefaler en responstid på max. 2 timer efter henvendelse.
Indsatser	
IV-behandling	Ud over en stillingtagen til finansiering af denne behandling, er det vigtigt at der tages stilling til rammerne for administration af IV-behandlingen. Herunder hvem der kan inddrages i behandling og observation. Ex. borgeren, pårørende og øvrigt plejepersonale.
Sug af luftveje	Vi er enige i, at vi skal kunne tilbyde sug af <u>øvre</u> luftveje.

Med venlig hilsen

Anne Ahrensbach
Souschef for
Sundhed og Omsorg
Norddjurs Kommune



Herning
Kommune

Sundhedsstyrelsen
Planlægning

jkr@sst.dk

Sundhed og Ældre
Rådhuset, Torvet
7400 Herning
Tlf.: 9628 2828

Birthe.haxholm@herning.dk
www.herning.dk

Dato: 21. december 2016

Høringssvar: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Sundhed- og Ældre i Herning Kommune ønsker hermed at afgive høringssvar vedr. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Sundhed og Ældre i Herning Kommune har følgende kommentarer:

Det fremgår, at kommunerne har ansvar for at indgå lokale aftaler med almen praksis og hospitalerne på en lang række punkter. Det er en udfordring, at kvalitetsstandarden ikke er forhandlet overordnet med Regioner og Alment praktiserende læger. Lokale aftaler kan udfordre national ensartethed i akutte tilbud.

Akutfunktioner bør ud over de nævnte elementer også have ilt til rådighed.

Instrumentelle indsatser som f.eks. blodprøvetagning kan indgå som en del af en sygeplejefaglig helhedsvurdering og indsats, men ikke som eneste indsats medmindre der laves lokal samarbejdsaftale om det. Det fremgår ikke tydeligt i kvalitetsstandarden.

Det er uklart, hvordan validiteten vedr. blodprøvedata sikres ved transport til hospitalets laboratorium under forskellige vejrforhold.

Samlet set finder Herning Kommune kvalitetsstandarden meget velbeskrevet og nuanceret.

Med venlig hilsen



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Vedrørende høringsvar på Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Hermed fremsendes Faxe Kommunes høringsvar på høringsudkastet af 2. december 2016.

Høringsvar Center fra Sundhed & Pleje

Overordnet set mener vi det er et godt høringsudkast, som vi tilslutter os. Vi mener, at udkastet vil styrke kvaliteten og ensrette de kommunale akutfunktioner, hvilket giver god mening.

Vi mener, udkastet giver et godt grundlag for at kommunerne i højere grad kan nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser, ligesom det vil komme visse patientgrupper og pårørende til gode, at pleje og behandling kan varetages i nærmiljøet.

Vi ser dog samtidigt udfordringer i oplægget. Særligt i forhold til økonomi og opgaveglidning mellem parterne, hvor vi vurderer, at det især er kommunerne, der står for at få flere komplekse opgaver, der kan blive en udfordring at håndtere, hvis blandt andet økonomien ikke følger med fra start.

Implementering af mange af indsatserne hviler på et vilkår om, at en række specifikke rammer og underliggende aftaler indgås mellem kommuner, praktiserende læger og sygehuse i regi af sundhedsaftalerne. Af erfaring ved vi, at det kan dreje sig om lange processer, før konkrete aftaler er på plads, og indsatserne kan operationaliseres i praksis. Under dette punkt vil vi understrege, at det er meget væsentligt for det daglige arbejde i akutfunktionen, at der er fastlagt klare rammer, der sikrer tydelig placering af behandlingsansvaret, så det ikke bliver sygeplejerskerne i akutfunktionens rolle at afklare det fra patient til patient.

Vedrørende afsnittene om målgrupper og opgaver i akutfunktionen, ser vi også en række udfordringer. Blandt andet må vi forvente en vis kapacitetsudvidelse for kommunerne, der kan forventes stigende over tid bl.a. i forhold til de omtalte nye behandlingsmetoder og målgrupper.

Postadresse:
Centerstab
Frederiksgade 9 - 4690 Haslev

Telefon: 56 20 30 00
Telefax : 56 20 30 01
www.faxekommune.dk

Kontoradresse:
Tingvej 7
4690 - Haslev

Direkte: 56203397
Mail: nordg@faxekommune.dk
k

Dato 21-12-2016
j./sagsnr. 29.00.00-A00-60-16

Der lægges endvidere op til, at akutfunktionerne skal kunne varetage flere og mere komplekse opgaver, herunder cancerpatienter og kemoterapi-behandling. Samtidigt lægges der op til, at akutfunktionerne fortsat ikke får status af behandlende institutioner, og dermed ikke kan opbevare medicin. Medicinen skal købes og opbevares af patienten selv. Dette sætter nogle begrænsninger dels for patienterne og dels for akutfunktionens opgavevaretagelse, som bør diskuteres.

Ligeledes kan vi være bekymrede for, at der med høringsudkastet sker et skred i færdigbehandlingsbegrebet, hvor det ligger implicit i oplægget, at flere patienter i fremtiden udskrives til færdigbehandling i akutfunktionerne. På dette område ser vi også en udfordring på den økonomiske del. Hvem har kompetencen til at afslutte et forløb i akutfunktionen? Praktiserende læge, sygehuslægen og/eller sygeplejerskerne i akutfunktionen?

Center for Sundhed & Pleje ser frem til samarbejdet med de øvrige parter i de regionale og lokale fora om aftaler og implementering af kvalitetsstandarderne.

På vegne af Center for Sundhed & Pleje
Faxe kommune

Louise Nordgaard



Hørings svar "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

DATO
21. december 2016

SAGSNR.

Kalundborg kommune anerkender, at dokumentet har stor relevans i forhold til den nære sundhedsvæsen.

Kvalitetsstandarden giver overordnet et relevant billede af krav og forventninger, samt at det overordnede formål er meget relevant og vedkommende for borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle.

Kalundborg kommune vil dog gøre opmærksom på følgende:

Målet er at borgere i hele landet får mulighed for at få en særlig sygeplejefaglig indsats af ensartet højt kvalitet tæt på deres hverdag, når de har brug for det. Kalundborg kommune mener, at dette kan løses på mange måder, og at akut funktion nødvendigvis ikke er løsningen.

På nuværende tidspunkt er der ikke entydige evalueringer, der viser at akutfunktioner kan være med til at forebygge indlæggelser, det kan være problematisk, at indskrive dette i kvalitetsstandarden, da det kan medføre politiske forventninger, ligesom at akutfunktionen ikke skal erstatte en sygehusindlæggelse, hvor dette er nødvendigt.

Kvalitetsstandarden beskriver, at det er opgaver, som ikke kan varetages af den almindelige hjemmesygepleje. Det bliver dermed lidt uklart, om kommunerne, så ikke skal etablere en særskilt akutfunktion. Betyder det f.eks. at hvis Kalundborg kommunens almindelig hjemmesygepleje kan løse opgaverne, er vi ikke forpligtet til at etablere en selvstændig akut funktion?

På side 7 henvises til, at der skal foreligge en behandlingsplan, når patienten starter et akutforløb, men det fremgår ikke, hvem der har ansvaret for at udarbejde denne. Kalundborg kommune anbefaler, at behandlingsplanen skal udarbejdes af den praktiserende læge.

Der nævnes ABCD princippet, som brug for måling af vitale parametre, Kalundborg kommune finder det uhensigtsmæssigt, at angive et specielt princip, men vigtigt at angive at måling af vitale parametre indgår.

Kompetencer og uddannelse er yderste relevant beskrevet, men det kan medføre rekrutteringsproblemer, hvorfor det bør være en anbefaling og ikke et krav.

Kontakt

Sagsansvarlig:
Janne Kunchel Lorenzen
Sundhedsstaben

E-mail:
Janne.Lorenzen@kalundborg.dk
Telefon, direkte: 59 53 53 82

Kalundborg Kommune
Holbækvej 141B
4400 Kalundborg
www.kalundborg.dk
Telefon, omstilling: 59 53 44 00

I forhold til udstyr anbefaler Kalundborg kommune, at der noteres, at der skal være let adgang til udstyr, og at det bør aftales lokalt evt. i regi af sundhedsaftalerne.

Vedr. krav til indsats bør der være en indsats, som beskriver oplæring af øvrigt sundhedsfagligt personale i forhold til nuværende og kommende speciale sygeplejeopgaver.

Ansvar og samarbejde mellem sektorerne er beskrevet, at den praktiserende læge skal have besked, når akutfunktionen afsluttet, dette bør aftales lokalt med de praktiserende læger, da vores erfaring er, at lægernes behov og ønsker er meget forskellige.

I relation til henvisning til kommunale akutfunktioner er noteret, at der skal være skriftligt, det anbefales, at der indskrives, at det skal være elektronisk.

Venlig hilsen
Janne Kunchel Lorenzen
Sundhedsstaben



21-12-2016

Til Sundhedsstyrelsen

HØRINGSSVAR TIL KVALITETSSTANDARD FOR KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER

I Fredericia kommune har vi med interesse læst det udsendte høringsmateriale fra Sundhedsstyrelsen vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Fredericia kommune har, som mange andre kommuner, etableret en akutfunktion. Akutfunktionen er et af flere kommunale tiltag, som er et udtryk for, at kommunen anerkender at have et medansvar for at det samlede sundhedsvæsen bliver et sammenhængende væsen til gavn for flest mulige borgere. Dette er samtidig helt i tråd Plejens vision om, at borgeren bevares "Længst Muligt i Eget Liv".

I Fredericia er akutfunktionen tilrettelagt som en udgående funktion. Denne er organiseret og tilrettelagt ud fra såvel Sundhedsstyrelsens som KL's anbefalinger til kommunale akutfunktioner og startede op i september 2015. Der er således et erfaringsgrundlag at afgive høringssvar på:

TILRETTELÆGGELSE:

Akutfunktionen fungerer i et tæt samarbejde med såvel praksislæger som sygehuse. Vi ser et behov for at praksislægernes rolle i forhold til borgere i målgruppen for akutfunktioner bliver bedre afklaret. Borgerne har i stigende grad et behov for udredning og behandling i eget hjem. Det giver praksislægerne et øget ansvar, som de også skal være parate til at kunne påtage sig, og der bør laves aftale herom fra centralt hold. Lægefagligt ansvar i fht iv medicinerer kan være et aktuelt eksempel herpå.

Den økonomi som er afsat til at styrke akutfunktionerne rundt omkring i landet, er langt fra tilstrækkelig til at etablere beredskaber i døgndækning, hvor de også skal kunne imødegå spidsbelastninger. I Fredericia har der tidligere været politisk vilje til at prioritere en akutfunktion, men flere kommunerne skal først i gang. Erfaringen herfra er, at døgndækket beredskab koster mange penge, hvilket også er vigtigt at anerkende, når kommunerne skal løfte en større del af sundhedsvæsenets opgaver.

INDSATSER:

Beredskabet skal være af en tilpas størrelse i forhold til opgavernes art og omfang, dog med respekt for at de samlede ressourcer bruges fornuftigt. Akutfunktionen er ofte indgangsporten til kommunen ved specialiserede opgaver, som tidligere blev løst på sygehusene. Der vil kunne opstå spidsbelastninger, som umuliggør en forsvarlig løsning af disse nye opgaver, indtil kompetencerne er bredt ud til flere, eller når de skal varetages på tidspunkter af døgnet, hvor der normalt ikke er behov for et stort beredskab, f.eks. i nattetimerne. Kommunerne skal have mulighed for at sige fra over for en given opgave med baggrund i, at

**Plejens Administration & Vikarkorps**

Danmarksgade 4, 1. sal
7000 Fredericia
E-mail: admpleje@fredericia.dk
Tlf. 7210 7373
Fax 7210 5773

DK-7000 Fredericia
Tlf. 7210
@fredericia.dk
www.fredericia.dk

denne ikke kan løses forsvarligt med den givne bemanning.

Opstart af nye opgaver i kommunerne skal ske under hensyntagen til, at sygeplejersker i kommunerne arbejder med begrænsede muligheder for lægefaglig bistand eller kollegial sparring. Der vil derfor være behov for at afgrænse nye opgaver, og der skal foreligge klare aftaler forud for en opgave overdragelse. F.eks. kan det i en opstartsperiode være hensigtsmæssigt at begrænse antallet af forskellige præparater til IV-antibiotikabehandling, både af hensyn til patientens sikkerhed og sygeplejerskens arbejdsmiljø og mulighed for at løse opgaven forsvarligt. Ligeledes vil det også her kunne forekomme, at være en grænse for hvor mange borgere akutfunktionen / hjemmeplejen afhængig af organisering kan klare på samme tid.

UDSTYR OG REMEDIER TIL AKUTFUNKTIONEN

Med nye opgaver følger øget behov for udstyr og remedier til udredning og behandling. Økonomien til indkøb og løbende driftsudgifter til f.eks. blodprøvetagning, testmateriale og iv-behandling skal følge med opgaven. Det må således ikke belaste kommunens økonomi yderligere, at flere opgaver skal løses i kommunalt regi. I forvejen kræver det øget bemanning, ændret organisering og krav til flere kompetencer i kommunerne.

Der bør ske en tydeligere afklaring af, hvornår akutfunktionen kan betragtes som behandlingsinstitution, og dermed om der i akutfunktionen må findes medicin til akut behandling af borgere, hvor medicinen ikke er udskrevet til en konkret borger. F.eks. vil kravet til at der findes et forstøverapparat tilgængeligt i akutfunktionen kun give mening, hvis der samtidig sikres nem og hurtig adgang til medicinen, som skal dispenseres i apparatet. Alternativt skal apotekerne inddrages i at sikre, at medicinen kan være tilgængelig hurtigt og sikkert hos den enkelte borger.

I forhold til blodprøvetagning, dyrkning og podning skal der ligeledes sikres smidige arbejdsgange i forhold til samarbejdet med laboratoriefunktioner, således der er sikkerhed omkring at få prøver analyseret og prøvesvar givet tilbage.

KOMPETENCER OG UDDANNELSE

Med opgaveglidningen fra sygehuse til hjemmeplejen er der behov for kompetenceudvikling løbende. Der bør i kvalitetsstandard for akutfunktionen indføres en forpligtelse til at sygehusene og lægerne skal medvirke til kompetenceudviklingen i kommunerne.

I Fredericia hilser vi en kvalitetsstandard for akutfunktioner i kommunerne velkommen, idet vi ser et behov for at alle aktører i sundhedsvæsenet kan agere inden for nogle rammer som giver tryghed for såvel borgere som ansatte i sundhedsvæsenet.

Venlig hilsen
Mona Nederby Larsen
Chef for Pleje og omsorg
Fredericia kommune



SORØ
KOMMUNE



Ringsted
Kommune

21. dec. 2016

Til Sundhedsstyrelsen

Hermed høringsvar til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner fra Ringsted og Sorø Kommuner :

Den grundlæggende forestilling om behovet for og anvendelsen af kommunale akutpladser / funktioner er :

- borgere med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling
- Patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov

Kvalitetsstandarder for "akutpladser" beskriver, bl.a. tilgængelighed (24/7 bemanning), kompetencer (erfarne sygepl.- og kun SSA-er til visse opgaver), indsatser og udstyr, som kommunerne fra 2018 forventes at kunne levere. Indsatserne omfatter en række instrumentelle sygeplejefaglige indsatser.

Status i kommunerne / midlertidige pladser:

Begge kommuner (Ringsted 34.000 indb. og Sorø 30.000 indb.) har gennem flere år haft midlertidige pladser (10 i begge kommuner) til brug for :

- Borgere der efter akut opstået sygdom og evt ændret funktionsniveau har behov for fortsat observation, pleje, færdigbehandling, rehabilitering eller genoptræning
- Borgere med midlertidig betydelig nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, der i en periode har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte.
- Borgere som har tab af funktionsniveau/evne, enten som følge af sygdom eller efter sygehusindlæggelse, mhp. vurdering / observation og afklaring af, hvilket tilbud der kan dække borgerens behov for hjælp og evt. fremtidige boform.
- Evt. borgere i terminale plejeforløb i ventetid på Hospice.

Hovedparten af forløbene, er komplekse borgere, der kommer direkte fra en sygehusindlæggelse.

De patienter der udskrives efter en kort sygehusbehandling har brug for en tæt sygeplejefaglig opfølgning og koordinering, men ikke i så stort omfang behov for en avanceret sygeplejemæssig instrumentel færdigbehandling. Og derudover har de behov for en bredere tværfaglig indsats (afklaring, rehabilitering og genoptræning).

Personalet omfatter sygepl. SSA-er og terapeuter.

Borgere modtages væsentligst i dagtid på hverdage.

Såvel Ringsted og Sorø kommuner har allerede i adskillige år varetaget en række avancerede sygeplejemæssige opgaver (bl.a. de instrumentale indsatser jf. høringsudkastet) som led i den almindelige hjemme-

pleje i forhold til konkrete borgere i borgerens eget hjem – efter nærmere aftale med sygehus / praktiserende læger og efter instruktion.

Tidligere erfaringer / akutfunktioner:

Sorø Kommune havde i perioden 1/9 2013 – 30/6 2014 forsøgsvis etableret en egentlig akutfunktion i et pilotprojekt og udvidet samarbejde med Slagelse Sygehus. Akutfunktionen bestod af :

- Akutteam, med særlige kompetencer indenfor tidlig opsporing og pleje af akut somatisk sygdom, medt base i sygeplejegruppen i Ældreplejen. Akutteamet bestod i dagtid af en fast sygeplejerske med friske akutkompetencer fra en akutafdeling på sygehus og ligeledes en erfaren fast afløser.
- 2 akutpladser tilknyttet akutteamet). På disse to pladser kunne vi varetage de indsatser, der nævnes i kvalitetsstandard (med undtagelse af sug og inhalationsbehandling). Vi tog også almindelige blodprøver, der via nabolægehus blev sendt til analyse (kontrol af væsketal er nødvendige ved iv væskebehandling) .

De sidste 5 måneder (hvor team og akutpladser var i egentlig drift) foretog man en systematisk opsamling af oplysninger om de borgere, der var tilknyttet akutteam og akutpladser.

- I alt 33 kontakter fordelt på 32 forskellige borgere – 25 i eget hjem og 8 på akutstue
- De i alt 8 forløb (7 borgere), på akutstue var af en varighed fra få dage til ca. 1 uges varighed. Flere af forløbene havde snarere karakter af rehabiliteringsophold, idet ptt. var for dårlige til at klare sig i eget hjem. Belægningsprocenten, men den var under 20%.

Erfaringerne fra arbejdet med akutfunktionerne er, at antallet af patienter / borgere, som er oplagte til at modtage deres behandling af akutteam eller på en akutstue, er mindre end først antaget. Hvis borgeren først er blevet akut syg, er det ikke muligt at undgå indlæggelse. De praktiserende læger finder behov for en bred faglig sparring, samt udredning og diagnostik, inden en behandling kan iværksættes.

Udkast til kvalitetsstandard - kommentarer

Sorø Kommune finder, at der fremfor en kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner er brug for en kvalitetsstandard for kommunale midlertidige pladser / funktioner, hvor målgrupperne er bredere, jf. den praktiske brug af de nuværende pladser. De indsatser, der skal ydes omfatter også langt mere end de sygeplejemæssige opgaver, der beskrives i udkast til kvalitetsstandarder.

Personalet skal have et bredt tværfagligt setup med væsentligst SSA, sygepl. og terapeuter – og gerne med bred kliniks erfaring, ikke kun i forhold til akutfunktioner fra sygehus, men også fra hjemmepleje. Vi kan således ikke tilslutte os udkastets anbefalinger om at opgaverne skal varetages af sygeplejersker.

Vi finder ikke at der på midlertidige pladser er behov for så avancerede indsatser og udstyr som udkast til kvalitetsstandard lægger op til. Indsatserne omfatter i høringsudkastet omfatter, nedenstående – med vores bemærkninger til de enkelte :

- intravenøs væskebehandling – kortvarende OK. Længevarende væskebehandling kræver en løbende egentlig blodprøvekontrol af væsketal.
- akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektions-tal, blodsukker og blodprocent) - OK
- intravenøs og subcutan medicinadministration, herunder smertebehandling – OK
- intravenøs og parenteral ernæringsterapi, herunder pasning og genanlæggelse af sonder - OK
- inhalationsbehandling, sug af luftveje – OK til inhalationsbehandling. Nej til generelt sug af luftveje. I særlige tilfælde kan det aftales individuelt fra patient til patient afhængig af den samlede situation.
- pasning af palliative dræn og ascites-dræn - OK
- kateteranlæggelse og –pleje - OK

- prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning - OK
- anlæggelse af perifert venekateter. – det kræver rutine at anlægge perifært venekateter. En rutine det er vanskeligt at fastholde på akutpladser. Som udgangspunkt kan kun patienter med behov for kortevarende / afsluttende iv-behandling håndteres på en akutplads.

I kvalitetsstandarden forudsættes, at det er afgørende for patientsikkerhed og kvalitet, at der er et velfungerende samarbejde mellem akutfunktion, sygehus og almen praksis. Dette er nok den egentlige achilleshæl omkring kommunale akutfunktioner / midlertidige pladser.

Jf. udkast til kvalitetsstandard har Sygehuset det behandlingsmæssige ansvar relateret til sygehusbehandlingen og de praktiserende læger det behandlingsmæssige ansvar relateret til almenmedicinske problemstillinger.

Det er vores oplevelse at færdigbehandlingsbegrebet er skredet, og patienter udskrives – også selvom der ikke er stillet en diagnose, og patienten fortsat er syg / fjernet fra sin habitualtilstand.

Det er ofte i denne kontekst de kommunale midlertidige pladser skal fungere. De prakt.læger har det lægelige ansvar (men er kun at træffe i dagtid). Det betyder at der ikke er nogle læger at konferere med uden for dagtid og at borgerne reelt er uden lægedækning.

Derudover er der en række praktiske udfordringer, der kræver en løsning. De omfatter :

- En umiddelbar elektronisk kommunikation mellem sygehus, almen praksis og akutstuer med nødvendige oplysninger i forhold til behandling og observation
- Blodprøvetagning (venøse) både i hjemmet og på akutstuer / midlertidige pladser. En opgave for de praktiserende læger ??? Under alle omstændigheder kræver det nødvendigt prøve udstyr inkl. it-udstyr og adgang til blodprøvesvar på akutstuer / midlertidige pladser
- Behov for et lille "lager" af de mest anvendte iv-væsker og medicinske præparater på akutstuer / midlertidige pladser. Som reglerne er nu må kommunen ikke have det, og kommunen kan ikke nødvendigvis skaffe det med kort varsel via de alm. apoteker (og slet ikke uden for åbningstid) og sygehusapoteket må ikke levere til kommunen.

Med venlig hilsen

Søren Wollesen
Centerchef
Sorø

Dorthe Dahlstrup
Centerchef
Ringsted

Til: Sundhedsstyrelsen, Planlægning



Høringssvar vedr. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger

Danske Fysioterapeuter har med interesse fulgt arbejdet med en "Styrket indsats for den ældre medicinske patient – en national handlingsplan". Senest udkast til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

Danske Fysioterapeuter bakker op om, at de kommunale akutfunktioner ensrettes, så borgere i hele landet er sikret tilbud af ensartet høj kvalitet. Akutfunktionerne er vigtige for at kunne løse de stadig mere komplekse opgaver i det nære sundhedsvæsen. Derfor er Danske Fysioterapeuter uforstående overfor, at kvalitetsstandarder for akutfunktionerne kun omhandler hjemmesygeplejen. Særligt når værdigrundlaget, der tages afsæt i, omfatter at sikre sammenhæng, høj kvalitet i indsatsen og patientsikkerhed.

Dato:
19-12-2016

E-mail:
sf@fysio.dk

Tlf. direkte:
3341 4659

Den ældre medicinske patient er, jf. Sundhedsstyrelsen definition, kendetegnet af flere karakteristika, bl.a. høj alder, nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt, begrænset evne til at tage vare på sig selv og behov for kommunale støtteforanstaltninger. Der er tale om meget skrøbelige patienter med behov for helhedsorienterede indsatser, som rækker ud over sygeplejefaglige indsatser. Patienterne har tillige brug for at få vurderet deres funktionsevne og tilbud om basal mobilisering.

Derfor mener Danske Fysioterapeuter, at kvalitetsstandarderne bør indeholde et krav om at sikre adgang til fysioterapifaglige kompetencer på akutfunktionerne. Fx ved, at akutfunktionen samarbejder med den kommunale trænings- og/eller rehabiliteringsenhed om, at patienterne, som minimum, får vurderet deres fysiske funktionsevne og bliver mobiliseret.

--0--

Fysioterapeuter på kommunale akutfunktioner kan medvirke til at sikre høj kvalitet i indsatsen og kan bl.a. løse opgaver i relation til: respirationsterapi, forebygge (gen)indlæggelser på grund af nedre luftvejsinfektioner, obstipation og tryksår foruden at vurdere funktionsevne samt instruere i basal forflytning og mobilisering.

For ældre medicinske patienter gælder, at de typisk er meget inaktive under indlæggelse. Danske undersøgelser har vist, at patienterne i gennemsnit ligger i sengen 17 timer i døgnet; nogle helt op til 22 timer i døgnet¹. Selvom

¹ Pedersen et al (2013), *Twenty-Four-Hour Mobility During Acute Hospitalization in Older Medical Patients*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci.

undersøgelsen er lavet på patienter indlagt på sygehus, vil et lignede billede med stor sandsynlighed gælde for de patienter, som akutfunktionerne er tiltænkt. Bl.a. patienter, som udskrives med komplekse pleje- og behandlingsbehov.

Det er ikke uden risiko for skrøbelige ældre at tilbringe så meget tid i sengen. Det fører til tab af muskelstyrke, nedsat balance og dermed større faldrisiko, mindre mobilitet og øget plejebehov². Derudover er der risiko for at patienterne udvikler tryksår samt nedre luftvejsinfektioner som følge af fejlsynkning og ophobning af sekret i lungerne. Det kan lede til forværring af sygdommen og i værste tilfælde genindlæggelser.

Det kræver ikke så meget at modvirke disse negative følgevirkninger af immobilitet. En ny undersøgelse dokumenterer, at basal mobiliseringen to gange om dagen i 15-20 min. under indlæggelse har stor effekt på funktionsevnen, og betyder reduceret plejebehov efter udskrivning³. Det er med andre ord en god investering for kommunen at sætte ind med basal mobilisering på akutfunktionerne. Den netop udkomne Nationale Kliniske Retningslinje om forebyggelse og behandling af organisk delir anbefaler tillige hyppig og skemalagt fysisk mobilisering.

--0--

Danske Fysioterapeuter har indhentet erfaringer fra kommuner, som gør brug af fysioterapeuter i indsatsen på akutfunktionen. De har peget på følgende opgaver for fysioterapeuter.

En central opgave er udrede og vurdere patientens fysiske funktionsevne med henblik på basal mobilisering, lejring samt i forhold til personlige pleje og hygiejne. Den basale mobilisering indeholder fx vende sig i sengen, op at sidde i seng eller stol samt evt. stand- og gangfunktion med eller uden støtte.

Respirationsterapi er et andet område, hvor fysioterapeuter kan sikre høj kvalitet i indsatsen. Der er en lang tradition for respirationsterapi i fysioterapi, såvel til kritiske syge patienter på intensiv afdelinger som til patienter med medicinske og kroniske sygdomme fx KOL.

Fysioterapeuter kan også tilbyde lindrende behandling (palliative fysioterapi) fx ved smerteproblematikker hos patienter med livstruende sygdomme. Her vil indsatsen være rettet mod symptomer og livskvalitet og metoderne vil afhænge af patientens behov og formåen. Lejring, berøring samt passiv mobilisering er metoder, som hyppigt finder anvendelse.

Endelig er der erfaring for, at det kan være svært at få borgeren "udskrevet" fra et akutfunktion (døgnplads), hvis fysioterapeuter ikke har været inddraget i forløbet omkring vurdering af funktionsevne og mobilisering, men også af

² Jf. blandt andet Kortebein P. et al (2007), *Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults*, JAMA.

³ Cynthia J. Brown et al (2016), *Comparison of Posthospitalization Function and Community Mobility in Hospital Mobility Program and Usual Care Patients*, JAMA.

behovet for hjælpemidler. Det betyder, at opholdet på akutfunktionen kan blive forlænget, hvilket kan skabe flaskehalsproblematikker og ventetid.

--0--

De kvalitetsstandarder, som er sendt i høring, rummer både krav og anbefalinger. Danske Fysioterapeuter ser en stor risiko for, at kommunerne vil forholde sig til anbefalinger som muligheder, og ikke forpligtigelser til at sikre sammenhæng og høj faglig kvalitet i indsatsen.

Af samme grund mener Danske Fysioterapeuter at det er meget uheldigt, at høringsudkastet kun indeholder en anbefaling om, at den kommunale akutfunktion skal koordinere med de kommunale trænings- og rehabiliteringsindsatser. Det bør ændres til et krav om, at akutfunktionerne skal organisere sig, så tilknytning af fysioterapifaglige kompetencer sikres.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed for uddybning af vores høringssvar og henviser desuden til høringssvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi.

Med venlig hilsen

Sille Frydendal
Kst. faglig chef



Fuldmægtig Niels Gadegaard
Sundhedsstyrelsen
Islandsbrygge 67
2300 København S
Danmark

Vor ref.

Vedrørende høring på Kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen –krav og anbefalinger

Central Enhed for Infektionshygiejne (CEI), Statens Serum Institut, er blevet opmærksom på at ovenstående kvalitetsstandard er sendt i høring med sidste frist for indsendelse af kommentarer den 22.12. 2016.

CEI syntes det er en særdeles velbeskrevet og relevant kvalitetsstandard, men CEI savner en understregning af infektionshygiejnens betydning for at understøtte og sikre patientsikkerheden (punkt 1.4). Der anføres flere steder i standarden, at udgangspunktet er den komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen. En række af disse situationer fordrer en viden om basale og supplerende infektionshygiejniske forholdsregler som medvirker til at understøtte patientsikkerheden. Som det også påpeges i standarden er det vigtigt at personale har den fornødne kompetence - og vedligeholder den. Dette kan underbygges ved at henvise til de foreliggende Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer ([NIR](#)). Disse retningslinjer er skrevet for alle dele af sundhedssektoren og medvirker også til at sikre en ensartet kvalitet i patientbehandling på tværs af sektorer, samt understøtter det sammenhængende patientforløb.

CEI har erfaret at der mangler anbefalinger for den infektionssyge/koloniserede patient/borger der kan komme fra et hospital, jf. standarden. Sandsynligheden for at kommunerne modtager en borger til udskrivelse som er koloniseret eller inficeret med resistente mikroorganismer er desværre højaktuel, idet der registreres en stigende forekomst af enkelttilfælde og epidemiske udbrud med tarmpatogener som fx VRE, C.difficile, ESBL, CPO, eller MRSA på hospitalerne. Pleje og behandling af disse patientgrupper indbefatter udover de [generelle infektionshygiejniske forholdsregler](#) også [supplerende infektionshygiejniske forholdsregler](#). Disse er beskrevet på CEI's hjemmeside, hvor der også findes øvrige Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer ([NIR](#)) for de fleste procedurer, pleje og behandlings områder, disse er til fri download.

Vi har erfaring for at mange patienter/borgere med særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov har fået anlagt fx [urinvejskatetere](#), intravaskulære katetre og epidural kateter, dette bliver ikke nævnt i standarden og bør nævnes, se [NIR for brug af intravaskulære katetre](#).

Der er beskrevet en del instrumentelle procedurer, men der er ikke nævnt hvordan man i akutfunktionen håndterer og genbehandler udstyr /utensilier for at forebygge smittespredning. I forbindelse med genbehandling af udstyr savnes også en beskrivelse af akutfunktionens placering og indretning af skyllerum og medicinrum samt rengøringsforskrifter for akutfunktionen, se [NIR rengøring](#) og [Nybygning og reovering](#)

Der er nogle slåfejl i dokumentet, men vi går ud fra at det gennemlæses inden udgivelsen.



CEI vil gerne rådgive om de infektionshygiejniske retningslinjer vi mener skal indgå i standarden, så borgere i hele landet får mulighed for at få en særlig sygeplejefaglig og infektionshygiejnisk indsats af ensartet faglig kvalitet på samme niveau som der tilbydes i det øvrige sundhedsvæsen.

Følgende beskrives nogle eksempler, som vi mener bør indgå i standarden:

Side 10 (udstyr): Mangler værnemidler

Side 10 (kliniske retningslinjer): inkl. nationale/regionale/lokale infektionshygiejniske retningslinjer

Side 16 (sygeplejefaglig kommunikation og vurdering): herunder om der er behov for supplerende forholdsregler, eksempelvis enestue og værnemidler, fx pga. kolonisation/infektion med resistente mikroorganismer eller anden smitsom sygdom, fx gastroenteritis

Side 21 (vedligeholdelse af kompetencer, l. 4-5): nyt udstyr, behandlingsmetoder eller problematikker, hvor der...

Side 22 (krav til udstyr): Mangler værnemidler

Side 23 (efter første afsnit, som slutter med "afgrænsningscirkulæret"): Ny sætning:
Faciliteter, udstyr til genbehandling, fx bækkendekontaminator, depot til rent/sterile artikler, skyllerum, enestuer

Side 24 (følgende indikatorer...): Foreslår endnu en indikator: registrering af eventuelle udbrud/smitte til andre borgere eller personale, hvor der er relation til den konkrete borger.

Side 27 (9.2.1, første under-bullet): i udredningen/behandlingen, herunder om patienten er kendt med eller i risiko for at være koloniseret/inficeret med resistente mikroorganismer

Med venlig hilsen og på vegne af Central Enhed for Infektionshygiejne
Statens Serum Institut
Artillerivej 5
2300 København S

Helle Amtsbiller
Specialuddannet hygiejnesygeplejerske, MPH

Til SST

21. DECEMBER 2016

JOURNALNUMMER

Høringssvar kvalitetsstandard kommunale akutfunktioner

Stevns Kommune har modtaget og forholdt sig til udkast til kvalitetsstandard for de kommunale akutfunktioner og er generelt enige i de anbefalinger og krav, der er beskrevet i standarden.

Det er positivt, at der kommer til at foreligge ens retningslinjer, og dermed en standardisering for hvad en kommunal akutfunktion skal indeholde.

Ligeledes er det positivt, at ansvaret for patientens behandling præciseres.

Blodprøvetagning er ikke en ydelse, vi leverer i dag, og derfor er det kompetencer, der skal tilføres eller vi skal købe ydelsen i det lokale lægehus eller hos laboranter.

Ved udskrivelse til en kommunal akutfunktion skal det være afklaret, om borgeren fortsat er i behandling, og at der dermed er et regionalt betalingsansvar, eller borgeren er færdigbehandlet og udgifterne er et kommunalt anliggende.

Stevns Kommune tager forbehold for aftalen, indtil der foreligger en endelig plan for den kommunale medfinansiering - jævnfør side 29 nederst hvor det beskrives, at der ".....bør laves aftaler om arbejdsdelingen mellem region og kommune for tilvejebringelse, udlevering, finansiering af behandlingsredskaber og hjælpemidler".

Venlig hilsen

Birgitte Eskelund Schmidt

Afsnitsleder

28953096

BirSch@stevns.dk

Sundhed & Omsorg

Til
Sundhedsstyrelsen
Planlægning

Den 21. december 2016

Høringsvar: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Middelfart Kommune har følgende kommentarer til høringsversionen af "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner":

Med kvalitetstandarden ensrettes det kommunale akuttilbud, hvilket Middelfart Kommune mener er positivt. Kvaliteten af det kommunale tilbud styrkes herved og det bliver langt lettere for såvel de praktiserende læger som sygehuslægerne at samarbejde med kommunerne.

Nærværende kvalitetsstandard lægger op til, at den kommunale akutfunktion skal være tilgængelig døgnet rundt alle ugens dage. Målgruppen vil fortsat være patienter med akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom og eller patienter, der efter udskrivelse fortsat har brug for pleje og behandling. Kravene til den kommunale akutfunktion er i den forbindelse øget til også at skulle omfatte en lang række ydelser samt udstyr, som ikke i dag er en del af alle kommunale tilbud. Dette vil betyde flere udgifter til indkøb og håndtering af materiale samt uddannelse til personale.

Herudover stilles der særlige krav til organisering og kompetencer hos akutfunktionen. Sundhedsstyrelsen lægger op til, at medarbejderne i akutsygeplejen skal rekrutteres fra fælles akutmodtagelsesafdelinger, hvor de har minimum 3-5 års erhvervs erfaring herunder med erfaring fra hjemmesygepleje. Herudover skal de fortrinsvis beskæftige sig med opgaver, der hører til akutfunktionen, for derigennem at holde deres kompetencer ajour.

Kvalitetsstandarden indeholder mange gode intentioner, der har det klare sigte at sikre borgerne en kvalitetsfyldt præhospitalsindsats. Det er dog især bekymrende, at kvalitetsstandarden stiller så entydige krav til kompetencer og organisering.

Kvalitetsstandarden betyder, at muligheden for at organisere sig som kommune i forhold til størrelse og geografi forsvinder. Der lægges ganske vist op til, at mindre kommuner kan gå sammen for at opretholde en vis volumen i opgaverne, men erfaring fra de nuværende akutfunktioner viser, at dette kan være overordentlig svært.

Herudover betyder geografien i de mindre landkommuner, at der ofte er langt fra den ene kommunes ydergrænse til den anden kommunes.

Det forudses, at det vil være meget svært at imødekomme kravene til kompetencer hos medarbejderne, alene fordi det vil være svært for især små kommuner at rekruttere sygeplejesker med disse kompetencer.

Endelig er det væsentligt, at det klargøres, hvor det lægefaglige ansvar for behandlingen udført i akutsygeplejen ligger. Kvalitetsstandarder lægger op til, at sygeplejersker i akutfunktionen skal være i stand til at *påbegynde initiale undersøgelser indtil der er lægelig backup*. Dette fordrer, at ansvaret for opgaven er klart og tydeligt defineret, lige som det stiller krav om en præcisering af sygeplejerskernes ansvar i de situationer, hvor de igangsætter undersøgelse uden lægefaglig ordination.

Venlig hilsen

Anita Johansen
Sundhedsplanlægger

Fra: Lisbeth Nielsen <Lisbeth_Nielsen@brk.dk>
Sendt: 21. december 2016 15:03
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Høringssvar fra Bornholms Regionskommune vedr kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Høringssvar fra Bornholms Regionskommune vedr. Sundhedsstyrelsens standard for kommunale akutfunktioner

Bornholms Regionskommune finder det positivt, at der udarbejdes klare krav og anbefaling til de kommunale akutfunktioner.

Kommunen har dog følgende bemærkninger til kvalitetsstandarden:

Delt behandlingsansvar mellem almen praksis og hospitalslæger

I regi af sundhedsaftalen i Region Hovedstaden har der i 2016 været arbejdet med rammedelegation. I forhold til rammedelegation til den enkelte patient kan kommunerne konstatere, at der ikke i Region Hovedstaden er enighed om behandlingsansvaret i relation til IV-behandling, idet PLO-H ikke ønsker et delt behandlingsansvar omkring patienten.

Dette kan således i praksis udfordre udførelsen af Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at; "ansvaret for den intravenøse behandling forbliver hos lægerne på sygehuset også efter udskrivelsen, mens den praktiserende læge overtager det samlede behandlingsansvar" jf. (Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, 2014 Sundhedsstyrelsen" punkt 4.4 side 17) og "Det anbefales, at behandlingsansvaret så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra sygehuslæge til patientens praktiserende læge, såfremt patientens læge ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient" jf. (Kvalitetsstandarder for kommunal akutfunktioner i hjemmesygeplejen, punkt 9.3 - høringsudkast).

Herudover beskrives der i høringsudkastet, at der skal indgås lokale aftaler, der beskriver de præcise ansvarsforhold. Dette har været forsøgt i sundhedsaftaleregiet, men er endnu ikke lykket. De kommende kvalitetsstandarder kan derved også blive udfordret på dette punkt.

Hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis, er det af helt afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient. Det kan overvejes, om der kan tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.

Manglende lovhjemmel

I forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter er det en udfordring, at der på nuværende tidspunkt er begrænsning for, hvilke instrumentelle indsatser kommunerne må udføre. Dette udfordrer ønskerne om at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

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" punkt 2.2.2 udelukkende må udføre opgaver i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygeplejen. Det vil sige, at der f.eks. godt kan laves aftale omkring blodsuktermåling, men ikke om f.eks. genanlæggelse af en sonde eller kateteranlæggelse/skift, idet dette er en behandling og ikke en undersøgelse. Disse typer af opgaver kan, som lovgivningen er i dag, kun foregå i forhold til rammedelegation på den enkelte patient.

Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved også blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemt typer af behandling.

Implementeringshastighed

Kvalitetsstandarden stiller store krav til de kommunale akutfunktioner og det bemærkes derfor også i høringsudkastet, at der kan være behov for at indgå i tværkommunale samarbejder for at sikre kvalitet, volumen og økonomisk rentabilitet i den kommunale akutfunktion. Det må forudsættes, at kommunerne gives den nødvendige tid til implementering af kvalitetsstandarden. I henhold til Handleplanen for den ældre medicinske patient forventes kommunerne at have implementeret kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktion i hjemmesygeplejen inden udgangen af 2017 – med afsæt i en kvalitetsstandard primo 2017.

Såfremt der ikke snarest findes en afklaring på ovenstående problemstillinger vedr. behandlingsansvar og lovhjælp vil der være behov for at ministeriet reviderer tidsplanen for implementering af kvalitetsstandarden for de kommunale akutfunktioner.

Uklar definition af en kommunal akutplads

På side 13 i høringsudkastet under organisering og sammenhæng med den øvrige kommunale hjemmesygepleje beskrives forskellen mellem en akutplads eller en akutfunktion. En akutplads beskrives som 'en stationær plads på en kommunal institution', hvor borgeren modtager en sygeplejefaglig indsats. Da begrebet 'stationær plads' ikke er almindeligt kendt i kommunal regi og 'en kommunal institution' er et helt åbent begreb, er der behov for, at det klart defineres, hvad der forstås ved begreberne både i henhold til den kommunale lovgivning og indholdsmæssigt. Det vil sige: Hvad definerer en stationær plads på en kommunal institution; lovgivningsmæssigt og indholdsmæssigt – og dermed hvad er en akutplads i kommunalt regi?

Ulig adgang til medicin og befordring


Der fremgår af udkastet til kvalitetsstandard, at de forskellige målgrupper for akutfunktionen skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftalen og praksisplanudvalget. Dette åbner op for en ulige adgang til sundhedsvæsenet – både i forhold til medicin og befordring. Således modtager patienter modtager vederlagsfri medicin og væsker, når behandlingen sker i hospitalsregi, men ikke hvis behandlingen finder sted i den kommunale akutfunktion. Og i henhold til § 171 i Sundhedsloven er der mulighed for vederlagsfri befordring til hospitalsbehandling, mens der ikke lovgivningsmæssigt er et tilsvarende tilbud til behandling i den kommunale akutfunktion. Med lokale aftaler om målgruppen vil der i nogle regioner være vederlagsfri medicin og befordring – til behandling i hospitalsregi, mens den samme målgruppe i en anden region både skal afholde udgiften til medicin og befordring. Der er brug for, at der sikres lige adgang til medicin og befordring – på tværs af regionerne.

Samarbejde om kapacitet

Det fremgår af side 26, "at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis".

Det skal bemærkes, at den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

Venlig hilsen



Lisbeth Nielsen
Konsulent

Center for Sundhed
Tværgående sundhedsteam
Helsevej 4
3700 Rønne
www.brk.dk

Bornholms Regionskommune

Telefon: 5692 1289
Mobil: 2926 1476
Lisbeth_Nielsen@brk.dk

Hørings svar til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, SST.



Til
Sundhedsstyrelsen, Planlægning
Islands Brygge 67
2300 Kbh. S.

Sagsnr. 27.12.00-A21-1-16
Sagsbehandler
Lene T. Svenstrup
21. december 2016

Hørings svar til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, SST.

Hedensted Kommune har med interesse læst Sundhedsstyrelsens høringsudkast vedrørende Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger, pr. 2. december 2016.

Hedensted Kommunes overordnede kommentarer til dette høringsudkast er stor tilfredshed både i forhold til de faglige og kvalitetsmæssige krav og anbefalinger, som forventes at bidrage til at indfri formålet. Hedensted kommune finder at høringsudkast både er aktuel og nødvendigt for at sikre ensartethed og høj kvalitet på landsplan. Hedensted Kommune har på nuværende tidspunkt haft akutteam i ca. 3 år, og er godt på vej med de nævnte kvalitetsstandarder herfor.

Hedensted Kommunes detaljerede kommentarer til høringsudkast er følgende, med henvisning til punkt 2 Sammenfatning af krav og anbefalinger, side 8 – 11:

Indsats – Opgaver i akutfunktionen

-Vedrørende prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og blodprøver; - her er der forespørgsel til hvem og hvordan disse mikrobiologiske undersøgelser skal transporteres til laboratorium.

-Om udarbejdelse af lokale instrukser for alle opgaver i akutfunktion, er der forslag til at inddrage kommunens praksiskonsulent, således at det tillige nævnes i ordlyden.

Ansvar og samarbejde

-Under sidste dot står; at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes. Her stilles der spørgsmålstejn ved om det er en nødvendig arbejdsgang, at akutteamet skal informere praktiserende læge herom. Her tænkes på to tilgange 1) hvor patienten/borgeren afsluttes i akutteamet – med besked til egen læge om afslutning og 2) hvor patienten/borgeren overdrages til hjemmeplejen – hvor besked til egen læge vurderes at være unødvendig.

Hedensted Kommune ser frem til at modtage den endelige version af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

Venlig hilsen

René Godtfredsen Nielsen
Chef for Social Omsorg
Hedensted Kommune

Høringssvar vedrørende Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Sønderborg Kommune er positiv over, at Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en specifik og fremtidssikret "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner" og finder materialet brugbart i forhold til at være med til at sikre en ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner.

Det er bestemt Sønderborg Kommunes oplevelse, at kvalitetsstandarden kan være med til at understøtte kommunens samarbejde med sygehuse og almen praksis, som vil kunne henvise patienter til kommunale akutfunktioner af en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau.

Sønderborg oplever det meget positivt at:

- Der lægges op til et øget samarbejde mellem regioner og kommuner.
- Det lægges op til et tydeligt behandlingsansvar skal være klart og tydeligt.
- Det anerkendes, at specialiseret sygepleje er mere end instrumentel sygepleje, men kræver en bred orientering og et nuanceret blik på hele patientens sundhedssituation.
-

Specifikke bemærkninger

Sønderborg Kommune har følgende specifikke bemærkninger til kvalitetsstandarden:

- Med kvalitetsstandardens bliver det mere tydeligt, hvilket ansvar lægen har i forhold til behandling og behandlingsplan tværsektorielt.
- I gennem hele kvalitetsstandardens lægges der op til, at der udarbejdes forskellige lokale aftaler i relevante samarbejdsfora. Her kunne ønskes flere konkrete anbefalinger/ skal opgaver, for at sikre en ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet.
- Under punkt 2 s. 8 anbefales det, at indsatsen er tæt integreret og koordineret med bl.a. ernæringsindsatser. Der ønskes en nærmere redegørelse for, hvad der menes i denne sammenhæng.
- På side 9 fremgår det, at personalets kompetencer løbende skal udvikles og vedligeholdes. Sønderborg Kommune vil opfordre til at det i kvalitetsstandardens fremstår tydeligere, hvad der menes med kompetenceudvikling. Hvilket niveau der ligger op til fx diplommodul i forhold til akutfunktioner eller lignende.
- Det vurderes, at der i de udkørende akutteams ikke er relevant at ansætte SSA`er, men det vil være relevant at ansætte SSA på akutpladserne.
- Det er meget positivt, at der sættes fokus på kvalitetssikring og monitorering af akutfunktionens indsats. Både kvalitativt og kvantitativt. Det hilses velkomment med de anbefalede indikatorer.
- Generelt benævnes borgerne som "patienter" i kvalitetsstandardens, opfordring til at bruge "borgere".

- Anlæggelse og pasning af sonder er beskrevet under "Instrumentelle indsatser" som hørende under intravenøs og parenteral ernæring. Det er en misvisende beskrivelse, da parenteral ernæring er iv-behandling, og der ikke anvendes sonder i forbindelse med intravenøs/parenteral ernæring.
- Under "sug og inhalationsbehandling" mangler der en uddybning af kravet. Skal den enkelte akutfunktion medbringe udstyret, eller udlånes udstyret til den aktuelle borger fra det ordinerede sygehuset.
- Det er uklart, hvorvidt venøs blodprøvetagning er en anbefaling eller et krav. Det læses som om der er kvalitetsstandarderne anbefales, at der laves en lokalaftale. Der mangler en uddybning af, hvorfor opgaven skal flyttes fra de praktiserende læger, herunder hvilke blodprøver aftalen skal omfatte?

Venlig hilsen

Sønderborg Kommune

Borger, Beskæftigelse og Sundhed

Michael Skriver Hansen
Sundhedschef

Høringssvar i relation til kvalitetsstand for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Faaborg –Midtfyn Kommune hilser høringsversionen til kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen velkommen og anbefaler at langt de fleste områder heri gennemføres.

Konkret er det Faaborg-Midtfyn Kommunes holdning, at en forankring af samarbejdet mellem almen praksis, sygehuse og Kommunen, som udmøntes via Sundhedsaftalen og lokale samarbejdsaftaler med almen praksis, tydeliggøres med en sådan kvalitetsstandard for akutfunktionen i Kommunen. Med denne, bliver det i langt højere grad muligt at forebygge indlæggelser (genindlæggelser) og øge patientsikkerheden.

Værdigrundlaget som baseres på værdighed, patient og pårørende inddragelse, sammenhængende forløb med høj patientsikkerhed går tillige godt i tråd med Faaborg-Midtfyn Kommunes vision om at skabe Danmarks Bedste rehabilitering.

Stort set samtlige krav/ anbefalinger i kvalitetsstandarden kan Faaborg –Midtfyn Kommune dermed tilslutte sig, og flere af kravene lever Kommunen i op til, med en allerede veletableret akutfunktion.

I relation til de instrumentelle indsatser, såvel krav som anbefalinger er Kommunen enige i de listede opgaver, men vil tillige **gerne understreger vigtigheden af**, at der bliver udarbejdet en **specifik samarbejdsaftale**, så ansvaret og opgaven bliver tydelig for alle parter såvel sygehuse, almen praksis og Kommunen.

I relation til afsnittet *krav til kompetencer og uddannelse* for såvel sygeplejersker som assistenter er vi enige, men ser tillige gerne at der **tilføjes krav om erfaring på min. 2 år fra hjemmesygeplejen**.

Hvad angår kravet om at personalet i akutfunktionen overvejende skal være beskæftiget med netop de særlige opgaver, som er kendetegnede for akutfunktionens opgaveportefølje, oplever vi i Faaborg-Midtfyn Kommune, at patientforløbene allerede er så komplekse at det er **vores klare anbefaling** at alle sygeplejersker og Social – og Sundhedsassistenter, skal uddannes til at have kompetencerne til at kunne varetage den akutte sygepleje og dermed *ikke* kun en mindre udvalgt gruppe.

Der er ingen tvivl om, at med en kvalitetsstandard for aktutfunktionen, indeholdende de i høringsversionens nævnte områder, tilføjet de af Faaborg-Midtfyn Kommunes nævnte indsatser, vil kunne levere øget kvalitet for patienter, pårørende og personale.

Til: Sundhedsstyrelsen

21. december 2016

Vedr. Hørings svar angående Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Assens Kommune har gennem de seneste to år arbejdet med at planlægge og etablere en udkørende akutfunktion i sygeplejen ved siden af kommunens eksisterende 24 pladser til akutpleje og rehabilitering. Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger for kommunale akutfunktioner danner rammen for akutfunktionens tilrettelæggelse, kompetencer, målgruppe og indsatser.

Assens Kommune hilser Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner velkommen. Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger vil generelt sikre en god ramme for videreudvikling af kommunens akutfunktion.

Dog ønsker vi på baggrund af erfaringer med egen akutfunktion hermed at tilknytte enkelte kommentarer til høringen.

1. Under sammenfatning af anbefalinger er der beskrevet et indsatskrav:
"observation og vurdering af patienten med måling af vitale parametre (ABCD-princippet) ved behov"
Vi vil gerne foreslå, at observation og vurdering af patienten går på ABCDE-princippet, hvor E står for Exposure/Environment - indbefatter temperaturmåling og undersøgelse af hvad, der er sket.
2. Vedrørende kompetencer og uddannelse anbefales som udgangspunkt 3-5 års og minimum 2 års relevant klinisk erfaring. Aften-og natsygeplejen er en del af akutfunktionen i Assens Kommune, men det har ikke været muligt at rekruttere sygeplejersker med minimum 2 års relevant erfaring. Samtidigt er det meget svært at rekruttere til nattjeneste. Vi er enige i at kompetencer og uddannelse er vigtige, men med udfordring i rekruttering er det væsentligt, at det fastholdes som en anbefaling og ikke et krav.
3. Vi er ikke enige i at volumen i akutopgaver i alle tilfælde kan sikres ved, at små kommuner deler akutfunktion, da store geografiske afstande vil forringe muligheden for den akutte indsats.

Med venlig hilsen Dorthea Lysemose

Leder af Fagområde Ældre & Sygepleje

Assens Kommune

Sdr. Havnevej 5

5610 Assens

xxx

Favrskov Kommune
Ældreområdet
Skovvej 20
8382 Hinnerup

Tlf. 8964 1010

favrskov@favrskov.dk
www.favrskov.dk

Høringssvar vedr. kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Favrskov Kommune hilser denne kvalitetssikring af de kommunale akutfunktioner velkommen, og oplever udkastet som et godt grundlag for det faglige samarbejde sektorerne imellem. Målgruppen bør dog beskrives mere konkret. Det er vigtigt, at der altid er fokus på patientsikkerheden. Således må der aldrig kunne opstå tvivl omkring placeringen af det lægefaglige ansvar. I aftalen lægges op til en mundtlig overdragelse af ansvaret fra hospital til praktiserende læge. Der bør være en form for yderligere dokumentation.

20. december 2016

Sagsbehandler:
Peter Mikkelsen

Tlf. 8964 2501
pm@favrskov.dk

I det forberedende arbejde har den kommunale akutfunktion været beskrevet som en tilvalgsordning for kommunen. De beskrevne krav i kvalitetsstandarden udgjorde mindstekrav, der i givet fald skulle leves op til, såfremt ordningen kunne betegnes som en kommunal akutfunktion. I høringsudkastet fremstår den kommunale akutfunktion som et krav til alle kommuner. Det er vi uforstående over for.

Personlig henvendelse:

Favrskov Kommune
Ældreområdet
Torvegade 7
8450 Hammel

Der gøres i den forbindelse opmærksom på, at det i mange kommuner vil medføre en betydelig omorganisering, og hermed øgede udgifter, der på ingen måde modsvares af det i Finansloven afsatte beløb på 445 mio. kr. årligt i 4 år til styrkelse af den kommunale akutfunktion. Favrskov Kommune modtager til styrkelse af den kommunale akutfunktion 746.000 kr. i 2017, stigende til 1,3 mio. kr. i 2020.

Sagsnr.
710-2008-49400

Dokument nr.
710-2016-413791

Cpr./CVR-nr./Ejd.nr.

Listen over indsatser der skal kunne udføres i akutfunktionen er meget relevant og i tråd med tankerne bag det nære sundhedsvæsen. Det forventes, at en aftale om finansiering af både udstyr og udførelse af hospitalsopgaver (f.eks. intravenøs behandling) indgås i samarbejdsaftale i regi af sundhedsaftalerne, således at udgifter hertil afholdes af Regionerne.

En lokal aftale bør specificere konkrete venøse blodprøver (crp., leucocytal etc.) og evt. yderligere behandlinger som f.eks. subcutan væsketerapi.

Vedr. kompetencer og uddannelse ønskes, ud over den kliniske erfaring, et uddannelseskrav der sikrer, at de nødvendige akutte kompetencer er til stede. I forlængelse af dette ønskes det, at social- og sundhedsassistenter ikke løser sygeplejerskeopgaver i kommunale akutteam.

Venlig hilsen

Kate Bøgh
Direktør

/

Peter Mikkelsen
Ældrechef

Høringssvar fra Allerød Kommune

Allerød Kommune har modtaget høringsudkast til Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmeplejen - krav og anbefalinger.

Vi ønsker at kommentere følgende forhold:

1. Formål og baggrund for en kvalitetsstandard, der sikrer ensartet og høj kvalitet på tværs af landet, ser vi som hensigtsmæssig, ligesom de beskrevne krav og anbefalinger i hovedtræk stemmer godt overens med de erfaringer og den praksis, vi oplever i vores hjemmepleje og akutteam i dag.
2. I regi af sundhedsaftalen i Region Hovedstaden har der i 2016 været arbejdet med rammedelegation. I forhold til rammedelegation til den enkelte patient kan kommunerne konstatere, at der ikke i Region Hovedstaden er enighed om behandlingsansvaret i relation til IV-behandling, idet PLO-H ikke ønsker et delt behandlingsansvar omkring patienten.

Dette kan således i praksis udfordre udførelsen af Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at; *"ansvaret for den intravenøse behandling forbliver hos lægerne på sygehuset også efter udskrivelsen, mens den praktiserende læge overtager det samlede behandlingsansvar"* jf. (Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, 2014 Sundhedsstyrelsen" punkt 4.4 side 17) og *"Det anbefales, at behandlingsansvaret så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra sygehuslæge til patientens praktiserende læge, såfremt patientens læge ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient"* jf. (Kvalitetsstandarder for kommunal akutfunktioner i hjemmesygeplejen, punkt 9.3 - høringsudkast).

Herudover beskrives der i høringsudkastet, at der skal indgås lokale aftaler, der beskriver de præcise ansvarsforhold. Dette har været forsøgt i sundhedsaftaleregii, men er endnu ikke lykket. De kommende kvalitetsstandarder kan derved også blive udfordret på dette punkt.

Hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis, er det af helt afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient. Det kan overvejes, om der kan tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.

3. I forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter er det en udfordring, at der på nuværende tidspunkt er begrænsning for, hvilke

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Allerød Rådhus
Bjarkesvej 2
3450 Allerød
Tlf: 48 100 100
kommunen@alleroed.dk
www.alleroed.dk

Åbningstider
Mandag-Tirsdag 10-14
Onsdag lukket
Torsdag 10-18
Fredag 10-12

Dato: 21. december 2016



instrumentelle indsatser kommunerne må udføre. Dette udfordrer ønskerne om at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

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"* punkt 2.2.2 udelukkende må udføre opgaver i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygeplejen. Det vil sige, at der f.eks. godt kan laves aftale omkring blodsuktermåling, men ikke om f.eks. genanlæggelse af en sonde eller kateteranlæggelse/skift, idet dette er en behandling og ikke en undersøgelse. Disse typer af opgaver kan, som lovgivningen er i dag, kun foregå i forhold til rammedelegation på den enkelte patient.

Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved også blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemt typer af behandling.

4. Vedrørende samarbejde om kapacitet fremgår det af side 26, "at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis".

Allerød Kommune ønsker at påpege, at den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

Supplerende ønsker vi at påpege følgende områder og temaer, som fortsat forudsætter afklaring og løsning for at de krav og anbefalinger, der indgår i kvalitetsstandarder, kan opnås:

- Lille grundlag for opretholdelse af akutfunktion i mindre kommuner
 - o Herunder udfordringer med rekruttering af kompetent personale og optimal ressource udnyttelse i aften/nat og weekendvagter
- Mulighed for kommunesamarbejde omkring akutfunktionen
- Sikre samarbejde med de praktiserende læger
- Kapacitet og normeringer ift. behov og opgaveglidning
- Økonomi og finansiering af de øgede kommunale udgifter ved opfyldelse af krav og anbefalinger
- Myndighed- visitation og henvisningspraksis
- Tværfagligt samarbejde og gensidig tillid og respekt
- Kvalitetssikring og forbedring



- Overholdelse af aftalen og forpligtende samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder
- Kompetencevedligeholdelse af lavfrekvente behandlinger ved mindre borgergrundlag
- Oprettelse af formelle sparringsnetværk på tværs af kommunerne
- Endelig er der en lang række praktiske forhold som betyder at det kan tage tid før kvalitetsstandardens krav og anbefalinger kan opfyldes i alle kommuner.

Venlig hilsen
Lisbeth Pedersen
Sundschef



Sundhedsstyrelsen

jkr@sst.dk

Slotsholmsgade 10
1216 København K
Telefon 33 92 93 00
oim@oim.dk

Sagsnr.
2016 - 9142

Svar på høring vedrørende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Doknr.
438431

Sundhedsstyrelsen har ved e-mail af 2. december 2016 anmodet Økonomi- og Indenrigsministeriet om eventuelle bemærkninger til den omhandlede høring.

Dato
22-12-2016

Det meddeles herved, at Økonomi- og Indenrigsministeriet ikke har bemærkninger til høringen.

Med venlig hilsen
Liza Lund Højgaard Jensen



Sundhedsstyrelsen, planlægning
Mail: jkr@sst.dk

21. december 2016
Side 1 af 5

Høring: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Sundhedsstyrelsen har sendt udkast til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i høring. Aarhus Kommune har overordnet følgende kommentarer til materialet:

- Det er positivt, at der er udarbejdet et forslag til kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner. Umiddelbart virker materialet til at være et grundigt og fagligt underbygget materiale.
- Formålet med kvalitetsstandarderne er at sikre ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet.

Kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner giver i sig selv ingen afklaring af opgavefordelingen mellem kommuner og regioner i det nære sundhedsvæsen. Det fremgår af høringsmaterialet, at det er den enkelte kommune og Region, der skal indgå samarbejdsaftaler om hvilke opgaver, de kommunale akutfunktioner varetager.

Det har som konsekvens, at der også fremadrettet vil være forskel på hvilke behandlingstilbud, borgerne modtager lokalt. Fremadrettet må der fortsat forventes pres på kommunerne i forhold til at kunne varetage flere opgaver – og dermed økonomiske udfordringer og ufinansieret opgaveglidning. IV-området er et eksempel herpå.

- Det skal præciseres hvor bredt og hvilke målgrupper, de kommunale akutfunktioner forventes at dække. Dækker kvalitetsstandarderne f.eks. alene den ældre medicinske patient?
- Det er heller ikke tydeligt, om det er et krav, at kommunerne skal have en akutfunktion eller om kvalitetsstandarderne alene omfatter krav til de kommunale akutfunktioner, når de oprettes. Med andre ord hvad er alternativet til de kommunale akutfunktioner?
- Det fremgår ikke klart, hvordan der sikres vurdering af kvaliteten i forhold til laveste omkostningsniveau. Udviklingen på dette felt går

SUNDHED OG OMSORG
Sundhedsudvikling
Aarhus Kommune

Sundhedsstrategisk Stab
Rådhuset
Rådhuspladsen
8000 Aarhus C

Telefon: 89 40 20 00
Direkte telefon: 89 40 40 09

Direkte e-mail:
hlin@aarhus.dk
www.aarhus.dk

Sagsbehandler:
Hanne Linnemann



rigtigt stærkt, og vi har ikke samtidigt fulgt udviklingen; hverken sundhedsdatamæssigt eller sundhedsøkonomisk.

21. december 2016
Side 2 af 5

- Det er vigtigt med tydelighed omkring det lægefaglige ansvar - både ud fra et borgersikkerhedsperspektiv og et personalemæssigt perspektiv (medarbejdere i den kommunale akutfunktion). Aarhus Kommune ser derfor en fordel i, at læger skal sende en skriftlig henvisning til de kommunale akutfunktioner

Herudover har Aarhus Kommune nogle mere detaljerede kommentarer til materialet:

Afsnit 1.2. Baggrund

- Det fremgår, at styrkelse af de kommunale akutfunktioner er et af indsatsområderne i Den Nationale Handlingsplanen for styrket indsats for den ældre medicinske patient. Senere i materialet præciseres hvilke målgrupper, som den kommunale akutfunktion skal varetage opgaver i relation til. Det bliver dog aldrig helt tydeligt, om kvalitetsstandarderne vedr. de kommunale akutfunktioner dækker alle aldersgrupper – eller alene den ældre medicinske patient.

Afsnit 3.1. Tilgængelighed og kapacitet

- Kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner indrammer indhold og krav til kvalitet for akutfunktionerne, men den præciserer ikke helt hvilke og omfanget af opgaver, som skal løses.

Forventningsafstemning i forhold til opgaver og kapacitet skal efterfølgende aftales i lokale samarbejdsaftaler mellem region, kommune og almen praksis. I de senere år har det givet anledning til løbende udfordringer, bl.a. set i lyset af opgaveudviklingen i det nære sundhedsvæsen.

En fortsat uklarhed i opgavefordelingen; herunder hvilke opgaver de forskellige kommunale akutfunktioner varetager, øger desværre ikke muligheden for et tæt samarbejde med praktiserende læger/vagtlæger, som kommunerne er afhængige af for bl.a. at kunne forebygge indlæggelser.

Kan det mon forventes, at der kommer større afklaring af opgavefordelingen mellem kommuner og regioner i den kommende handleplan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen?



21. december 2016
Side 3 af 5

Afsnit 3.2. Organisering og sammenhæng med den øvrige kommunale hjemmesygepleje

- Akutteam og akutpladser sidestilles i høringsmaterialet som kommunale akutfunktioner.
Det fremgår, at de indsatser, som akutteams forventes at varetage, kræver særlige kompetencer og som ikke kan varetages af den kommunale hjemmesygepleje.

Det er centralt, at der udvikles et fælles kompetenceafklaringsværktøj, som kan bruges til at afstemme kompetencer hos personalet. Dermed bliver det også tydeligt hvilke opgaver forskellige faggrupper kan og skal varetage.

- Det skal præciseres her, om det er et krav, at alle kommuner har kommunal akutfunktion

Afsnit 5. Indsatser i de kommunale akutfunktioner

- Aarhus Kommune er enig i de krav indsatser/opgaver, som den kommunale akutfunktion skal kunne varetage.
- Det kan overvejes, om opgaverne vedr. intravenøs ernæring og sondeernæring skal splittes op, så opgaverne står i to punkter frem som nu under et punkt.

Afsnit 6. Kompetencer og uddannelse

- Aarhus Kommune er enig i de krav, der stilles til kompetencer blandt sygeplejersker og evt. sosu-assistenten i kommunale akutfunktioner.
- Det bør præciseres, at der i den enkelte kommune løbende er behov for kompetenceudvikling af alle faggrupper; herunder kommunale hjemmesygeplejersker og andre faggrupper, som varetager sygeplejefaglige opgaver. Der skal være et tæt samspil og samarbejde om opgaverne, så den kommunale akutfunktion ikke "sander til" i driftsopgaver.

Der skal udvikles et fælles kompetenceafklaringsværktøj.

- Side 20 – afsnit 3 Det fremgår, at sygeplejersken skal kunne justere i behandlingen inden for et afgrænset område. Det bør måske tilføjes, at det sker inden for den ramme, der aftales med den behandlingsansvarlige læge. Samtidigt skal der arbejdes på flere rammedelegationer på de opgaver, hvor der er lægeforbeholdt virksomhed.



21. december 2016

Side 4 af 5

Afsnit 7. Udstyr og medicin i akutfunktionen

- Det fremgår, at "andet mere specialiseret udstyr som f.eks. udstyr til behandling med intravenøs medicin, væsker og pumper til smertebehandling følger de almindelige bestemmelser på området jf. afgrænsningscirkulæret"

Aarhus Kommune mener, der er behov for et "servicetjek" af afgrænsningscirkulæret i takt med udviklingen i opgavevaretagelsen i det nære sundhedsvæsen.

- Det undrer, at der som krav til udstyr står "sug". Det kan måske give mening, hvis der med kommunal akutfunktion menes "akutpladser". Hvis der menes "akutteam", hvor behandlingen sker i borgers eget hjem, vil sugning pn (som ofte vil være det, der er behov for) kræve personale tilstede 24/7.

"Ilt" figurerer ikke som et krav til udstyr. Det kunne ellers give god mening. Muligheden for ilt vurderes at være en god mulighed og medvirker til at forebygge indlæggelser.

- Akutfunktionen kan som udgangspunkt ikke opbevare medicin. Sådan er reglerne i dag. Opmærksomheden skal dog henledes på, at det kan give u hensigtsmæssige arbejdsgange for personalet i den kommunale akutfunktion – akutteamet. Der kan give ekstra kørsel og ophold på landevejen – medmindre der som alternativ kommer nogle andre muligheder for akut levering af medicin.

Afsnit 8. Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats

- I dette afsnit nævnes hvilke indikatorer, der løbende bør registreres og følges op på i den kommunale akutfunktion.

Aarhus Kommune anbefaler, at det tilføjes, at kommunerne løbende er i dialog med samarbejdspartnerne på hospital og almen praksis om udviklingen; herunder om der er behov for justeringer.

Afsnit 9. Ansvar og samarbejde mellem sektorer

- Det fremgår, at behandlingsansvaret for patienter henvist af sygehuslæge, i tilfælde hvor den igangsatte behandling på sygehuset ikke afsluttes ved udskrivelse, aftales lokalt, at behandlingsansvaret ved overdragelse til den praktiserende læge sker mundtligt og efter aftale med den praktiserende læge.

Det bør præciseres, hvordan medarbejdere i den kommunale akutfunktion får denne besked, såfremt de er involveret i opgavevaretagelsen. En mundtlig besked til egen læge vil som udgangspunkt ikke fremgå af den kommunale borgerjournal.



21. december 2016
Side 5 af 5

- Det er positivt, at der kræves skriftligt henvisningsnotat fra læge til de kommunale akutfunktioner.
- Lægeligt behandlingsansvar – det er problematisk, at vagtlæger ikke kan se borgerens journal fra egen læge i vagttiden. Der kan være situationer, hvor egen læge i dagtiden har haft dialog med patienten, og har lavet aftaler om, hvordan patienten skal reagere, hvis ikke situationen bliver bedre. Denne dialog (og journaltekst) har vagtlægen ikke mulighed for at se – og det kan resultere i en indlæggelse, som måske kunne være undgået.

Med venlig hilsen

Hosea Dutschke
Direktør

Hørings svar: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Overordnede betragtninger fra kommunelæge Mats Lindberg.

For at undgå unødigt langvarig intravenøs behandling med antibiotika, bør det som udgangspunkt kun foregå i kommunalt regi ved de diagnoser/tilstande, hvor der af sundhed.dk lægehåndbogen fremgår, at langvarig intravenøs behandling er indiceret. Det gælder bl.a. Infektioner i knogler og hjerteklapper. Den behandlingsansvarlige sygehuslæge, der ordinerer fortsat intravenøs antibiotisk behandling i borgerens hjem eller på kommunal akutplads, bør kunne henvise til en artikel i sundhed.dk/lægehåndbogen eller undtagelsesvist til særlige forhold, som nødvendiggør behandling med antibiotika intravenøst i længere tid end normalt. Det er vigtigt for at undgå for udbredt anvendelse af bredspektret antibiotika intravenøst.

For at minimere unødvendigt ressourcetræk på de kommunale ydelser, bør sygehuset tilbagebetale en del af den kommunale medfinansiering af sygehusydelsen i de tilfælde, hvor et udskrivningstidspunkt kan fremskyndes, fordi kommunen kan varetage fx fortsat intravenøs behandling. Det kunne fx dreje sig om 10 % af DRG – ydelsen.

Der er følgende kommentarer fra akutteamet, kommunelæge og ansvarlig ledelse vedr. selve høringsversionen, angivet under de respektive sidetal.

Side 9.

Vedrørende Venøs blodprøvetagning: Der er indgået en samarbejdsaftale mellem de 22 kommuner og Region Syd. Blodprøvetagning af den karakter ligger langt ud over hvad Akutteamet skal kunne varetage.

Sug af luftveje: Sug: Bør defineres som svagt sug.

Pasning af palliative dræn og ascitis-dræn :

Bør defineres som en passiv lindrende drænage. Der skal forelægge en behandlingsplan fra den behandlingsansvarlige læge. Der er brug for beskrivelse af hvor ligger drænet, hvornår er det anlagt, hvad kan man forvente at der kommer ud af drænstedet og i hvor store mængder, plan for opfølgning og kontrol, samt for seponering af drænet. Der er desuden brug for kontakt information til behandlende læge.

Procedure/ vejledning for pleje af dræn og omgivelserne omkring indstikstedet.

S. 10:

Sygehuset bør altid angive de kontaktoplysninger som de kommunale sygeplejersker hele døgnet kan gøre brug af hvis borgerens tilstand skulle forværres.

S. 17 Opgaver:

Sygehuset bør altid tydeligt ordinere hyppigheden af observationer med fx

- Måling af værdier, puls, BT, TP og ilt saturation mm.
- Blodprøver, fx CRP, blodprocent eller væsketal.
- Observationsbehov ved selv indgiften af intravenøs medicin.

Sygehuset bør altid tydeligt angive hvilke observationsfund, der bør føre til, at de kommunale sygeplejersker tager kontakt til sygehuset. Her kan det mulighvst være en fordel, at de kommunale sygeplejersker anvender Early Warning Score (EWS) , så sygehuslægen kan angive en EWS score som skal føre til kontakt med lægen. Alternativt kan der angives Triage systemet.

S. 10 Udstyr. Lager beholdning af medicin og udstyr, som kun sjældent anvendes i en kommune af normal størrelse, bør leveres af sygehuset, idet der hverken er økonomi eller fornuft i at kommunerne skal levere de omtalte udstyr. Sterile utensilier ricikerer at blive forældret, når der ikke er et stort forbrug og dermed risiko for unødigt spild.

Side 14

Ofte vil der ligge en behandlingsplan.: Der efterlyses en klar definition af en behandlingsplan.

Side 16

Der skal kunne foretages en opfølgende sygeplejefaglig vurdering med interval på tre timer

Skal det fortolkes som værende forsvarligt at forlade en patient, at patienten/ pårørende skal kunne reagere og tilkalde hjælp?

Med venlig hilsen

Anne Andersen

Afdelingsleder Klinisk forebyggelse, Pleje og Træning Haderslev kommune.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
jkr@sst.dk

Dansk Sygeplejeråd



Den 22. December 2016
Ref.: MMK og DSC
Sagsnr.:1612-0006

The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30

DK-1250 København K

Ekspedition:
mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Høring over kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive hørings svar til udgivelsen "*Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner*". Vi har med interesse læst udgivelsen, og vi finder, at det skærper bevidstheden om kompleksiteten i akutfunktionernes opgaveportefølje. Samtidig finder vi det positivt, at der arbejdes med en værtdioverligger, da det sikrer, at der er en klar retning for arbejdet. Herudover er det godt, at det specifikt er nævnt, at en tværkommunal løsning er en mulighed. Vi har følgende generelle og specifikke bemærkninger.

Generelle bemærkninger

Fokus på forskning og evaluering i udvikling af akutfunktionerne

Akutfunktionerne er i en udviklingsfase med potentiale til at løfte vigtige opgaver i fremtidens sammenhængende sundhedsvæsen. Hvis vi skal indfri potentialet og sikre kvalitet i akutfunktionerne er det afgørende, at der skabes viden om, hvad der virker. Det er der en mangel på i dag. Derfor foreslår vi, at forskning i og evaluering af akutfunktionerne bliver en vigtig del af den fremtidige udvikling af funktionerne til bedst muligt gavn for patienterne.

Kompetence skal sikres igennem erfaring og uddannelse

Kravene til sygeplejerskers kompetencer fremgår i udgivelsen meget vagt og udelukkende på baggrund af et erfaringsgrundlag. Dansk Sygeplejeråd mener, at erfaring er afgørende, men at der derudover bør være et formuleret og tydeligt krav om uddannelse udover grunduddannelsen, og at kompetenceudvikling skal være en del af det formelle uddannelsessystem. Konkrete uddannelser bør beskrives herunder specialuddannelse og uddannelse til avancerede kliniske sygeplejersker. Dette set i lyset af den selvstændige og komplekse opgaveportefølje, som lægges op til skal varetages i akutfunktionerne, og for at sikre patientsikkerhed og kvalitet i pleje og behandling. Eksempelvis kræver kompleks sårbehandling og det forebyggende arbejde udvidede kompetencer i en refleksiv praksis.

Sygeplejersker skal have det sygeplejefaglige ansvar

I kvalitetsstandarden er der ikke en tydelig opgavedeling mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. For at skabe klarhed over, hvem der har hvilket ansvar, anbefaler vi, at det tydeligt bliver angivet, at sygeplejersker har det sygeplejefaglige ansvar, der gælder den akut syge og komplekse patient.

Rammedelegation – forudsætning for fleksibel opgaveløsning

Derudover foreslår vi, at der arbejdes for øget brug af rammedelegation i akutfunktionerne, da det kan lette det daglige arbejde på tværs af professionerne. Det betyder, at vi skal have fokus på at implementere delegerationer i den daglige praksis. Dette gælder fx i forhold til håndtering af inhalationsbehandling og IV væsketerapi, som med fordel kan understøttes af rammedelegationer. Vi vil samtidig påpege, at rammedelegation på længere sigt ikke er den bedste løsning. Der må arbejdes for en model, som vi kender internationalt, hvor APN-sygeplejersker har et selvstændigt ansvar til at iværksætte og afslutte behandlinger på definerede områder.

Forpligtende samarbejde mellem regioner og almen praksis

Hos Dansk Sygeplejeråd bemærker vi, at kvalitetsstandarderne opstiller krav til, hvad kommunerne skal, imens der primært er tale om anbefalinger, når det gælder samarbejdet mellem regionerne og almen praksis. Vi vil pege på, at samarbejdet også skal være forpligtende, hvis der skal være smidige arbejdsgange og gode forløb for patienterne, som er påkrævet for, at vi ikke ender med at danne en ny silo, hvor patienterne ikke kan få gavn af den fleksibilitet, som netop kan være en mulighed i denne funktion.

Specifikke bemærkninger

I afsnit 1.4 om *Værdigrundlag* (s. 7) i afsnittet om sammenhæng i patientens forløb står der: *"der skal foreligge en behandlingsplan, når patienten starter et akutforløb"*. Her anbefaler vi, at det skal foreligge en *"pleje- og behandlingsplan"*.

I afsnit 2 under indsatser (s. 9) nævnes saturationsmåling, men ikke A-punktur. Sidstnævnte er en afgørende måling for at vurdere om en patient med forværring af kronisk lungelidelse kan behandles i hjemmet eller skal indlægges. Derudover mener vi, at akutfunktionen bør have adgang til basalt udstyr herunder blandt andet mulighed for at tage et EKG.

I afsnit 2 under ansvar og samarbejde (s. 10) fremgår en række anbefalinger. Dansk Sygeplejeråd mener, at det skal være mere forpligtende, og at *"Det anbefales"* skal erstattes af et *"Det kræves"*. I kommunerne i dag opleves der udfordringer med at indgå aftaler med de praktiserende læger, og derfor mener vi, at samarbejdet skal være forpligtende.

I afsnit 3.1 om *Tilgængelighed og kapacitet* (s. 12) fremgår det, at akutfunktionen skal være døgnbemandet. Her foreslår Dansk Sygeplejeråd, at det bliver konkretiseret, så det fremgår, at det betyder, at akutsygeplejersker skal være tilgængelige døgnet rundt.

I afsnit 4.1 om *Målgrupper* (s. 15) er der en opstilling af nogle af de opgaver, der indgår i akutfunktionen. Vi mener, der skal stå hydrering af patienter i stedet for dehydrering af patienter.

I afsnit 6 om *Kompetencer og uddannelse* står der, at der er krav om grunduddannelse og derudover klinisk erfaring. Vi foreslår, at der skrives yderligere ind om uddannelsesniveaut. Der skal arbejdes systematisk med at løfte viden og kompetencer, hvis opgaverne skal varetages fagligt forsvarligt i akutfunktionerne. Der er meget forskellige tilbud om kompetencegivende uddannelse i dag. Det spænder fra få dages kursus til moduler i akut sygepleje. Det er vigtigt, at niveauet fremgår tydeligt. I dag oplever vi, at nogle kommuner ansætter forholdsvist nyuddannede i akutfunktioner – særligt i yderområderne – da der er rekrutteringsproblemer. Derfor er det vigtigt at være konkret om uddannelsesniveaut. Erfaring er ikke tilstrækkelig for at varetage akutfunktionen, det skal også indbefatte viden, færdigheder og kompetencer – herunder konkret erfaring. Mulighed for uddannelse vil både gavne kvaliteten af behandlingen for patienterne, men det vil også gavne sygeplejerskers motivation, arbejdsglæde og dermed have betydning for arbejdsmiljøet.

Afsnit 6.4 om *Social- og sundhedsassistenter* (s. 21). I akutfunktionen vil der være patienter, der har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, der er tilstede i akutfunktionen. Hvis det var tilstrækkeligt med pleje af en social- og sundhedsassistent, så ville patienterne ikke være på en akutplads. Derfor mener vi, at de sundhedsprofessionelle skal komplementere hinandens faglighed, men at der skal være krav om, at der altid skal være sygeplejersker tilstede.

Blandt andet i afsnit 9 om *Ansvar og samarbejde mellem sektorer* (s. 26) fremgår det, at man lægger vægt på *mundtlige* aftaler forud for udskrivningen af patienten. Det er uklart, om den mundtlige aftale er ment som supplement til en skriftlig dokumentation. Dansk Sygeplejeråd mener, at det i lyset af delegationsreglerne er vigtigt, at mundtlige aftaler supplerer dokumentationen, så der ikke går viden tabt, fordi den overdrages mundtligt. Derudover er det vigtigt, at sygeplejerskerne orienteres om, at (og/eller hvornår) behandlingsansvaret overdrages fra sygehus til praktiserende læge, så det er klart, hvor sygeplejersken har sin delegation fra. Derfor foreslår vi, at det bliver præciseret i udgivelsen.

Afsnit 9.3 og 9.4 handler om delegation og sundhedspersoners brug af medhjælp. Nogle kommuner vil have sygeplejersker til at oplære borgerne/de pårørende i IV medicinering eller oplære hjælpere til at observere. Det er vigtigt, at sygeplejersker bliver sikret juridisk. Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at udgivelsen bliver kvalificeret ved at

tilføje, at såfremt det skønnes forsvarligt og muligt, at hjælpere, borgeren selv eller pårørende kan observere IV indgift, skal den behandlingsansvarlige læge skriftligt godkende dette, før det kan iværksættes. Vi finder det ikke tilstrækkeligt, at den lokale ledelse har udformet en instruks, hvori det fremgår, at borger/hjælper/pårørende kan varetage observationen.

Til afsnit 9.4.2 (s. 30) om *Sygeplejerskers ansvar* bemærker Dansk Sygeplejeråd, at det er kommunalbestyrelsens/ledelsens ansvar at sikre, at de nødvendige kompetencer i forhold til den konkrete patient er tilstede i akutfunktionen, og at akutfunktionen er i stand til at tage imod patienten med det personale, der er på arbejde på udskrivningstidspunktet. Vi mener, at kvalitetsstandarderne skal tydeliggøre, at det ikke er et individuelt ansvar. Ansvar ligger hos kommunalbestyrelsen og ledelsen – og vi anbefaler, at det eksplicit fremgår, at det kræver sygeplejefaglig ledelse for at kunne løfte ansvaret.

Med venlig hilsen



Grete Christensen
formand

Brønderslev Kommune
Frederikshavn Kommune
Hjørring Kommune
Jammerbugt Kommune
Mariagerfjord Kommune
Morsø Kommune
Rebild Kommune
Thisted Kommune
Vesthimmerlands Kommune
Aalborg Kommune

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

**Team planlægning udvikling
uddannelse**

Ældre- og Handicapforvaltningen
Storemosevej 19
9310 Vodskov

Sagsnr.:
2016-072373
Dok.nr.:
2016-072373-10
Init.: SVAR

21-12-2016

Hørings svar fra 10 nordjyske kommuner

Overordnet kvitterer vi for et godt og gennearbejdet oplæg, med fokus på ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet, som vi kun kan hilse velkomment.

Vi ser de nye krav og anbefalinger som et løft for kommunernes igangværende indsats for den ældre medicinske patient. Dels fordi kvalitetsstandarderne angiver en fastlagt retning vi kan styre akutindsatsen efter og dels fordi den ensartethed som en fast defineret kvalitetsstandard fra Sundhedsstyrelsen giver, er et rigtig godt udgangspunkt for vores samarbejde med de praktiserende læger og sygehuset. Konkret er det også rigtig godt med beskrivelsen af akutfunktionernes værdigrundlag, hvor formål og hensigten med en akutfunktion rides op.

Vi har en bekymring i forhold til, om midlerne i økonomiaftalen til styrkelse af de kommunale akutfunktioner også kan dække udgiftsbehovet forbundet med IV-behandling og blodprøvetagning, som kvalitetsstandarderne på akutområdet lægger op til. Erfaringer fra Region Midt indikerer, at der er tale om en meget ressourcetung opgave. Med udgangspunkt i erfaringerne fra Randers Kommune, er det forventningen, at udgifterne alene til IV-behandling kan lægge beslag på 80% af akut-midlerne i de nordjyske kommuner.

Dertil kommer afledte udgifter af, at akutfunktionerne skal varetage bl.a. blodprøvetagning og iv-medicinering, hvor der vil være et behov for anskaffelse, håndtering og vedligehold af nye typer af apparaturer, oplæring i anvendelsen af disse samt behovet for at have nødvendige remedier på lager.

Det forhold at de fleste kommuner aktuelt modtager borgere fra mange forskellige hospitaler og flere regioner, medfører at samarbejdet vil række ud over kommunernes umiddelbare optageområder og nuværende regionsgrænser, hvorfor ensartethed i samarbejdet er centralt. Det kan overvejes, om den tiltænkte ensartethed kan gennemføres i praksis med de anbefalede lokale sundhedsaftaler som ramme. Det kan derfor overvejes, om der vil være højere kvalitet og ensartethed med flere centrale aftaler bl.a. ift. samarbejde mellem kommuner, praksislæger og hospitaler/regioner.

Kommunernes befolkningstal og geografi er meget forskellige, hvorfor det flere steder i Nordjylland vil være umuligt eller en meget dyr løsning at have "rene" akutteams

der udelukkende beskæftiger sig med akutsygepleje, som helt klart har mange fordele. For flere af de nordjyske kommuner gælder, at opgaven i dag udføres af hele hjemmesygeplejen, som er opkvalificeret inden for akutsygepleje. Ulempen ved dette er, at sygeplejen her bliver udfordret i at opretholde den nødvendige viden, erfaring og ikke mindst rutine i opgavevaretagelsen. Modsat har det så den fordel, at den enkelte sygeplejerske ofte kender borgeren. Samtidigt forudser vi, at opgaverne i den basale hjemmesygepleje ændres til flere og flere akutopgaver.

Der stilles med kvalitetsstandardens høje krav til den erhvervserfaring der kræves for at hhv. sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter kan opnå ansættelse i en akutfunktion (minimum 2 års erhvervserfaring) Vi forudser, at det kan give rekrutteringsudfordringer at leve op til dette krav i kvalitetsstandardens. Som følge af de relativt høje krav til erfaring og efteruddannelse hos akutpersonalet, vil der også kunne forventes øgede udgifter til lønninger. Vi vil endvidere påpege, at kravene til antal års erhvervserfaring er højere, end de formelle krav til ansættelse på regionernes akut modtageafsnit. Det ville være ønskeligt, at der med implementeringen af kvalitetsstandardens blev åbnet op for rotationsstillinger mellem kommunale akutfunktioner og de regionale akut modtageafsnit. Vedrørende efteruddannelse/kompetenceudvikling ville det være hensigtsmæssigt, at der blev lavet et fælles nationalt efteruddannelsesprogram for sygeplejersker i kommunale akutfunktioner.

I kvalitetsstandardens lægges der op til, at sygeplejersker kan "påbegynde initiale undersøgelser indtil der er lægelig back-up". Dette er i dag ikke lovligt, medmindre der foreligger en rammedelegation på indsatsen. Som led i den nationale handleplan for det nære sundhedsvæsen foreslås, at der på nationalt plan udarbejdes en rammedelegation, svarende til de særlige opgaver man ønsker sygeplejersker i akutfunktioner skal kunne varetage. Ligeledes kan akutfunktionen i dag ikke opbevare medicin, hvilket kan give praktiske udfordringer for opstart af behandling – eksempelvis inhalationsbehandling som beskrevet i udkastet – da der især i aften- og nattimerne kan være langt til nærmeste apotek.

Vi ser med bekymring på tidsfaktoren for implementeringen af disse nye opgaver, da tidsrammen er meget kort i forhold til bl.a. uddannelse i akutsygepleje, forhandlinger med samarbejdspartnere og ikke mindst økonomiske aftaler. Kommunalbestyrelsen i de enkelte kommuner pålægges ansvaret for en helt ny akutopgave med mange lægefaglige opgaver.

Kvalitetsstandardens ændrer også på begrebet "færdigbehandlede", i det behandlingen flyttes ud i kommunerne og kalder på en nærmere redefinering samt en drøftelse af de økonomiske konsekvenser. Vi ser det overordnet som u hensigtsmæssigt, at kvalitetsstandardens får karakter af opgaveflytning. Opgaveflytning følger i dag sundhedsaftalerne og aftales forskelligt fra region til region.

Konkrete nedslag

- Omkring begreberne "henvisning" til akutfunktionen og "visitering" til akutfunktionen oplever vi en uklarhed. Det vil være relevant at præcisere forskellen på de to begreber med en nærmere definition.
- Vi sætter spørgsmålstegn ved, om de instrumentelle indsatser der nævnes på side 16 henhører under en kvalitetsstandard. Det er eksempler på opgaver som pt er relevante men ikke er udtømmende.
- Vi kunne ønske os centrale aftaler i forhold til hvordan f.eks. blodprøvetagning håndteres i forhold til analyse af disse.

- Dehydrering er på side 15 beskrevet som en opgave i akutfunktionen – bør rettes til *rehydrering*.
- Vi bliver på side 11 i tvivl om, hvorvidt hovedreglen om påbegyndelse af intravenøs medicinsk behandling i sygehusregi inkluderer væsketerapi?
- Der stilles krav om udstyr til venøs blodprøvetagning, hvilket ikke er hensigtsmæssigt, så længe der ikke er krav om, at akutfunktionen skal kunne tage venøse blodprøver.

På vegne af de 10 nordjyske kommuner

Kirsten Sværke
Konsulent i Ældre og Sundhed
Aalborg Kommune

Tlf. 9931 6268
E-mail: svær-aeh@aalborg.dk



Input til hørings svar vedr. Sundhedsstyrelsens standard for kommunale akutfunktioner

Overordnet set en god ramme, der støtter op om ønsket til et ensartet tilbud til borgerne i Danmark. Imidlertid kan der sættes spørgsmålstejn ved:

1) Delt behandlingsansvar mellem almen praksis og hospitalslæger

Det er overordentlig vigtigt, at spørgsmålet omkring fastlæggelse af behandlingsansvaret i relation til IV-behandling afklares og tydeliggøres i kvalitetstandarden. I Halsnæs Kommune er der ikke enighed omkring dette spørgsmål, idet PLO-H ikke ønsker delt behandlingsansvar.

Af hensyn til patientsikkerheden og medarbejdernes arbejdsvilkår henstilles der til, at dette løses centralt og medtages i kvalitetstandarden.

2) Manglende lovhjemmel

Kvalitetstandarden udfordres af nuværende lovhjemmel. I forhold til rammedelegation til **en gruppe** af patienter er det en udfordring, at det på nuværende tidspunkt er begrænset, hvilke instrumentelle indsatser kommunerne må udføre. Den nuværende lovhjemmel kræver at lægen udfærdiger en rammedelegation i forhold til den enkelte patient, idet kommunen ikke må foretage behandling.

Det vil være ønskeligt, om der i lovgivningen kan åbnes op for en rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne inden for lovgivningen kan forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

3) Samarbejde om kapacitet

Det fremgår af side 26, *"at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis"*.

Herudover beskrives det i høringsudkastet, at der skal indgås lokale aftaler, der beskriver de præcise ansvarsforhold. En sådan aftale har været forsøgt indgået i forskellige fora uden held. Vi ser endvidere en risiko ved, at hver enkelt kommune skal indgå aftaler med praktiserende læge og sygehus. Sådanne individuelle aftaler kan resultere i, at borgerne risikerer at få et meget forskellige tilbud alt afhængig af den enkeltes kommunes kapacitet, samt hvorledes kommunes samarbejdspartnere ser deres mulighed for at indgå samarbejdsaftaler.

Økonomi og ensartet tilbud på tværs af kommunegrænser

De listede apparater og de utensilier og remedier, der skal anvendes i akutfunktionen stiller anderledes krav til indhold af sygeplejedespoterne. Den udgift, der er forbundet hermed, er vanskelig at estimere for kommunerne og dermed en ekstra opgave.

Halsnæs Kommune ser Sundhedsstyrelsens standard for kommunale akutfunktioner som et skridt på vejen, i forhold til at tilbyde borgerne i Danmark et ensartet tilbud. Dette høringssvar skal ses som udtryk for, hvad kommunen vil anbefale bliver afklaret, før kvalitetstandarderne godkendes.

Ældre- og Handicapforvaltningen

Politik og Strategi ÆHF
Team Konsulentbistand

Ørbækvej 100
5220 Odense SØ

www.odense.dk

Tlf. +4565513005

DATO
22. december 2016

REF.
SHFAL

Til Sundhedsstyrelsen

Odense Kommunes høringssvar vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.



På vegne af Odense Kommune
Stine Haubro Falk
Strategisk Sundhedskonsulent

Odense Kommunes hørings svar vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Centrale budskaber

- **Kvalitetsstandarden bør forholde sig til borgerperspektivet og den øgede brugerbetaling i sundhedsvæsenet**
- **Ordinerende læge må ikke kunne ændre i kommunale instrukser og retningslinjer**
- **Det lægefaglige ansvar skal altid være klart og entydigt placeret**
- **Det skal være klart, hvad samarbejdsaftalerne i sundhedsaftaleregiet konkret skal indeholde**
- **Det bør tydeligt fremgå om de oplyste opgaver er en minimumsliste**
- **Sammenhængen mellem opgaver og økonomi bør indgå**
- **Der ønskes mere fokus på afgrænsningscirkulæret, så det fremgår at udstyret følger patienten på tværs af sektorer**
- **Forebyggelselementet er fraværende og bør indgå**

Generelle kommentarer

Odense Kommune er positiv overfor, at der ikke lægges op til specifikke organiseringer såsom akutteams eller akutpladser, således er det op til kommunerne selv at beslutte organiseringen af deres akutfunktioner ud fra lokale forhold.

Sundhedsstyrelsen har tidligere udtalt, at de kommunale akutfunktioner ikke skulle være "mini-sygehuse" eller kommunale behandlingsenheder. Derfor undrer det Odense Kommune, at udkastet til kvalitetsstandarderne til de kommunale akutfunktioner netop beskriver, at det er enheder, som kan overtage behandlingsopgaver fra sygehuset i forhold til ikke-færdigbehandlede patienter. Det er samtidig problematisk, at det forebyggende aspekt i de kommunale akutfunktioner er blevet nedtonet, da det netop var her, at de kunne gøre sig gældende i forhold til at forbygge indlæggelser og genindlæggelser. Hvilket der også arbejdes for i form af differentieret kommunal medfinansiering.

Ligeledes vil det være en fordel for kvalitetsstandarderne, hvis den bliver koordineret med aftalen om den nationale model om den patientansvarlige læge, så det lægelige behandlingsansvar er klart og entydigt i de kommunale akutfunktioner.

Generelt ønskes der mere klarhed i formuleringerne i kvalitetsstandarderne, så det er muligt for kommunerne at skelne mellem anbefalinger og krav, samt hvem der har ansvar for hvad.

Borgerperspektivet

Kvalitetsstandarderne mangler at beskrive borgerperspektivet, relationen til borgerne og konsekvenserne for borgerne. Hvis en borgers behandling skal afsluttes på en kommunal akutplads, skal borgeren så give samtykke og kan borgeren forblive indlagt på sygehuset, hvis borgeren ikke ønsker at modtage behandlingen i kommunalt regi. Borgerens egenbetaling i sundhedsvæsenet vil desuden øges, da de skal

betale for medicin, mad/linned/tøjvask på kommunale akutpladser osv. Der vil blive indført en ny form for brugerbetaling i sundhedsvæsenet, som kvalitetsstandarder bør forholde sig til.

Ansvar og samarbejde

Det er uklart, hvilke samarbejdsaftaler der konkret skal udarbejdes i sundhedsaftaleregion, og hvilken betydning disse har. Flere steder i udkastet står følgende formulering:

at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis.

Det er uklart, hvorvidt det reelt betyder, at den enkelte kommune ikke selv har mulighed for fx at kapacitetstilpasse egen akutfunktion.

Det lægefaglige ansvar er heller ikke klart og entydigt placeret, da det fremføres at det afhænger af problemstillingen, den henvisende læge og konkrete aftaler med parterne. Det er problematisk for patientsikkerheden, og det vil presse sygeplejerskerne i akutfunktionen. Kvalitetsstandarder beskriver desuden, at en læge, som ordinerer behandling, kan ændre de kommunale instrukser og retningslinjer, som medarbejderne arbejder ud fra. Det bør ikke være muligt af hensyn til patientsikkerheden.

Der bør altid være en ansvarlig læge, når der foregår en behandling, og af samme årsag bør akutfunktionen heller ikke kunne afslutte borgere og derefter informere lægen. Lægen bør under alle omstændigheder have behandlingsansvaret og dermed vide, hvornår en behandling er afsluttet.

Opgaver

Udkastet indeholder en lang række opgaver, som akutfunktionen skal være i stand til at varetage. Det fremgår dog ikke om denne er en minimumsliste, eller hvilken karakter denne har. Det bør fremgå eksplicit, hvad der ligger til grund for udvælgelsen af de oplyste opgaver.

Derudover står der, at listen er dynamisk og derfor kan ændre sig over tid. Det fremgår dog ikke, hvem der har der har myndighed til dette, eller hvorvidt de økonomiske rammer udvides, hvis der løses flere opgaver.

Odense Kommune forholder sig skeptisk til, at der nævnes eksempelvis behandling af børn, kemoterapi og dialysebehandling som mulige opgaver, da det er vanskeligt at se det akutte element i disse.

Det står nævnt, at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel skal påbegyndes i sygehusregion. Det bør altid ske og ikke blot "som hovedregel" af hensyn til patientsikkerheden, og da der er risiko for, at patienten går i septisk chok.

Opgavelisten indeholder desuden flere fejl:

- *intravenøs og parenteral ernæringsterapi, herunder pasning og genanlæggelse af sonder.* → bør deles i 2 dots, da parenteral ernæring er intravenøs og forskellig fra sonde
- *Palliative dræn* → Det findes ikke. Hvad menes der med dette?

- *Sug af luftveje* → bør have sit eget punkt, da det er forskellige fra inhalationsbehandling
- *Dehydrering af patienter s. 15* → der menes nok rehydrering

Det bør desuden fremgå, hvilke præcise intravenøse opgaver, der forventes at blive overdraget til kommunal varetagelse, da der er betydelige udfordringer ved dette. I regi af den syddanske sundhedsaftale har en følgegruppe for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse netop afdækket potentialerne indenfor dette område, og de vil kunne bidrage til at kvalificere denne del.

Udstyr

Fra et kommunalt synspunkt er der et stort ønske om, at der bliver lagt mere vægt på afgrænsningscirkulæret, så det tydeligt fremgår, at udstyret til behandling skal følge patienten – også på tværs af sektorovergange. Det bør således fremgå, at sygehuset afholder udgiften til udstyr i så fald, at behandling skal fortsætte på en kommunal akutplads.

Der er desuden andet udstyr som kræves, hvis de beskrevne opgaver skal løse. Det er fx dropstativ, dråbetæller og ilt.

Målgruppe

Der mangler endvidere en tydelige målgruppeafgrænsning med inklusions- såvel som eksklusionskriterier for akutfunktionerne. Hvornår skal en patient tilknyttes en akutfunktion, og hvornår skal de blive på sygehuset. Udkastet berører primært somatiske problemstillinger, men det fremgår ikke om psykiatriske problemstillinger også er omfattet.

Kompetencer

Det er ikke muligt at være autoriseret sygeplejerske og ikke have gennemført en sygeplejerskeuddannelse, det er derfor ikke nødvendigt, at sidstnævnte del står der. Der kunne derimod godt være gjort rede for de supplerende kompetencer som sygeplejersken skal tilegne sig for at kunne varetage de oplyste opgaver.

I forhold til, at social- og sundhedsassistenter kan indgå i den kommunale akutfunktion, så er væsentligt, at de kun under særlige omstændigheder kan varetage grundlæggende sygepleje, hvilket ikke bør fylde så meget i en akutfunktion pga. problemstillingernes komplekse natur. Det er endvidere et spørgsmål om organisering og størrelse, hvilken personalesammensætning der er brug for.

Det er uklart i kvalitetsstandard, hvornår der er tale om et lille patientgrundlag. Det bør fremgå tydeligt, hvad der vurderes som en nødvendig volumen i opgavevaretagelsen.

Overgange

Der savnes et øget fokus på overgange både mellem sektorer men også mellem akutfunktion og almindelig hjemmesygepleje.

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Sanne Rendal <sanr@sim.dk>
Sendt: 22. december 2016 10:09
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Sv: Høring: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner - Frist d. 22/12-16 kl. 12.00 (SIM Id nr.: 438542)

Til Sundhedsstyrelsen

Børne- og Socialministeriet takker for muligheden for at afgive hørings svar til udkast til Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Børne- og Socialministeriet har ingen bemærkninger til høringen.

Med venlig hilsen

Sanne Rendal

Fuldmægtig
Lovkoordinering og Internationale forhold
Mobil: 41 85 10 30
Mail: sanr@sim.dk

Børne- og Socialministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
Telefon: 33 92 93 00
www.sim.dk

Tænk på miljøet, inden du skriver denne mail ud.

Til: Ishøj Kommune (ishojkommune@ishoj.dk), Gladsaxe Kommune (kommunen@gladsaxe.dk), Guldborgsund Kommune (kommunen@guldborgsund.dk), Københavns Kommune (info@okf.kk.dk) (info@okf.kk.dk), Herlev Kommune (herlev@herlev.dk) (herlev@herlev.dk), Hillerød Kommune (hillerod@hillerod.dk), Horsens Kommune (horsens.kommune@horsens.dk), Herning Kommune (kommunen@herning.dk), Hedensted Kommune (raadhus@hedensted.dk) (raadhus@hedensted.dk), Fanø Kommune (raadhuset@fanoe.dk), Samsø Kommune (kommune@samsoe.dk), Greve Kommune (raadhus@greve.dk), Bornholms Regionskommune (post@brk.dk), Haderslev Kommune (post@haderslev.dk), Ikast-Brande Kommune (post@ikast-brande.dk), Halsnæs Kommune (mail@halsnaes.dk), Dansk Selskab for Intern Medicin (jm@dadl.dk), Dansk Sygepleje Selskab (dasys@dasys.dk), 'dsr@dsr.dk' (dsr@dsr.dk), dsam@dsam.dk (dsam@dsam.dk), 'Region Nordjylland' (region@m.dk), 'Region Sjælland' (regionsjaelland@regionsjaelland.dk), 'kontakt@rsyd.dk' (kontakt@rsyd.dk) (kontakt@rsyd.dk), info@danskepatienter.dk (info@danskepatienter.dk), Furesø Kommune (furesoe@furesoe.dk), Gentofte Kommune (gentofte@gentofte.dk), Gribskov Kommune (gribskov@gribskov.dk) (gribskov@gribskov.dk), Faaborg-Midtfyn Kommune (fmk@faaborgmidtfyn.dk), Danske Regioner (regioner@regioner.dk), Danske Ældreråd (info@danske-aeldreraad.dk), Ballerup Kommune (balkom@balk.dk), 'etf@etf.dk' (etf@etf.dk), Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (Inge.jekes@kalundborg.dk), 'foa@foa.dk' (foa@foa.dk), Århus Kommune (aarhus.kommune@aarhus.dk) (aarhus.kommune@aarhus.dk), Varde Kommune (vardekommune@varde.dk), Viborg Kommune (viborg@viborg.dk), Aalborg Kommune (aalborg@aalborg.dk), KL, Kommunernes Landsforening (kl@kl.dk), Ældre Sagen (aeldresagen@aeldresagen.dk), Dansk Selskab for Fysioterapi (kontakt@dsfys.dk), Lægevidenskabelige Selskaber (lvs@dadl.dk), Sundhedsdatastyrelsen hovedpostkasse (kontakt@sundhedsdata.dk), 'dadl@dadl.dk' (dadl@dadl.dk), Praktiserende Lægers Organisation (PLO (PLO@dadl.dk), info (info@socialstyrelsen.dk), Tønder Kommune (toender@toender.dk), Ærø Kommune (post@aeroekommune.dk), post@vejenkom.dk) (post@vejenkom.dk), Vejle Kommune (post@vejle.dk), Odder Kommune (odder.kommune@odder.dk), Solrød Kommune (kommune@solrod.dk), Læsø Kommune (kommunen@laesoe.dk), Tårnby Kommune (kommunen@taarnby.dk), Vesthimmerlands Kommune (post@vesthimmerland.dk), Rødovre Kommune (rk@rk.dk), Skanderborg Kommune (skanderborg.kommune@skanderborg.dk), Thisted Kommune (thistedkommune@thisted.dk), Ringkøbing-



Til Sundhedsstyrelsen, Planlægning

Att.: Janni Stauersbøll Kramer

Velfærdsforvaltningen

Social- og Sundhedsafdelingen

Dato

Dokumentnummer

21. december 2016

2016-020784-1

Høringssvar fra Køge Kommune vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Køge Rådhus
Torvet 1
4600 Køge

www.koege.dk

Tlf. 56 67 67 67

Med henvisning til det fremsendte høringsudkast vedrørende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, afgiver Køge Kommune hermed høringssvar.

Kontakt:

Camilla Kragh

Tlf. +45 56 67 25 19

Mail vf@koege.dk

I forhold til opgaver i akutfunktionen vil Køge Kommune gøre opmærksom på, at der er behov for, at vagtlæger kan ordinere/rekvirere blodprøver samt udarbejde behandlingsplan. Som det er nu, resulterer det ofte i en indlæggelse i weekenden for at få foretaget blodprøver.

Vedrørende krav til kompetencer og uddannelse er det Køge Kommunes erfaring, at det er svært at rekruttere personale med de rette kompetencer, især til nattevagter.

I forhold til de forventede krav til udstyr og medicin i akutfunktionen har Køge Kommune følgende bemærkninger: Der opleves ikke sammenhæng mellem det forventede udstyr og mulighederne for at opbevare medicin/saltvand. Eksempelvis kan der lægges perifert venekateter, men der er ikke mulighed for at medbringe en liter saltvand. Det forventes, at akutfunktionen medbringer forstøverapparat, men der er ikke noget medicin at komme i den. Inden medicinen er fremskaffet vil borgeren højst sandsynligt være blevet indlagt.

Vedrørende registreringer i akutfunktionen i forhold til kvalitetssikring vil Køge Kommune anbefale, at denne registrering præciseres, så alle genererer data ud fra samme struktur. Der kunne eksempelvis laves et registreringsark.

Hvis Sundhedsstyrelsen ønsker uddybning af Køge Kommunes høringssvar, er I velkomne til at kontakte os.

Venlig hilsen

Camilla Kragh



Fanø d. 22-12-2016

Hørings svar: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Fanø Kommune har følgende bemærkninger til høringsudkast til "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen", som er fremsendt af Sundhedsstyrelsen den 2. december 2016.

Fanø Kommune er enig i det overordnede formål og værdigrundlag for kvalitetsstandarderne.

Fanø Kommune lægger vægt på de formulerede afsnit vedr. klare aftaler for ansvarsfordeling og opgaveoverdragelsen mellem sektorer, herunder de mundtlige aftaler forud for patientens udskrivelser fra sygehus og overdragelse til egen læge.

Særlige forhold for Fanø Kommune: Antal fastboende: 3300 borgere. Hen over året besøger et antal gæsteklienter med behov for hjemmesygepleje øen. Færgeturen tager 12 minutter. Færgen kan rekvireres af lægevagten døgnet rundt. I visse situationer ligeledes helikopter.

Hjemmesygeplejen i Fanø Kommune består af en sygeplejegruppe på under 10 sygeplejersker, der sørger for døgndækning alle årets dage.

Opmærksomhedspunkter:

Opgavevolumen i forhold til de indsatser, der skal indgå i akutfunktionerne vil i Fanø Kommune være forholdsvis lille. Akutsygepleje vil derfor skulle inkluderes i hjemmesygeplejegruppens øvrige arbejdsfunktioner.

Frekvensen af en række opgaver i akutsygeplejen kan blive lille, hvorved hjemmesygeplejerskerne kan få svært ved at opretholde den fornødne rutine i forhold til visse specifikke sygeplejehandlinger.

Erfaringsmæssigt har Fanø Kommune i perioder en udfordring vedr. rekruttering af nye sygeplejersker. Hvis de kompetence- og uddannelseskrav, der er formuleret i høringsudkastet fastholdes, kan der muligvis på sigt blive behov for, at Fanø Kommunes søger om dispensation for erfaring ved nyansættelser af sygeplejersker.

Fanø Kommune har udfordringer vedrørende den økonomiske ramme for akutfunktionen. Dels i forhold til udgifterne til løbende kompetenceudvikling af personalet, dels kravene til udstyr. Dette sidste set i lyset af størrelsen af de tildelte puljemidler.

Fanø Kommune vil forsøge at etablere et tværkommunalt samarbejde med henblik på at sygehuse og almen praksis kan henvise patienter til en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau. Såfremt dette ikke lykkes, vil Fanø Kommune være kraftigt udfordret.

Med venlig hilsen



Søren, Lück Madsen
Velfærdschef
Fanø Kommune



Kaja Petersen
Teamleder, Rehab og omsorg
Fanø Kommune



Sundhedsstyrelsen
Planlægning

Dato: 22. december 2016

Kontaktperson:
Margrethe Ørum Schack

Dir. tlf.: 7996 6499

E-mail: moes@vejen.dk

Høringssvar fra Vejen Kommune i forbindelse med "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen"

Overordnet hilser Vejen Kommune fælles kvalitetsstandard på området velkommen og arbejder allerede nu efter en del af anbefalingerne. Dette gør at vi kunne ønske os et valg til den enkelte kommune om det er et akut team der skal leverer indsatserne eller om det kan være en del af hjemmesygeplejen, så længe kvalitetsstandarden overholdes og som Vejen Kommune hidtil har praktiseret.

Vi vil gerne bidrage med følgende kommentar til materialet.

ad. Tilrettelæggelse:

Som vi ser det bør der udarbejdes retningslinje for hvem der skal afholde udgiften hvis borgeren skal benytte akutplads i stedet for indlæggelse. Fx til liggende transport til og fra akutplads og eget hjem. Vil borgeren kunne frasige sig dette hvis de eksempelvis ikke vil betale?

ad. Målgruppe:

Beskrivelse af hvorvidt børn vil kunne være en del af akutfunktionen og hvorledes disse skal håndteres er fraværende. Vi er klar på at materialet primært er udarbejdet i forhold til den ældre medicinske patient.

ad. Indsats:

Beskrivelse af hvor længe en indsats skal varetages af akutfunktionen hvor den evt kan overdrages til den kommunale hjemmepleje kunne være ønskværdig.

ad. Kompetence og uddannelse:

Manglende stillingtagen til hvorledes kommunerne skal forholde sig hvis de ikke kan rekruttere personale med minimum 2 års erfaring og/eller personale med relevant erhvervs erfaring. Desuden ved mindre kommuner (som Vejen) hvis volumen af opgaver ikke er stor nok (specielt aften/nat) hvorledes bibeholde kompetencer hvis ikke det er muligt at indgå tværkommunalt samarbejde på grund af bl.a. lange køreafstande.

Der savnes en skelnen imellem hvornår opgaven kan overdrages til social og sundhedsassistent og hvornår den kan overdrages til den kommunale hjemmesygepleje.

ad. Ansvar og samarbejde:

Vejen kommune kunne ønske at der laves en fælles overordnet samarbejdsaftale imellem sygehus og kommunerne, i stedet for hver kommune skal lave hver deres egen aftale. Aftalerne bør være ens og vil kunne sparere alle for mange forskellige aftaler og tid.

Vi ser frem til at blive præsenteret for den endelige standard.

Venlig hilsen

Margrethe Ørum Schack
Chefkonsulent

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: SST Plan
Sendt: 22. december 2016 10:49
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Cc: SST Plan
Emne: VS: Hørrings svar - Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger

Sag: 4-1214-333/1
Sagsdokument: 3392031

Fra: Steen Moestrup [<mailto:steen@lap.dk>]

Sendt: 22. december 2016 07:15

Til: sst@sst.dk

Cc: LAP <lap@lap.dk>

Emne: Hørrings svar

Til Sundhedsstyrelsen !

Hørrings svar vedr. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger

Ved gennemlæsning af høringsforslaget til nye standarder, kan LAP generelt se en hel del gode tiltag i disse.

MEN vi savner psykiatrien som del på ligefod med somatikken og fysiurgien i forslaget. Ikke mindst i relation til "den nære sundhedsaftaler" samspillende de nævnte områder. For ikke at tale om den satsning på den mentale sundhed som styrelsen de senere år har beskæftiget sig med via f.eks. de mentale sundhedspakker.

Det er som om man ikke har opfattet at psykiske belastninger, "chock" koniske tilstande etc. Kan have væsentlig indflydelse på både somatiske lidelser og fysiurgiske tilstande.

Vi må forundres over at hverken psykiatrien eller psykologien er repræsenteret i arbejdsgruppen.

Det burde i dag være evident viden at f. ex. Stress tilstande kan medføre både KOL lignende åndedrætsproblemer, og i værste fald hjertetilfælde – begge ret akutte tilstande, som bør have lige ret med opståede tilstande efter udskrivning ---

Der er en vægtning i forslaget over mod den ældre befolkningsgruppe --- i parentes ser vi det uheldigt generelt fordi midtergruppen, de 18 til 65 årige ligesom ikke ses i div pakker.

Befolkningsgruppen med psykiske lidelser har et særligt problem, når de fylder 65 år. Idet de sociale kommunale tilbud af div. art som er omtalt i loven om socialservice har gyldighed : citat: fra det attende år til folkepensions indtræden.

For nogle indebære dette at de trykspoler som holder dem ude af såvel psykiske som somatiske behandlinger forsvinder med deraf følgende nedsat livskvaliteter – igen noget der kan betinge akuttstilstande af den i forslaget omtalte art.

Derfor må vi fra LAP som psykiatribrugerenes talerør udtrykke vores utilfredshed, men den meget snævre synsvinkel der ligger bag forslaget og ser gerne at der åbnes mod en mental synsvinkel –

"Den Nære Sundhed" som ide og princip taler om Det Hele Menneske. Det burde dette forslag også gøre.

Indsendes på vegne af Presse og høringsvargruppen i LAP

Mvh.

Steen Moestrup
Medlem af LAP's landsledelse

LAP - Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere



SUNDHEDSSTYRELSEN
Islands Brygge 67
2300 København S

Høringsvar: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

22. december 2016

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at der er tale om et gennemarbejdet dokument, som vil medvirke til at øge patientsikkerheden i akutfunktionerne i de kommunale hjemmesygeplejeordninger. Styrelsen for Patientsikkerhed vil inddrage kvalitetsstandarderne ifm. vores tilsyn på akutfunktionerne.

Sagsnr. 5-1010-1172/1/

Reference BIDS

T +4577557749

E seost@sst.dk

Derudover har vi en række specifikke bemærkninger:

- Side 6. kapitel 1.3, fjerde afsnit: Her nævnes en række bekendtgørelser og vejledninger og det fremgår, at kvalitetsstandarderne tager udgangspunkt i disse. Det er dog kun i begrænset omfang, at der henvises til dem i dokumentet.
- Side 8, nederst, sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, første dot: Her står både at observation og vurdering skal foretages ved behov og hver 3. time. Hvordan skal det tolkes?
- Side 9 øverst, instrumentelle indsatser:
 - Intravenøs og parenteral er det samme.
 - 'Palliative dræn' er ikke et entydigt begreb. Bør præciseres.
 - Her mangler behandling for obstipation med lavement/klyx.
- Side 11, dot om iv. behandling og ansvar herfor: Hvordan skal det rent praktisk kunne lade sig gøre, at sygehuslægen har ansvaret for iv. behandlingen? Kan sygeplejersken i kommunen ringe ind til sygehuset og tale med en læge der? Hvem specifikt på sygehuset skal man ringe til? Der er behov for at det er en specifik person og denne skal kunne kontaktes.
- Side 17, kapitel 5.1, første afsnit: Patienter, der er ustabile, bør som udgangspunkt ikke håndteres i akutfunktionen, men skal indlægges.
- Side 18, første afsnit: Der bør henvises til instruksvejledningen.
- Side 19, boksen: 'autoriseret sygeplejerske og have gennemført sygeplejerskeuddannelsen': Dette må være dobbeltkonfekt. Foreslår at der kommer til at stå: 'har dansk autorisation som sygeplejerske'. Tilsvarende for social- og sundhedsassistenter.

- Side 19, kapitel 6.2, sidste afsnit på siden: Sætningen: Det forudsætter at den behandlingsansvarlige læge ikke har angivet, at videredelegation af opgaven ikke må finde sted'. Dette er en tolkning af medhjælpsbestemmelserne, som vi ikke er enige i. Foreslår at sætningen slettes.
- Side 20, kapitel 6.3, andet afsnit: 'inden for et afgrænset område' foreslås ændret til 'iht. en behandlingsplan'.
- Side 27, kapitel 9.2.1: Foreslår, at der undlades at blive talt om delegation. Brug eventuelt 'ordination'.
- Side 28, kapitel 9.3, første afsnit, sidste linje: Det er ikke sparring, hvis en sygeplejerske i funktion som lægens medhjælp har behov for at drøfte behandlingen med lægen.
- Side 30, kapitel 9.4.1., dots: Der mangler en dot, hvoraf skal fremgå, at ledelsen har ansvaret for at tage stilling til, hvem der må varetage hvilke opgaver.

Sundhedsstyrelsen

**Social & Sundhed
Ledelse & Udvikling**
Skelbækvej 2
6200 Aabenraa
Tlf.: 7376 7676

Dato: 22-12-2016
Sagsnr.: 16/43073

Kontakt: Anna Marie Bie Lund-
gaard
Direkte tlf.: 7376 7544
E-mail: amlu@aabenraa.dk

Aabenraa Kommunes høringsvar til udkast til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Aabenraa Kommune hilser kvalitetsstandarderne velkommen og påskønner, at kravene meldes ud i god tid inden den dato, der er fastsat for, hvornår kommunerne skal leve op til dem.

Det er vigtigt, at kravene og anbefalingerne til de kommunale akutfunktioner er både ambitiøse, klare og entydige. Dette er også befordrende for akutfunktionernes interne funktion, hvor de er drivkraft i den faglige udvikling og er med til at løfte kvaliteten af kommunens sundhedsfaglige opgaveløsning.

Samtidig er det vigtigt, at Sundhedsstyrelsen sikrer, at der stilles lige så klare og entydige krav til akutfunktionernes samarbejdsparter, og at det ikke alene anbefales men kræves, at de specificke rammer for samarbejdet mellem den kommunale akutfunktion og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en samarbejdsaftale mellem region og kommune i regi af sundhedsaftalerne og i en underliggende aftale i regi af praksisplanerne for almen praksis.

På samme måde som lægerne har brug for at kunne henvise til tilbud af kendt kvalitet og med et kendt indhold har de kommunale akutfunktioner brug for at kunne samarbejde ensartet og effektivt med såvel sygehuse som alment praktiserende læger.

Aabenraa Kommune ønsker ikke, at den dynamiske opgaveafgrænsning, der lægges op til i kvalitetsstandarderne (*'Listen over de opgaver, som akutfunktionen varetager, vil være dynamisk og kan derfor ændre sig over tid'*) kommer til at betyde en ukontrolleret opgaveglidning. Såfremt der bliver tale om opgaver udover de opgaver, der er beskrevet og afgrænset i kvalitetsstandarderne er det afgørende for kommunerne, at sådanne opgaveoverdragelser sker aftalt og planlagt og indenfor kvalitetsstandardernes faglige krav.

Aabenraa Kommune har derudover følgende specifikke bemærkninger:

- s. 15, 2. afsnit: Er det korrekt, at opgaven kan bestå i 'dehydrering af patienter' eller burde der stå 'rehydrering'?
- s. 20, 2. afsnit i 6.3 Sygeplejersker: *'Sygeplejersker i kommunale akutfunktioner er kendetegnet ved at skulle have særlige kompetencer til at vurdere, diagnosticere, påbegynde initiale undersøgelser indtil der er lægelig backup, og justere i behandlingen af patienterne inden for et afgrænset område.'* Aabenraa Kommune gør opmærksom på, at sygeplejersker i dag er uddannet til at stille sygeplejediagnoser, og at denne formulering læst bogstaveligt lægger op til vurderinger, der hører under det lægefaglige speciale. Dette kræver helt andre kompetencer, end sygeplejersker har i dag. De er i stand til at handle på symptomer, men ikke på diagnoser, som de selv stiller. Hele dette afsnit og særligt definitionen af 'justering i behandlingen' bør præciseres i den endelige udgave af anbefalingerne.
- s. 24, dot 2 og 4: Akutfunktionen skal vel ikke registrere antal indlæggelser og genindlæggelser og 'indsatser fra sundhedsvæsenet i øvrigt', når disse registreres sikkert af sygehusene og almen praksis? Der bør evt. i afsnittet skelnes mellem, hvad medarbejdere i akutfunktionen løbende skal dokumentere og registrere, og hvad kommunen evt. årligt bør følge op på.
- s. 26, dot 3, rettes til 'at læger på sygehuse **og** i almen praksis'
- s. 26, dot 5, sætningen går i stykker.
- s. 26, dot 6: Der er behov for eksempler på, hvad der kunne være afvigelser fra hovedreglen.
- s. 26, dot 7: Det anbefales *'at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes.* Aabenraa Kommune gør i forhold til denne anbefaling opmærksom på, at henvisninger til akutfunktionen ikke alene kommer fra sygehuset, vagtlægerne og de praktiserende læger, men i høj grad også fra hjemmeplejen, der ofte er dem, der først opdager, at en borger har en begyndende eller akut sygdom. I de tilfælde, hvor akutfunktionen klarer situationen og løser behovet uden lægelig assistance vil en besked om afsluttet indsats være en forstyrrelse af den praktiserende læge snarere end en hjælp.
- S. 27, afsnit 9.2 Henvisning til kommunal akutfunktion. *'anbefales det, at henvisningen indeholder: skriftligt henvisningsnotat fra læge med: ... 'behandlings- eller udredningsplan for patienten, herunder beskrivelse af delegerede opgaver'*: Aabenraa Kommune forudsætter, at denne delegation holder sig inden for rammerne af de indsatser, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne, samt evt. supplerende lokale aftaler i regi af sundhedsaftalen og praksisplanen.

- S. 28, afsnit 1, '*Der bør derfor aldrig være tvivl om, hvilken læge der har behandlingsansvaret for den konkrete patient i den konkrete situation*': Aabenraa Kommune ønsker, at 'Bør' rettes til 'må'.
- S. 28, afsnit 6, '*Overdragelsen bør ske ved telefonisk kontakt mellem lægerne og med en efterfølgende skriftlig behandlingsplan*': Det er et ufravigeligt kommunalt krav, at den kommunale akutfunktion får besked om, hvem der har det lægelige ansvar, uanset om dette aftales mundtligt eller skriftligt mellem lægerne – akutfunktionen skal ikke bruge tid og ressourcer på at efterforske, hvilken læge, der har ansvaret for patientens behandling.

Venlig hilsen



Jakob Kyndal
Direktør



Sundhedskoordinator:

Lise Jørgensen
Telefon 43 57 76 00
Email: lgj@ish

Ishøj 21. december 2016

Høringssvar på: "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

Sundhedsstyrelsen har sendt: "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen" i høring. Ishøj Kommune ser overordnet materialet som en god og gennemarbejdet kvalitetsstandard.

Optimalt ville det være, at der blev stillet krav til samarbejdet (ansvar og samarbejde) på tværs af sektorer og faggrupper og ikke "kun" anbefalinger. I værdigrundlaget ligger vægt på sammenhængende forløb, høj kvalitet og patientsikkerhed. Ydermere er kvalitetsstandardens formål, at understøtte kommunens samarbejde med sygehuse og almen praksis. Der bør stilles krav til, at der laves en samarbejdsaftale, for at sikre at akutfunktionen kan leve op til alle de øvrige krav, der stilles i kvalitetsstandarden.

Hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis skal de faglige parter acceptere indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient. Det kan overvejes, om der kan tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.

Ishøj kommune er én af de kommuner, der er udfordret af stor mangel på praktiserende læger. Mange af kommunens borgere har fået tildelt praktiserende læge 15 km fra egen bolig. Det vil være en stor udfordring, at skulle samarbejde med en så stor gruppe af praktiserende læger, og samtidig at skulle motivere disse til at komme på hjemmebesøg hos borgeren eller tilse denne på en akutplads. For at få optimal funktion af akutfunktionen burde behandlingsansvaret i tilfælde af lægemangel kunne bibeholdes i sygehusregi.

Endvidere må det bemærkes, at den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

Med venlig hilsen

Lise Jørgensen
Sundhedskoordinator

Høringsvar vedrørende kommunal akutfunktion

Ældre og Sundhed

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen er efter Hillerød Kommunes vurdering interessant og velbeskrevet. Værdigrundlaget og indholdet i kvalitetsstandarden vil være med til at løfte kvaliteten i kommunen, men samtidig er der tale om en stor opgave, som vil komme til at kræve mange ressourcer. På baggrund af høringsudkastet har Hillerød Kommune en række opmærksomhedspunkter, som kan læses nedenfor.

22. december 2016

Hillerød Kommune
Trollesmindealle 27
3400 Hillerød

Tlf. 7232 3412
Fax 7232 3213
cblj@hillerod.dk
www.hillerod.dk

Behandlingsansvar:

Hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis, er det af helt afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient. Det kan overvejes, om der kan tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.

Sag 219-2016-71885

Behandlingsansvaret skal være så tydeligt beskrevet, at de kommunale sygeplejersker ikke skal ringe rundt til henholdsvis egen læge, hospitalslæge, vagtlæge eller speciallæge for at sikre klarhed omkring behandlingsansvaret.

Der er særligt bekymringer ift. den upræcise beskrivelse af det lægelige behandlingsansvar i relation til vagtlæge/1813. Dels hvordan behandlingsplaner og ordinationer vil være tilgængelige for kommunerne samt hvordan den efterfølgende kommunikation mellem vagtlæge og kommunen vil foregå. Den lægelige overdragelse for vagtlæge/1813 til egen læge er slet ikke beskrevet og dette er for kommunen meget vanskelig at gennemføre som systemerne er i dag.

Opgaver

I afsnit 5.1. beskrives de opgaver som de kommunale akutfunktioner skal løse. Disse opgaver kan som udgangspunkt godt løses i kommunalt regi, men det er altafgørende at det lægelige ansvar er afklaret.

Såfremt opgaverne skal løses i borgerens eget hjem, kræver det en ikke ubetydelig investering i monitoreringsudstyr evt. en telemedicinsk løsning, alternativet en stor tilførsel af personaleressourcer, såfremt monitoreringen skal være troværdig og patientsikker. Det giver ingen mening at monitorere borgere,

hvis data kun aflæses hver 3. time. Samtidig kræver dette, at kommunen kan komme i øjeblikkelig kontakt med den behandlingsansvarlige læge, om det så er hospitalet, egen læge, vagtlæge/1813.

Væskebehandling kræver afklaring dels af observationsforpligtigelse, dels logistik omkring levering af væsker i borgernes hjem døgnet rundt (der er krav om BATCH identifikation – ligesom med medicin) samt tilgængelighed af skriftlig ordination i et tilgængeligt dokumentations-system. Der er samtidig uløste problemer med væske ordinationer i FMK.

Udstyr:

I kvalitetsstandarder står der, at der skal anvendes urinstix og samtidig står der at kommunen skal sende urin til dyrkning. Det kunne overvejes om den enkelte kommuner selv skal have et varmeskab til at dyrke urin, såvel som udstyr til at analysere blodprøver.

Ift. luftarter til sug og inhalationsbehandling skal det afklares hvem der kan og må transportere diverse luftarter.

Rammedelegation til en gruppe af patienter

I forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter er det en udfordring, at der på nuværende tidspunkt er begrænsning for, hvilke instrumentelle indsatser kommunerne må udføre. Dette udfordrer ønskerne om at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved også blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemt typer af behandling.

Økonomi

Som det fremgår ovenfor vil implementering af udkastet til kvalitetsstandarder overordnet set kræve en tilførsel af økonomi og ressourcer til Hillerød Kommunes akutfunktion udover de i forvejen tilførte midler fra de centralt afsatte midler. Derudover er der en række konkrete områder, hvor der er behov for en afklaring af økonomien i opgaveløsningen.

F.eks. ift. medicin- og væskelevering i aften/nat/weekend/helligdage. Hvem har betalingsforpligtigelsen ift. dette og hvem er ansvarlig for at hente medicinen/væsken?

Det samme gælder ved diverse prøvetagninger i borgernes hjem, hvor ligger betalingsforpligtigelsen og hvordan hentes og bringes prøverne?

På side 26 i høringsudkastet fremgår det, at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale. Den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

Med venlig hilsen

Christian Blaase Johansen
Specialkonsulent

Helsingør Kommunes hørings svar vedr. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Center for Sundhed og Omsorg

Sekretariat for sundhed og omsorg
Stengade 59
3000 Helsingør

Cvr nr. 64 50 20 18
Dato 22.12.2016

Sagsbehandler
Caroline Bjerglund Andersen

Konsulent
Tlf. 49 28 32 70
mobil: 25 31 32 70
cba04@helsingor.dk
www.helsingor.dk

Helsingør Kommune byder de nye kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner velkommen. Nedenfor følger en oversigt over Helsingør Kommunes kommentarer til høringsudkastet.

Generelt

- Helsingør Kommune kunne ønske, at sammenhængen mellem kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner og andre nuværende kvalitetsstandarder og datasystemer, som kommuner er pålagt at følge, blev tydeliggjort. Eksempler på dette kunne være KL's indsatskatalog for sygepleje og Fælles Sprog 3, som kommunerne skal implementere i løbet af 2017 og/eller primo 2018.
- Embedsmandsudvalget for Sundhed i Region Hovedstaden har drøftet udkast til nye kvalitetsstandarder. Helsingør Kommune bakker op om følgende bemærkninger:
 - Ang. delt behandlingsansvar mellem almen praksis og hospitalslæger: Hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis, er det af afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient. Det kan overvejes, om der kan tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.
 - Det fremgår af side 26, "at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis" (egen understregning, red.). Helsingør Kommune ønsker at bemærke, at den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

4. Indsatser i kommunale akutfunktioner

- Helsingør Kommune efterspørger et større fokus i opgavebeskrivelsen på de palliative/terminale forløb, hvor akutfunktionerne har en vigtig rolle i at

kunne varetage mere komplekse situationer i tæt samarbejde med hjemmeplejens sygeplejersker m.fl.

- Der er meget fokus på den instrumentelle del af akutfunktionernes opgavesæt. Helsingør Kommune efterspørger et større fokus i opgavebeskrivelsen på akutfunktionernes vigtige rolle i indsatser, som skal skabe tryghed hos udskrevne borgere fx i tilfælde med demente borgere, som udskrives. Dette vil sikre, at borgerperspektivet også inkluderes i akutfunktioners opgaveportefølje. Der bør lægges vægt på, at akutfunktionerne skal have skarpt øje for rehabiliteringspotentiale hos nyligt udskrevne borgere.

5. Kompetencer og uddannelse

- Der er i kvalitetsstandarderne beskrevet overordnede rammer for, hvem der skal løse akutopgaverne, og hvilket overordnet erfaringsgrundlag medarbejderne skal have. Helsingør Kommune kunne ønske en beskrivelse af mere konkret karakter ift. vurdering af kompetencer, da erfaringsgrundlaget ikke siger noget nærmere omkring kvalitet i kompetencerne. Derudover kunne det være brugbart med anbefalinger til, hvorledes man konkret kan arbejde med afdækning af og udvikling af disse nødvendige kompetencer.
- Et velfungerende samarbejde mellem akutfunktionen og personalet i hjemmesygeplejen og på plejecentre fordrer, at akutfunktionen har en pædagogisk tilgang til sparring og læring fx i forbindelse med udbredelse af viden og ved overdragelse af opgaver. Derfor mener Helsingør Kommune, at pædagogiske kompetencer bør indgå i beskrivelsen af såvel akutfunktionens opgaveportefølje samt kompetenceprofilen for medarbejdere i akutfunktionen.
- Akutfunktionen er og vil fremover i højere grad blive et omdrejningspunkt for mere komplicerede opgaver- Helsingør Kommune synes derfor, det er relevant at undersøge muligheden for en specialuddannelse for akutsygeplejersker i kommunerne.

6. Ansvar og samarbejde

- Helsingør Kommune hilser det velkomment, at der i kvalitetsstandarderne fokuseres på hvilke opgaver i akutfunktionerne, der med fordel kan rammedelegeres. Dette kan i mange tilfælde skabe et mere bedre og mere effektivt flow i borgerens forløb. Det er dog en forudsætning, at der etableres et tættere samarbejde med lægerne, hvilket bør fremhæves i kvalitetsstandarderne.

7. Udstyr og medicin i akutfunktionen

- Set i lyset af, at der stilles krav til diverse udstyr i akutfunktionen, mener Helsingør Kommune, at det kunne være hensigtsmæssigt, at akutfunktionerne også har adgang til en begrænset mængde medicin til

brug i akutte situationer. Dette vil altid skulle være under den forudsætning, at der foreligger en konkret og patientrettet ordination i hver situation, men det vil bidrage til at kunne iværksætte en hurtig behandling/lindring af borgerne (fx behandling af respirationsproblemer, smerter). Dette ville indebære, at i vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler udfordres samt vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) VEJ nr. 115 af 11/12/2009, udfordres. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemt typer af behandling. Denne bemærkning er også reflekteret i Embedsmandsudvalget for Sundhed i Region Hovedstadens kommentarer til høringsudkastet.

9. Ansvar og samarbejde mellem sektorer

- Helsingør Kommune efterspørger en tydeliggørelse af, hvordan udveksling af relevante data fra hospital til kommunen og omvendt sikres, når en borger udskrives. Det er en udfordring, at en borger ved udskrivelse fra hospital bliver modtaget i hjemmet eller plejecenter, inden den praktiserende læge har viden om dette. I visse tilfælde mangler kommunen således tilgængelig og tidstro viden, når en borger udskrives fra hospital til kommune, hvilket kan øge risikoen for genindlæggelse af borgeren. Helsingør Kommune er derfor enig i, at adgang til epikrisen ifbm. et henvisningsnotat fra hospitalslæge vil være fordelagtigt for det kommunale sundhedsfaglige personales muligheder for at yde den rette pleje og behandling af borgeren.

Hørings svar vedr. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger

De ni kommuner i Region Hovedstadens Midtklynge; Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre (herfra 9K) afgiver hermed et fælles hørings svar.

9K har med interesse læst udkastet til Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger.

Overordnet bakker 9K op om kvalitetsstandardernes indhold og intention om at skabe ensartethed på tværs af kommunerne om kommunale akutfunktioner.

9K bakker op om, at kvalitetsstandarderne udgør forpligtende krav til kommunale akutfunktioner. Gennemlæsningen af standarderne giver dog anledning til følgende bemærkninger:

Hovedpointer:

- 24/7 tilgængelighed vurderes ikke at være en omkostningseffektiv udnyttelse af ressourcer
- Beskrivelse af målgruppen bør skærpes yderligere
- Social- og sundhedsassistenter bør udgå af akutfunktionen
- Reglerne for rammedelegation bør udvides til også at inkludere behandlingsopgaver
- Almen praksis skal forpligtes på deres behandlingsansvar og samarbejde med akutfunktionerne

1. Formål med kvalitetsstandarderne og værdigrundlag (s. 5, 7)

9K er enige i, at ensartethed på tværs af landets kommuner er et essentielt formål. Standarderne lægger imidlertid også op til, at kvaliteten udover at være ensartet skal være høj. Landets kommuner leverer i dag sygepleje af høj kvalitet, men akutsygeplejen er ikke ensartet, og det er ensartetheden, læger og sygehuse efterspørger. Det er derfor 9Ks holdning, at det er ensartetheden, der skal beskrives.

9K ønsker endvidere indskrevet, at formålet med akutfunktionen er at kunne udvikle og tilbyde patienterne det bedste forløb på tværs af sektorer.

Med borgeren i centrum arbejder landets kommuner på at forhindre indlæggelser, da dette særligt for den ældre, medicinske patient udgør forøget risiko for yderligere funktionstab, nosokomielle infektioner, akut konfusion mv. Det er derfor ofte mest hensigtsmæssigt at modtage udredning, behandling og pleje i eget hjem eller i nærområdet.

9K foreslår, at kvalitetsstandarderne ikke benævnes 'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger'. Det er op til kommunerne at organisere akutfunktioner. Det skal

ikke fremgå af kvalitetsstandarderne, hvor akutfunktionen skal forankres. Standarderne ønskes blot benævnt 'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner – krav og anbefalinger'.

2. Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner (s. 12, 13)

Det er 9Ks vurdering, at det kan være en udfordring for mindre kommuner at kunne honorere kravet om tilgængelighed 24/7, da der ikke forventes et tilstrækkeligt patientgrundlag.

I tilknytning hertil har fem kommuner i Planområde Midt gjort sig erfaringer fra deres etablerede akutteams/specialiseret hjemmesygepleje vedrørende levering af akutfunktion om natten. 9K vurderer ikke, at der er behov for så stor kapacitet. Erfaringsmæssigt er der ikke så mange akutopgaver om natten, og det er derfor ikke rentabelt for kommunerne at sikre 24/7 dækning, når der ikke er efterspørgsel. Dermed vurderes det ikke at være en omkostningseffektiv udnyttelse af ressourcerne, hvilket der ellers lægges op til.

De fem kommuner har på den baggrund vurderet, at der ikke er økonomisk rationale i at sikre 24/7 tilgængelighed. Hjemmesygeplejen løser på kvalificeret vis de opgaver, der foreligger om natten.

Derudover kan der allerede i dag være udfordringer med at rekruttere sygeplejersker til nattevagt. Ved etablering af en yderligere enhed i kommunerne, der skal supplere hjemmesygeplejen, kan organisering af nattevagten for nogle blive udfordret (side 12).

9K anerkender, at der beskrives mulighed for, at mindre kommuner kan indgå samarbejde om løsning af opgaverne. Reelt er det dog næppe en mulighed med de lovgivningsmæssige begrænsninger, der er på området for mellemkommunalt samarbejde (side 13). Der er eksplicit behov for en beskrivelse af, hvordan tværkommunalt samarbejde om opgaveløsningen kan organiseres, og hvordan datadeling kan håndteres, så fx personale i en fælles, tværkommunal akutfunktion kan tilgå tidstro data i de enkelte kommuners EOJ-systemer om borgere fra forskellige kommuner.

På baggrund af ovenstående stiller 9K spørgsmålstegn ved, hvorvidt kravet om 24/7 tilgængelighed er såvel relevant som realistisk.

9K vurderer, at definitionen af akut og subakut fra 2012 ikke i tilstrækkelig grad opfylder behovet for at skabe klarhed over, hvilke patientgrupper der skal indgå som målgruppe for kommunal akutfunktion. Definitionen fra 2012 siger i højere grad noget om tilgængelighed end om målgruppens behov. Det er 9Ks vurdering, at såfremt akut/subakut i stedet beskrives ud fra patienternes tilstand jf. FSIII og patienternes behov for udredning og behandling i eget hjem frem for i sygehusregi, så understøtter det i højere grad beskrivelsen af målgruppen, lige som det i højere grad vil berettige behovet for etablering af akutfunktioner som supplement til den eksisterende hjemmesygepleje (side 12, 13).

9K er endvidere bekymrede for, at tilpasning af kapacitet til nye ydelser forventes leveret af kommunerne, uden det beskrives, hvordan de økonomiske ressourcer i øvrigt følger med (side 12).

3. Målgruppe for den kommunale akutfunktion (s. 14, 15)

Det er 9Ks vurdering, at beskrivelsen af målgruppen bør skærpes yderligere. I kommuner, hvor der ikke allerede er etableret egentlige akutteams, varetages observations-, pleje og behandlingsopgaver til den beskrevne målgruppe allerede af hjemmesygeplejen.

9K foreslår, at det tydeliggøres, at målgruppen er patienter med behov for sygeplejefaglig udredning og behandling. Den videre observation og pleje kan overdrages til hjemmesygeplejen. Den evt. videre medicinske behandling kan varetages af akutfunktionen, såfremt det kræver særlige kompetencer fx iv-behandling.

9K vil anbefale, at beskrivelsen af målgruppen tager udgangspunkt i det foreslåede formål om at tilbyde det bedste forløb for patienterne på tværs af sektorer og på at forhindre indlæggelser.

De opgaver akutfunktionen skal varetage, er dermed i større grad at sammenligne med indlæggelse i eget hjem efter pro-aktiv og mere rettidig udredning i tæt samarbejde med egen læge og evt. udgående funktioner fra sygehus. Ved etablering af akutfunktioner efter de nye standarder rykkes noget af den regionale behandlingsdel ud i kommunerne af hensyn til patienterne, der dermed i videst muligt omfang kan enten undgå indlæggelse eller kan reducere deres indlæggelsestid.

4. Indsatser i kommunale akutfunktioner

Det står beskrevet, at opgaveporteføljen over tid vil ændre sig, og at opgaverne skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftaler og den kommunale akutfunktion (s. 18). 9K er her bekymrede for, at dette på sigt vil udfordre den ensartethed, der netop med standarderne er tiltænkt; blot på et andet niveau, og at sygehusene derfor igen skal forholde sig til forskelle i kommunale akutfunktioner (side 18). For at reducere risikoen for uensartethed på tværs af kommuner foreslås det indskrevet, at de lokale aftaler ikke skal ske med den enkelte kommunale akutfunktion men med de akutfunktioner, der er organiseret i et planområde, og at de lokale aftaler formuleres i regi af samordningsudvalgene.

I forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter er det en udfordring, at der på nuværende tidspunkt er begrænsning 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" punkt 2.2.2 udelukkende må udføre opgaver i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygepleje. Det vil sige, at der fx godt kan laves aftale omkring blodsukkermåling, men ikke om fx genanlæggelse af en sonde eller kateteranlæggelse/-skift, idet dette er en behandling og ikke en undersøgelse. Disse typer af opgaver kan, som lovgivningen er i dag, kun foregå i forhold til rammedelegation på den enkelte patient. 9K foreslår, at muligheden for at lave rammedelegationer – til den enkelte patient og til en defineret patientgruppe – til kommunerne udvides i takt med, at opgaver og kompetencer stiger i kommunerne.

Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved også blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemte typer af behandling.

9K bemærker, at det beskrives, at akutfunktionen skal tage kapillær blodprøver, mens også udstyr til venøs blodprøvetagning er oplistet. Skal det dermed forstås, at der også skal kunne tages venøse blodprøver? I bekræftende fald bør dette indskrives.

Det står beskrevet i standarden, at der skal foretages observation og måling af vitale parametre (efter ABCDE-princippet) ved behov, og at der skal kunne foretages en opfølgende sygeplejefaglig vurdering med interval på tre timer.

Det er 9Ks holdning, at hyppigheden af en sygeplejefaglig opfølgning ligger inden for sygeplejens genstandsfelt, og som sådan påhviler den enkelte sygeplejerske at vurdere. At sætte et standardkrav for opfølgning med et fast tidsinterval er en unødvendig indgriben i kommunalbestyrelsens ansvar for så vidt angår tilvejebringelsen af akutfunktioner.

5. Kompetencer og uddannelse

9K er ikke enige i, at social- og sundhedsassistenter skal indgå i kommunale akutfunktioner.

Social- og sundhedsassistenter uddannes til at kunne *identificere problemstillinger, der kobler sig til grundlæggende sygepleje. I og med at der stilles krav til sygeplejersker i akutfunktionen, der adskiller sig fra den almindelige hjemmesygeplejerskes, har 9K vanskeligt ved at se, hvordan social- og sundhedsassistenter kan indgå i funktionen. Det er 9Ks vurdering, at den (helheds)pleje, der skal ydes til patienter, der for en kortere periode visiteres til akutfunktionen, bør leveres af kompetente sygeplejersker. Såfremt der er behov for et samarbejde med social- og sundhedsassistenter vil de være til rådighed fra den kommunale hjemmepleje, som akutfunktionen i forvejen vil have et tæt samarbejde med (side 21).*

Med henblik på at sikre den tværsektorielle tillid og tryghed til de kommunale akutfunktioner, er det nødvendigt at præcisere, hvad minimum to års relevant erfaring er samt nødvendigheden af at fastholde den kliniske erfaring også for de kommuner med en begrænset volumen.

6. Kvalitetssikring af akutfunktionernes indsats

9K er som udgangspunkt enige i, at indsatser i de kommunale akutfunktioner skal kvalitetssikres og monitoreres. Det bør imidlertid ske på et niveau, der kan imødekommes af de metoder til dokumentation, som kommunerne forpligtes på gennem FSIII. Den indhentede kommunale data bør i samordningsregi kobles til modsvarende data fra sygehusene.

I dag har kommunerne ikke mulighed for at indhente data på cpr-nummer niveau til registrering og monitorering fra samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet. Det anses ikke som et rimeligt krav at stille, og 9K forudser en væsentlig opgave forbundet med at levere data på de opstillede indikatorer (side 24).

7. Ansvar og samarbejde mellem sektorer

Det fremgår af side 26, "at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis".

9K bemærker, at den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant, at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

Det er en forudsætning for at løfte akutopgaven, at anbefalinger for så vidt angår de henvisende lægers opgaver og behandlingsansvar, stilles som krav. De praktiserende læger er nødvendige og uvurderlige samarbejdspartnere. De praktiserende læger må forpligtes på de opgaver, der er skitseret, som deres ansvar (side 26). Ved alene at beskrive dem som anbefalinger, udfordres kommunerne i forhold til at kunne honorere de standarder, der forventes. Kommunerne skal levere en ensartet standard på akutområdet, og tilsvarende skal kommunerne kunne forvente en ensartet tilgang til samarbejdet på akut-området fra deres samarbejdspartnere.

9K foreslår, at det tydeliggøres under ansvar og samarbejde, at den praktiserende læge også kan ordinere fx iv-væskebehandling til de patienter, der af akutfunktionen findes dehydrerede (side 26).

Hvad angår henvisning til akutfunktionen bør det tydeliggøres, hvordan behandlings- og udredningsplanen tilgår akutfunktionen. Det står beskrevet, at den sendes med epikrisen. Kommunerne modtager i dag ikke epikriser. 9K er naturligvis enige i, at epikrisen skal sendes på henvisningstidspunktet, og at dette må kunne muliggøres gennem MedCom-standarderne (side 27).

9K undrer sig over, at det anbefales, at der laves lokale samarbejdsaftaler/underliggende aftaler mellem region og kommune om indholdet for henvisningen. Kommunerne er også her bekymrede for, at sygehusene kommer til at stå med for mange forskellige lokalaftaler, de skal forholde sig til, hvilket truer ønsket om ensartethed (side 27). For at reducere risikoen for uensartethed på tværs af kommuner foreslås det indskrevet, at lokalaftaler ikke skal ske med den enkelte kommune men med de kommuner, der er organiseret i et planområde, og at de lokale aftaler formuleres i regi af samordningsudvalgene.

Som kommuner i Region Hovedstaden ønsker 9K en præcisering af, hvordan overdragelse vil foregå fra 1813, såfremt 1813 initialt er behandlingsansvarlig (side 28).

Hvad angår den ordinerende læges ansvar i forhold til FMK, ønsker 9K, at det stilles som krav, at FMK altid er ajourført ved henvisning, for at de kommunale akutfunktioner kan modtage patienten (side 30).

Endeligt er det 9Ks vurdering, at såfremt kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis, så er det af helt afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne, for så vidt angår beskrivelsen af behandlingsansvaret omkring den enkelte patient.

HØRINGSSVAR ANGÅENDE KVALITETSSTANDARDE FOR KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER

Indledning

Ærø Kommune har med interesse læst Sundhedsstyrelsens høringsudkast. Ærø Kommune anser det for værende positivt, at der beskrives anbefalinger til styrkelse af de kommunale akutfunktioner. Således finder Ærø kommune tænkningen om smidige og sammenhængende borgerforløb på tværs af sektorerne, hvor der ydes akutte sygeplejefaglige indsatser i borgerens eget hjem der kan forhøje borgerens livskvalitet og mindske risikoen for indlæggelser- eller genindlæggelser, positive.

Ærø Kommunes forslag til ændringer

Afsnit 1.2, side 6, andet afsnit sidste sætning:

Tilføjes tværfaglige efter relevante og før samarbejdsfora. På den måde bliver det præciseret, at det er det tværfaglige samarbejde der hentydes til.

Kapitel 2 under Kompetencer og uddannelse + kapitel 6 under Krav til kompetencer og uddannelse:

Andet punkt foreslås ændret til: har relevant klinisk erfaring – Ærø kommune mener, at man bør lempe de specifikke krav til antal års relevante erhvervs erfaring, da det kan være svært for mindre kommuner at overholde disse specifikke og overordnede krav. Samtidig anser vi, at sygeplejersker godt kan have tilstrækkelig - og relevant erfaring til at kunne varetage akutfunktionen, før de to år. Sygeplejersker i Ærø Kommune varetager allerede nu og med stor sikkerhed de oplyste indsatser.

Det foreslås at Sundhedsstyrelsen udbyder et kursusforløb til sygeplejersker med mindre end 2 års relevant, klinisk erfaring. Dette forløb skal sygeplejerskerne kunne gennemføre sideløbende med at de varetager opgaver i akutfunktionen. På den måde kan Sundhedsstyrelsen kvalitetssikre, at alle kommuner har medarbejdere med relevante kompetencer indenfor de specifikke områder der kræves i akutfunktionen.

Kapitel 2, side 10 under ansvar og samarbejde:

Femte punkt, tredje sætning: ændre "mundtlig" til "skriftlig". En skriftlig aftale er altid mere bindende end en mundtlig. Således kan parterne altid gå tilbage og se hvad der er blevet aftalt og hvem der har det overordnede ansvar for borgeren.

Syvende punkt s. 11: ændre sætning til: "at den kommunale akutfunktion sender en skriftlig tilbagemelding til patientens praktiserende læge, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes." Ærø kommune finder, at der i en kvalitetsstandard bør være præciseret hvordan en tilbagemelding bør gives, således at alle følger de samme anbefalinger.



Afsnit 8.1 kvalitetssikring og monitorering punkt 5:

Tilføj " eller ændring i sygdomstilstand" efter "herunder dødsfald"

Kapitel 9 Ansvar og samarbejde mellem sektorer:

Punkt 5: "mundtlig" ændres til skriftlig henvisning"

Punkt 7: "giver" ændres til "melder skrifteligt tilbage til"
Og "besked" slettes efter læge

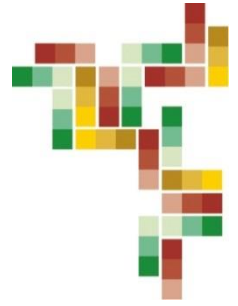
Generelt:

Når borgeren skal behandles i eget hjem bør der vælges behandlingsmetoder, som skaber størst mulige patientsikkerhed.

Ærø kommune foreslår at der i stedet for lokale instrukser udarbejdes nationale evidensbaserede procedurer for alle opgaver. Dette vil medføre større kvalitet og ensartethed i akuttilbuddene.

Ærø kommune anser det som anbefalelsesværdigt, hvis der skrives noget omkring patienternes handlingsplaner, og hvorledes personalet dokumenterer i disse.

Ærø kommune finder, at hver gang der står "i regi af" kan dette med fordel ændres til "jævnfør", da det giver en bedre læsevenlighed. Generelt kan høringsudkastet flere steder strammes op sprogligt således at kvalitetsstandarder fremstår klar og målrettet.



Høringsvar fra arbejdsgruppen vedr. forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelse til Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen"

Region Hovedstadens arbejde med sundhedsaftalerne 2015-2018 er organiseret i en række arbejdsgrupper, hvor en af de nedsatte arbejdsgrupper arbejder med forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelse. Arbejdsgruppen vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser har fået til opgave at afdække området for samarbejdet mellem den behandlingsansvarlige læge og de kommunale medarbejdere, samt udarbejde en ramme for aftaler for det fremtidige samarbejde omkring fordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar på tværs af sektorerne.

I den forbindelse er Sundhedsstyrelsens kommende udgivelse relevant for den fremtidige organisering på området, hvorfor arbejdsgruppen vedr. forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelse har valgt at afgive høringsvar på udgivelsen "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

I arbejdsgruppen er almen praksis, hospitaler og kommuner repræsenteret og gruppen genkender i høringsmaterialet mange af ønskerne til det fremtidige arbejde i de kommunale akutfunktioner. Herudover finder arbejdsgruppen at høringsmaterialet er velskrevet og let at forstå. Arbejdsgruppen har i arbejdet med emnet konstateret to væsentlige udfordringer, der kan besværliggøre anvendelsen af kvalitetsstandarderne i praksis.

1) Delt behandlingsansvar mellem almen praksis og hospitalslæger

I forhold til rammedelegation til den enkelte patient kan arbejdsgruppen konstatere, at der ikke umiddelbart kan opnås enighed om behandlingsansvaret i relation til IV-behandling.

Her finder arbejdsgruppen, at både kommuner og hospitaler bliver udfordret af, at almen praksis ikke synes, at være enig i bekræftelsen af et delt behandlingsansvar omkring patienten, som det anbefales af Sundhedsstyrelsen; *"ansvaret for den intravenøse behandling forbliver hos lægerne på sygehuset også efter udskrivelsen, mens den praktiserende læge overtager det samlede behandlingsansvar"* jf. (Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, 2014 Sundhedsstyrelsen" punkt 4.4 side 17) og *"Det anbefales, at behandlingsansvaret så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra sygehuslæge til patientens praktiserende læge, såfremt patientens læge ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient"* jf. (Kvalitetsstandarder for kommunal akutfunktioner i hjemmesygeplejen, punkt 9.3 - høringsudkast).

Herudover beskrives der i høringsudkastet, at der skal indgås lokale aftaler, der beskriver de præcise ansvarsforhold, hvilket netop har været en udfordring for arbejdsgruppen. De kommende kvalitetsstandarder kan derved også blive udfordret på dette punkt.

Det er af helt afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar, hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis. Det kan overvejes, om der kan tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.

2) Manglende lovhjemmel

I forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter er det en udfordring for ønskerne om at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, at der på nuværende tidspunkt er begrænset muligheder 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*" punkt 2.2.2 udelukkende må udføre opgaver i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygeplejen. Det vil sige, at der f.eks. godt kan laves aftale omkring blodsuktermåling, men ikke om f.eks. genanlæggelse af en sonde eller kateteranlæggelse/skift, idet dette er en behandling og ikke en undersøgelse. Disse typer af opgaver kan, som lovgivningen er i dag, kun foregå i forhold til rammedelegation på den enkelte patient.

Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved også blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemt typer af behandling, eller også kan kvalitetsstandarderne præciseres på dette punkt.

Med venlig hilsen

Formandskabet i Arbejdsgruppen vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser i regi af sundhedsaftale 2015-2018 i Region Hovedstaden

Kirsten Breindal
Vicedirektør, Amager og Hvidovre Hospital

Lone Teglbjærg
Kvalitets- og udviklingschef, Gribskov Kommune



21. december 2016

DASAMS takker for muligheden for at kommentere på den udsendte høringsversion af *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner*.

Det er væsentligt at der udarbejdes bindende retningslinjer for de kommunale akutfunktioner. Indtil nu har kvaliteten af den kommunale opgaveløsning af akutopgaverne været meget varierende fra kommune til kommune. Variationerne drejer sig både om omfanget af, hvilke plejetilbud der er til borgerne og på hvilket kvalitetsniveau de ydes. Primært er det svage borgere, der skal gøre brug af kommunernes akuttilbud og det er væsentligt at de kan få det samme tilbud på samme kvalitetsniveau, uagtet hvor i landet de bor. I mange år har der været udarbejdet og arbejdet med kvalitetsstandarder i sygehusvæsenet og det er essentielt at kommunerne bliver en reel del af dette arbejde, nu hvor de udfører flere og flere arbejdsopgaver.

DASAMS mener det skal pointeres i standarden, at udgangspunkt altid skal være hensynet til patientens ønsker og behov. Det må således aldrig blive en ordning, som er en konsekvens af for høje indlæggelsestærskler eller kapacitetsproblemer på hospitalet. Den kommunale indsats skal stadig fungere som komplementær til hospitalernes tilbud.

Nedlæggelse af lokale sygehuse de sidste 20 år var bl.a. begrundet i at de ikke var i stand til at opretholde og udvikle en nutidig akutfunktion af tilstrækkelig høj faglig kvalitet. Det er derfor yderst vigtigt at kommunale akuttilbud ikke bliver erstatning for disse, blot af endnu dårligere kvalitet og bemanning, men bliver noget nyt, som supplerer det specialiserede hospitalstilbud.

DASAMS har følgende konkrete bemærkninger til standarderne:

Ad 1.1 Formål

Overordnet vil DASAMS foreslå at det præciseres, hvilken status standarden har. Det er uklart, om der er tale om en form for bindende forskrift. Standarden anvender både begreberne krav og anbefalinger, og det er uklart, om der kan blive tale om sanktioner for de kommuner, der ikke overholder standarden.

Ad 1.3

I forlængelse af kommentaren til 1.1 bør det præciseres, hvordan forholdet til bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje er. Er der tale om et supplement, eller



en præcisering, eller noget helt andet?

Ad 4 Målgruppe

DASAMS er enig i, at det er en lægelig vurdering om patienten kan varetages på en akutplads eller fx skal indlægges, men vil foreslå at det i opremsningen gøres klart at når der nævnes ”praktiserende læge, vagtlæge og 1813”, så menes der læge på 1813.

DASAMS mener det skal præciseres yderligere, hvilken kategori af patienter, der kan behandles i den kommunale akuttjeneste. Det fremgår nu, at den kommunale akutfunktion kan modtages patienter med akut opstået sygdom og med forværring i kronisk sygdom. DASAMS mener ikke, at det er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at modtage akut dårlige patienter, der ikke er udredt, i den kommunale akutfunktion. En udredning af sådanne patienter hører til på hospital. Såfremt det ikke det der menes, bør formuleringen præciseres.

Ligeledes skal det præciseres hvad der menes med at den kommunale akutfunktion også kan omfatte børn. Her foreslår DASAMS, at det præciseres at der er tale om udredte og velbehandlede børn, der har et specifikt komplekst pasnings eller plejebenhov i hjemmet og at henvisning altid udgår fra sygehusafdeling /pædiatrisk afdeling.

Igen mener DASAMS at det skal præciseres at visitation til det kommunale akuttilbud aldrig må være begrundet i kapacitetsproblemer på hospitalet, men fordi den behandlende læge vurderer, at patienten bedst varetages i en kommunal akutfunktion.

Som udgangspunkt er det fint at påpege uoverensstemmelser mellem den måde akutbegrebet anvendes i kommunal og regional sammenhæng – dette bør dog udvides således at forskelle præciseres. Samme sprogbrug med forskellig betydning risikerer at give forvirring, usikkerhed og komplikationer og det bør undgås.

Ad 5 Opgaver i akutfunktionen

På side 18 øverst fremgår, ”Det er endvidere et krav, at der foreligger lokale instrukser for alle opgaver i akutfunktionen” det bør i forbindelse med denne sætning beskrives, hvem der har ansvaret for det.

Ad 6. Personale

I boksen står, ”autoriseret sygeplejerske og have gennemført sygeplejerskeuddannelsen”. Det fremstår som om, man kan opnå autorisation som sygeplejerske el. Sosu-assistent uden at være uddannet som sådan. Rækkefølgen i sætningen bør vel ombyttes så uddannelse



fremstår som forudsætning for autorisation.

Under pkt. 6.3 står ”justere behandlingen.... Indenfor et begrænset område”. Det er uklart hvad der menes her – er der tale om at ændre på en lægelig ordination eller er der tale om udførelse af en rammedelegation?

Det bør nævnes, hvem der har ansvaret for funktionsbeskrivelser og instrukser. Skal de overordnet ansvarlige fx have sundhedsfaglige kompetencer?

I pkt. 6.5 foreslår DASAMS, at det beskrives, hvordan den kontinuerlige rådgivning fra læger skal foregå.

Ad 7. Udstyr og medicin i akutfunktionen

DASAMS foreslår, at Sundhedsstyrelsen overvejer, hvordan sondenedlæggelse på akutfunktionen spiller sammen med de krav, der er i Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med perorale fødesonder.

Ad 8. Kvalitetssikring og monitorering

DASAMS er helt enig i at der skal opstilles krav om kvalitetsopfølgning i de kommunale akutfunktioner. Afsnittet i standarden er meget ukonkret og savner en eller anden form for operationalisering af krav. Der er alt for stor risiko for, at det kun bliver en hensigtserklæring. I dag har kommunerne en meget forskellig tilgang til kvalitetsarbejdet og med en meget vag formulering i dette afsnit, vil det problem fortsætte. En årlig journalaudit er efter selskabets opfattelse ikke en tilstrækkelig kvalitetsopfølgning. Sundhedsstyrelsen bør sætte mere præcise krav. I sidste ende drejer det sig om, at der er gennemsigtighed for borgerne, så de ved, hvordan det tilbud der er i deres kommune fungerer.

DASAMS vil konkret foreslå at listen under 8.1 som minimum også medtager, hvem der henviser, hvorfor de henviser og borgernes køn og alder.

Punkt 9.4 Ansvar og samarbejde mellem sektorer

DASAMS synes det er en rigtig god præcisering, at der skal ligge en behandlingsplan ved henvisning til kommunen. Generelt er det der er beskrevet i overensstemmelse med bekendtgørelse og vejledning om medhjælp. Dog har DASAMS et enkelt forslag til rettelse. Der står under *kontaktoplysninger (navn og telefonnummer) til den behandlingsansvarlige læge. Ved henvisning fra sygehuslæge kan kontaktoplysningerne med fordel være på funktionsniveau, det vil sige telefonnummer på afdelingens vagthavende (bagvagt), da vagtskifte vil vanskelig- gøre én behandlingsansvarlig læge. Jf. autorisationsloven er det en konkret læge der delegerer en forbeholdt virksomhed. Derfor kan det ikke være et ”vagtlag”*



som er ansvarlig for den konkrete delegation, men altid en navngiven læge. Ovenstående formulering kan meget nemt misforstås og det foreslås at der tilføjes en opklarende sætning.

Sluttelig finder DASAMAS at i lyset af hvor nyt området er, er det væsentligt at standarden evalueres grundigt og en eventuel opfølgingsplan/revision fremgår af standarden.

Med venlig hilsen

Marie Brasholt
Overlæge, formand



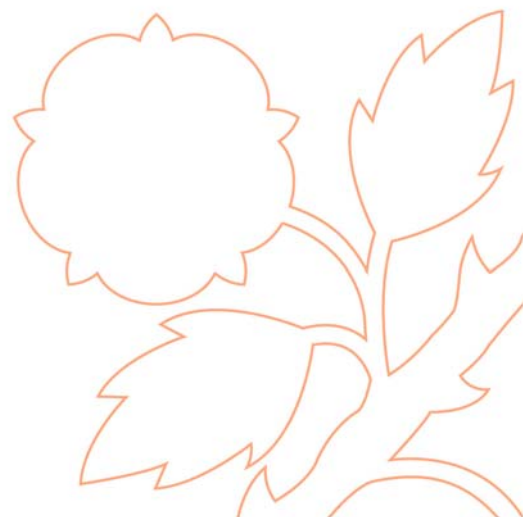
Administrativt hørings svar til ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner”.

Langeland Kommune har med interesse læst Sundhedsstyrelsens høringsudkast, og anser det for positivt at der lægges op til en harmonisering af de akutte tilbud, som kommunerne tilbyder, og en deraf følgende harmonisering mht. hvilke patienter, som sygehusene udskriver til de kommunale akutte tilbud.

Langeland Kommune har samtidig et fokus på, at borgerne bør have samme og lige adgang til sundhedsydelse. Da kvalitetsstandarden er indskrevet i indsatserne for Den Ældre Medicinske Patient og målgruppen er bredt defineret uden præcise inklusions-/eksklusionskriterier, bør der være en særlig opmærksomhed på – også i evalueringen – om borgere, som repræsenterer disse pleje- og behandlingsbehov har samme adgang til sundhedsydelser (og sygehusindlæggelser) uanset hvilket år, de er født.

Den lige adgang til Sundhedsydelser giver anledning til overvejelser om kvalitetsstandardens anbefalinger af monitoreringsmetoder. Hvordan kan det sikres at tolkningen af måleresultaterne på disse ofte multisyge patienter foretages af læger på et tilstrækkeligt specialiseret behandlingsniveau? Hvis iværksættelse/seponering af undersøgelse og behandling sker på et mindre specialiseret lægefagligt niveau, kan der i Langeland Kommune være bekymring for, at det resulterer i et unødigt ressourceforbrug på det samlede patientforløb, og at indsatsen dermed ikke bliver omkostningseffektiv.

I Langeland Kommune er der enighed med kvalitetsstandardens udsagn, ”at indsatsen kan varetages tæt på borgerens hverdagsliv og lokalmiljø”. Og i Langeland Kommune opfattes ”borgerens eget hjem”, som den ultimative model af borgerens ”hverdagsliv og lokalmiljø”. Derfor er det overordnede princip, at borgerens mulighed for at vælge at opholde sig i eget hjem skal tilgodeses under enhver sygeplejefaglig indsats, såfremt det kan forsvares fagligt.





Langeland Kommune har med Sundhedsaftalerne 2015-18 tilkendegivet, at borgeren skal i centrum, og mener dermed at det er borgerens valg først og dernæst den faglige kvalitet, som er afgørende for om borgeren skal være i eget hjem eller i et kommunalt akut afsnit. Men Langeland Kommune ønsker at påpege, at muligheden for at yde akutte indsatser i eget hjem kan øge kapaciteten til at indfri intentionerne om at forebygge sygehusindlæggelser og hjemtage færdigbehandlede patienter.

Med henblik på at indfri borgeres ønsker om akut behandling i eget hjem, gøres der fra Langeland Kommune opmærksom på, at der bør vælges behandlingsmetoder, som skaber det størst mulige patientsikkerhed.

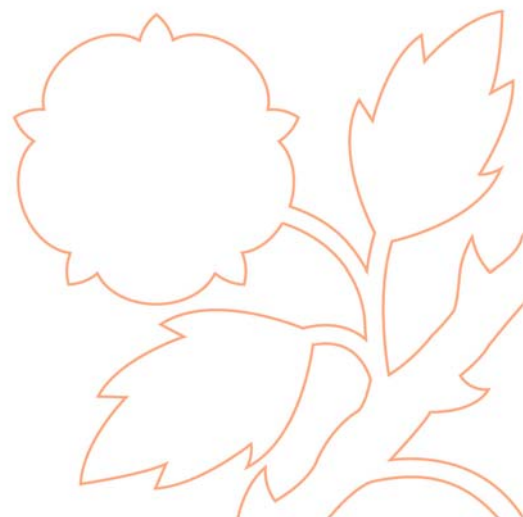
En konsekvens af dette er, at det fra Langeland Kommunes side anbefales, at central IV behandling til enhver til foretrækkes fremfor perifer IV (Venflon).

Under indsatser er nævnt, at:

- Der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering med intervaller på 3 timer. I denne sammenhæng er der behov for at præcisere, at denne ydelse bør modsvares af en tilgængelig og samtidig vurdering fra den lægefaglige behandlingsansvarlige.
- Sug af luftveje bør afgrænses til svælgsugning, da trachealsugning traditionelt har været opfattet som en indsats, som kræver let tilgængelig lægelig assistance.
- Genanlæggelse af sonder bør på tilsvarende vis præciseres. Menes der anlæggelse af nasalsonde? Denne indsats kontrolleres i sygehus regi af en røntgenkontrol, som ikke vil være mulig i en kommunal akut funktion.

Langeland Kommune mener, at en harmonisering af kommunernes akutte tilbud bør følges af en harmonisering af procedurer. Derfor virker det meningsfuldt, at kravet om, at der skal foreligge lokale instrukser for alle opgaver i akutfunktionen, bør erstattes af nationale evidensbaserede procedurer for alle opgaver. Konsekvensen af dette vil, udover større kvalitet og ensartethed i de kommunale akutte tilbud på landsplan, give en stordrift fordel, som begrænser den (ikke bagatelagtige) ressource, som medgår til at udarbejde lokale instrukser.

Det skal i øvrigt bemærkes, at hovedparten af de i afsnit 5 "Krav til indsatser" oplyste indsatser, allerede er kendte opgaver og udføres med stor sikkerhed hos alvorligt syge borgere med multisygdom. Kun en mindre andel af indsatserne, er ikke i drift, men betragtes som let tilgængelige med kompetenceudvikling af det nuværende hjemmesygeplejerske-korps.





Det faktum, at mange af de nævnte indsatser allerede er i drift, giver anledning til at overvejelser om kvalitetsstandardernes afsnit om "Kompetencer og uddannelse".

Langeland Kommune anser det for særdeles vigtigt, at hjemmesygeplejersken har tilegnet sig specialiserede erfaringer i sygepleje i eget hjem, for at kunne håndtere den kreativitet, som det oftest kræver, at få akutte tilbud til at fungere i eget hjem.

Tilsvarende er det ikke Langeland Kommunes erfaring, at det er en forudsætning for at arbejde med akutte opgaver, at sygeplejersken skal have sin kliniske erfaring så stærkt forankret i FAM og andre kliniske sygehusafdelinger.

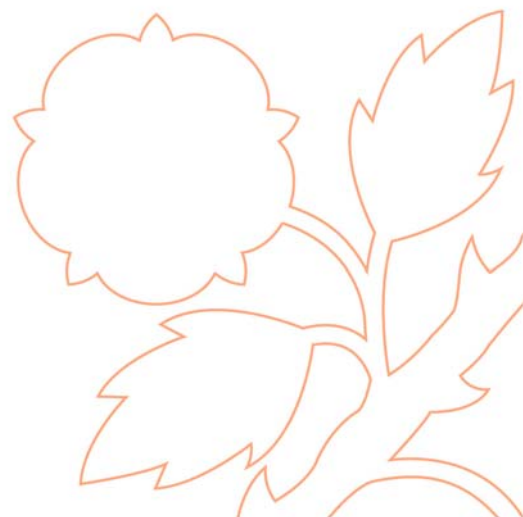
Langeland kommune tænker, at hvis der skal opnås ensartede faglige niveauer i de kommunale akutfunktioner på landsplan, vil det være en forudsætning, at der er indgået enslydende aftaler med de lægefaglige organisationer på landsplan. Det vil derfor være Langeland Kommunes anbefaling, at nationale aftaler indgås før der indgås underliggende regionale aftaler i Sundhedsaftale regi.

I denne forbindelse anbefaler Langeland Kommune, at aftalerne indarbejder en økonomisk incitament struktur, som svarer til ansvar og kompetence. Dermed menes at alle opgaver, som forudsætter en lægefaglig ordination, også efterfølges af et økonomisk ansvar for opgaven.

- Skal der f.eks. tages venøse blodprøver, håndteres denne opgave mht. utensilier, blodprøvetagning, blodprøvetransport og laboratorieanalyse i den sektor, hvori den behandlingsansvarlige læge er forankret.
- Er patienten i risiko for at udvikle decubitus, har kommunen kompetencen til at iværksætte handlinger og hjælpemidler, og således også ansvaret for at yde.
- Skal patienten behandles med en forstøver, er dette et sygehusforbeholdt individuelt behandlingsredskab. Derfor leverer sygehuset udstyret til den enkelte patient, og kommunen varetager opgaverne med pasning af patient og udstyr.

I høringsbrevet gøres rede for, at kommunerne fra 2018 skal leve op til kvalitetsstandarderne for de kommunale akutfunktioner.

Langeland Kommune anbefaler, at der udvikles indikatorer som:





- kan monitorere de samlede behandlingsforløb. Dette begrundes i, at Langeland Kommune opfatter de kommunale akutte tilbud, som tilbud, der ydes under forudsætning af et gensidigt samarbejde mellem mindst to (kommune - almen praksis/kommune), formentligt oftest tre sektorer (kommune – almen praksis – regionalt sygehus).
- kan måle både kompleksiteten og det øgede ressourcetræk affødt af omfanget af opgaveoverdragelsen, som bliver en konsekvens af denne kvalitetsstandard.

Konkrete anbefalinger:

Kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner gennemarbejdes ud fra perspektiverne

Lige adgang til sundhedsydelser – også uanset alder

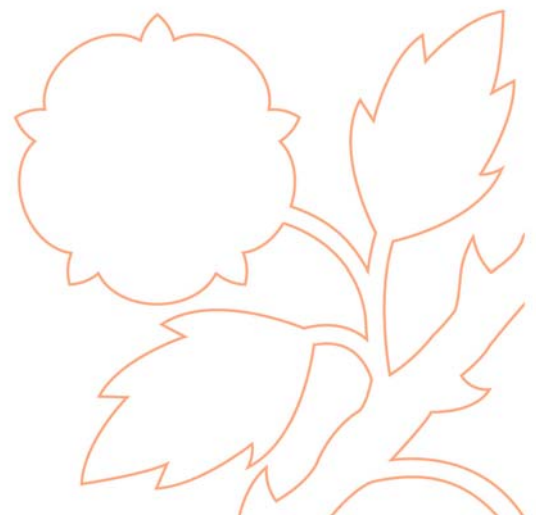
- at der udvikles præcise inklusions- eksklusionskriterier for hvilke borgere, som bør behandles i sygehusregi og hvilke, som kan håndteres i de kommunale akutte funktioner

Patientsikkerhed

- tilgængeligheden til det tilstrækkelige lægefaglige behandlingsniveau både for borgere og medarbejdere
- Anvendelse af de mest sikre behandlingsmetoder

Mie Pedersen
Direktør
Social og Sundhed

Marianne Nystrøm Larsen
Chef
Ældre og Sundhed



København den 22. december 2016

Høringssvar fra DASYS vedr. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har sendt høringsanmodningen til vores medlemmer og har modtaget svar fra medlemmerne i FS for Diabetessygeplejersker, FS for Ledende sygeplejersker, FS for Geriatrike sygeplejersker, FS for Kardiologiske og Thoraxkirurgiske sygeplejersker, FS for Kræftsygeplejersker og FS for Nefrologiske sygeplejersker. DASYS har sammenskrevet kommentarerne.

Generelt indtryk

Kvalitetsstandarderne på dette område hilses velkommen, det er yderst relevant at få beskrevet, hvad der kan forventes af en kommunal akutfunktion, og vi er sikre på, at det vil bidrage til smidigere opgaveløsning i snitfladen mellem sektorerne. Dermed kan forventes en mere ensartet etablering af akutfunktionerne i kommunerne.

Kvalitetsstandarderne er klare og tydelige, og umiddelbart er det positivt, at der bliver opstillet standarder for kommunernes akutfunktioner, så det er beskrevet, hvad de skal kunne honorere, og hvordan sammenhængen er til det øvrige sundhedsvæsen. Her kunne standarden suppleres med et lidt større fokus på tværfagligt samarbejde mellem fx diætister, socialrådgivere og palliative teams.

Behandlingsansvar

Det er relevante opgaver, og det vil bidrage til en klarere aftale om opgaveløsning for borgere med akutte opståede kliniske problemstillinger, der fordrer en hurtig indsats, og hvor hospitalsindlæggelse kan være alternativet.

Det er også beskrevet, hvordan der kan henvises, og hvem der har behandlingsansvaret. Der er lagt vægt på at behandlingsansvaret enten påhviler praktiserende læge, vagtlægen eller den sygehuslæge, der har initieret en specialbehandling. I Region Hovedstaden er lægevagten ikke en del af almen praksis, og dermed kan behandlingsansvaret for den enkelte patient i den akutte situation være overgået til Akuttefonen 1813. Der kan derfor være behov for en præcisering af, hvilken instans der kan henvises til aften, nat og weekend og hvor behandlingsansvaret bliver præciseret.

Kommunerne peger på at det er et godt tiltag at få taget hul på drøftelsen om behandlingsansvaret, og den enkelte kommune må med udgangspunkt i disse standarder søge at præcisere ansvaret tydeligt i egen kommune. Behandlingsansvaret håndteres forskelligt fra region til region, og der kan derfor være behov for en præcisering af, at der bør indgås aftale med kommunen og den funktion, der varetager den akutte lægevagt i regionerne, så der er klare aftaler for, hvad der kan henvises til aften, nat og weekend og hvor behandlingsansvaret bliver præciseret.

I dette aftalegrundlag skal endvidere indgå, hvorledes den enkelte kommune kan bidrage til løsning af de i retningslinje beskrevne opgaver på plejehjem og rehabiliteringssteder, og i hvilket omfang den akutte lægevagtsfunktion kan henvise til akutfunktionen og med hvilket varsel.

Kompetencer

Der peges på, at det fortsat er vanskeligt at skabe klare retningslinjer for, hvornår henholdsvis assistenters og sygeplejerskers kompetencer skal anvendes i den akutte opgaveløsning. Derfor er det godt, at det præciseres, at det er et ledelsesansvar at få beskrevet dette i instrukser mv.

Relevant erhvervserfaring på hospitaler for social- og sundhedsassistenter kan i stigende grad være svært at imødekomme, da der er færre stillinger til social- og sundhedsassistenterne på hospitalerne. Derfor bør det også være en ledelsesmæssig vurdering, hvorvidt den pågældende kan løse opgaven med de foreliggende

kompetencer. Social- og sundhedsassistenter kan naturligvis fortsat varetage en § 83 indsats hjemmet, men social- og sundhedsassistenterne kan ikke i deres uddannelse eller ved ansættelser opnå de færdigheder, der skal til at udrede, pleje og behandle denne gruppe borgere. Derfor er afsnit 6.4.1 ikke relevant.

Den største bekymring er dog fortsat muligheden for at rekruttere tilstrækkelige kompetencer til at løse opgaven, og der er tvivl om, hvordan det udmøntes. Der ønskes 3-5 års klinisk erfaring for personale, der skal ansættes i akutteams, erfaringen bør omdannes til kompetencer – hvilke kompetencer ønskes? Og hvem skal sikre sig denne løbende uddannelse. Yderligere bør der foreligge en definition af komplekse og stabile forløb i forhold til opgaveoverdragelse mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter mhp. klar ansvarsfordeling – kan patienter/borgere med behov for hjælp fra akutteams være i stabile forløb? Der bør sikres, at kompetenceprofilerne her er meget skarpe.

Kliniske områder

De beskrevne kliniske funktioner er for de flestes vedkommende relevante, men der sker alligevel en bevægelse, idet det forventes at Akutfunktionen skal indeholde blodprøvetagning. Det bør understreges at blodprøvetagning kan være relevant for så vidt at de kobles sammen med akut situation, der også kræver i faglig vurdering af en sygeplejerske med henblik på den kliniske vurdering og fokus på behandling. Det er ikke helt klart, hvorvidt teamet må tage venøse blodprøver eller ej, og det hænger ikke helt sammen med, at der ønskes udstyr til netop venøs blodprøvetagning. I øvrige tilfælde foreligger der allerede aftaler om blodprøvetagning i hjemmet via praktiserende læger og laboratorierne.

Med henblik på at der skal kunne foretages en opfølgende sygeplejefaglig vurdering indenfor et interval på 3 timer, så er dette en vurdering, der bør ligge inden for den sygeplejens genstandsfelt, med mindre den ansvarlige læge vurderer anderledes. Et standard krav, med et tilsyn på fastsat tidsenhed, er en unødvendig indgriben.

Visitation

Der stilles spørgsmålstejn ved hensigtsmæssigheden i at praktiserende læger kan indlægge direkte på akutpladser. Det anbefales fortsat at ske via kommunernes akutteam og visitation i samarbejde med praktiserende læge, som det foregår allerede nu. Dette sikrer at akutpladserne ikke anvendes til alt for syge akutte patienter, der reelt har behov for en egentlig indlæggelse og deraf følgende lægefaglig behandling.

Bemærkninger til høringsmateriale i øvrigt

Der er lagt op til at udarbejde nye instrukser – spørgsmålet er, hvem der har til opgave at udarbejde dem samt sikre kvalitetssikringen af selve indsatsen. Det samme kan nævnes omkring udarbejdelse af samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner – hvem er ansvarlig for det? Telemedicin er ikke nævnt i udkastet. Der vil sandsynligvis blive et øget behov for at afklare akutfunktionens rolle i forhold til telemedicinske tiltag. Endelig er det væsentligt, at der sikres kvalitet og opfølgning i forhold til implementeringen af standarden, samt hvordan standarden justeres i forhold til udviklingen på området.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS,

Pernille Olsbro
Bestyrelsesmedlem

Sundhedsstyrelsen, Planlægning
jkr@sst.dk

22. december 2016 · ms

Vedr.: Høring: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Ældre Sagen takker for invitation til høring og har følgende kommentarer.

Vi kan støtte, at Sundhedsstyrelsen som led i handlingsplan for ældre medicinske patienter, vil opstille krav og formulere anbefalinger til de kommunale akutfunktioner for at sikre ensartet og høj kvalitet i akutfunktioner på tværs af landet

Vi kan støtte, at Sundhedsstyrelsens udkast til kvalitetsstandarder ikke blot hviler på et lovgrundlag, men også på et værdigrundlag af værdighed, og patient- og pårørendeinddragelse. Det vigtige er, at disse værdier også i praksis afspejles for den enkelte patient.

Vi forstår, at Sundhedsstyrelsens udkast til krav og anbefalinger er formuleret på baggrund af ønsket om at bidrage til at forebygge og afkorte indlæggelser på sygehus.

Vi er i Ældre Sagen positive overfor forebyggelse, men har også en del overvejelser i forhold til, at denne strukturelle ændring i sundhedsvæsenet, kræver en tilpasning og udvikling generelt, der rækker udover kvalitetsstandarder til selve akutfunktionen.

Målgruppen

Vi finder, at det ikke er helt klart fremgår, hvem der er i målgruppen for akutfunktionen – og påskønner derfor, at der i udkastet anføres, at akutfunktionen ikke kan erstatte en indlæggelse, hvis der er behov for dette.

Vi finder det derfor vigtigt, at det fremhæves i selve kvalitetskravene til målgruppen (side 14), at for patienter med akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom, skal det bero på en lægefaglig vurdering af den enkelte patient, hvorvidt patienten skal indlægges eller har bedre af et tilbud i akutfunktionen. Endvidere bør det fremhæves under krav (side 14), at patienter i en akutfunktion har (eller skal have) en udrednings- og/eller behandlingsplan.

Krav til samarbejde.

Helt overordnet mener vi, at Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder til akutfunktioner i kommuner, også skal omfatte krav til samarbejdet med læger, enten fra hospital eller almen praksis, herunder vagtlæger.

Vi opfordrer derfor til, at det ikke kun formuleres som en anbefaling om samarbejde . Hvis ikke der stilles krav til samarbejde mellem akutfunktion og læger, risikerer man at blæstemple akutfunktionen i hjemmesygeplejen som en isoleret ø i sundhedsvæsenet .

Vi finder det endvidere vigtigt for patientsikkerheden, at patienter i akutfunktionen har en klar og tydeligt defineret behandlingsansvarlig læge.

Vi påskønner derfor, at der i udkastet er lagt op til, at overdragelse af behandlingsansvar fra hospitalslæge til alment praktiserende læge skal ske mundtligt udover den skriftlige formidling. Og vi mener, at det skal være et krav og ikke blot en anbefaling.

Som vi læser udkastet, er der endvidere lagt op til delt behandlingsansvar mellem hospitalslæge og almen praksislæge, i forhold til almen medicinske problemstillinger, medmindre disse er relateret til sygehusbehandling.

Vi mener, det hverken fremstår patientsikkert eller patientcentreret at dele patienten – der er ustabil og kompleks, op i symptomer eller diagnoser. Delt behandlingsansvar indebærer risiko for situationer, hvor plejepersonalet skal stå med vurdering af, hvilke symptomer, der hører til hvilken diagnose med risiko for forsinkelser eller oversete symptomer.

Vi mener derfor, at Sundhedsstyrelsen bør stille krav om, at patienten, der udskrives fra hospital til akutfunktion, som helhed er sygehuslægens ansvar, indtil behandlingsansvar for patienten er overdraget til almen praktiserende læge.

På samme måde som patienter henvist fra almen praksis har deres praktiserende læge som behandlingsansvarlig læge. Dette vil fremme sammenhæng og patientsikkerhed, og det vil kunne bero på lægefaglig vurdering, når der eventuelt henvises til yderligere udredning eller opfølgende behandling hos anden læge.

Vi opfordrer i den sammenhæng til, at den patientansvarlige læge på hospitalet også kan fungere for de patienter, der henvises til akutfunktion fra sygehuset.

Endeligt finder vi, at Sundhedsstyrelsen ikke klart beskriver, hvilke særlige forhold, der kan være ved at overdrage behandlingsansvaret til vagtlæge, herunder 1813.

Det er særligt bekymrende i forhold til patientsikkerheden med tanke på, at netop ustabile patienter med komplekse plejebestanden en stor del af tiden vil have en behandlingsansvarlig læge fra en vagtlægefunktion som 1813, der kan være svært tilgængelig fx grundet ventetid. Det kunne fx stilles som krav, at behandlingsansvaret for særlige behandlinger som fx intravenøs medicinsk behandling ikke blot "som udgangspunkt" men altid skal blive hos sygehuslægen og ikke overdrages til almen praksis/vagtlægefunktionen.

Øvrigt samarbejde med andre kommunale indsatser

Vi opfordrer på samme måde til, at det er et krav til akutfunktioner, at indsatsen i en akutfunktion er tæt integreret og koordineret med den øvrige hjemmesygepleje og andre kommunale indsatser som genoptræning, ernæringsindsatser og rehabilitering. Det bør ikke blot være en anbefaling, som anført på side 12 i udkastet.

Kompetenceløft

Endvidere finder vi, at med udvikling af akutfunktioner vil der være potentiale for at øge sygeplejefaglige ressourcer og kompetencer i kommunerne – et kompetenceløft, som vi netop har efterspurgt i flere sammenhænge. Det vil være vigtigt med mulighed for kompetenceudvikling, fx med videreuddannelse til sygeplejersker og/eller social- og sundhedsassistenter i pleje af ældre, multisyge patienter, herunder i bl.a. ernæring, mobilisering/træning, polyfarmaci, koordinering, inddragelse og kommunikation.

Udvikling af akutfunktioner fordrer tilpasning i lovgivning - ellers skaber det indirekte ny brugerbetaling

Den øgede mulighed for at blive behandlet i kommunen, enten i eget hjem eller på en akutplads, fremfor at blive indlagt på sygehus, må ikke bidrage til at øge brugerbetaling for patienterne.

Derfor opfordrer vi overordnet til, at sundhedslovgivningen og gældende bekendtgørelser tilpasses, så det sikres, at patienter ikke pålægges øget eller ny brugerbetaling relateret til befordring, udbringning/returnering eller indkøb/leje af hjælpemidler/behandlingsredskaber, indkøb og udbringning af medicin.

Befordring: Den eksisterende sundhedslov dækker befordring og befordringsgodtgørelse i forbindelse med behandling på sygehus. Med akutfunktionen i form af akutpladser bliver der en mellemstation på vej til og fra sygehus eller en selvstændig destination uden for sygehus, begge dele betyder for patienten et ophold, der er forankret i lovhjemmel for hjemmesygeplejen.

Da der i sundhedsloven hverken er hjemmel til befordring eller befordringsgodtgørelse til hjemmesygepleje og ej heller til akutfunktion, vil man som patient kunne stå med en større udgift til befordring til og fra ophold på en akutplads – og målgruppen er vel at mærke ustabile patienter, der ikke nødvendigvis er i stand til at køre selv eller tage bussen.

Derfor opfordrer vi til, at man som patient i en akutfunktion har samme muligheder for befordring og befordringsgodtgørelse, som patienter i forbindelse med sygehusbehandling og i forbindelse med genoptræning (jf. sundhedsloven LBK nr 1188 af 24/09/2016 kapitel 53 om befordring og befordringsgodtgørelse og bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven BEK nr 1206 af 19/09/2016).

Omkostninger til medicin: Målgruppen i akutfunktionen er patienter, der må antages ikke selv at kunne hente medicin på apoteket af helbredsmæssige årsager. Det undrer derfor, at Sundhedsstyrelsen i sammenhæng med at skrive, at akutfunktionen som udgangspunkt ikke kan opbevare medicin også skriver i udkastet, at patienter således skal købe deres lægemidler på apotek (eller ved håndkøb i detailforhandler), medmindre patienterne får medicinen med fra sygehuset.

Det vil sige, at patienter, der behandles i en akutfunktion i stedet for at blive indlagt på sygehus, og som har brug for at købe et lægemiddel, i praksis kan risikere at skulle stå med omkostninger ikke blot til at købe medicinen men også for at få udbragt medicinen.

Vi opfordrer derfor generelt til, at patienter under behandling i akutfunktion ikke pålægges merudgifter til medicin ved at blive behandlet i primærsektor fremfor sekundær sektor.

Konkret opfordrer vi til, at Sundhedsstyrelsen som minimum beskriver i afsnit 7.2 om medicin og væsker, at der er mulighed for, at lægemiddel udbringes vederlagsfrit fra apotek med vagttjeneste/tilkaldevagttjeneste uden for apotekets åbningstid, når det er lægeordineret (jf. bekendtgørelse om apotekers åbningstid og vagttjeneste BEK nr. 1104 af 15/09/2015 §3 stk. 2, der dog fra 1.1. 2017 vil blive erstattet af ny bekendtgørelse om apotekers åbningstid og vagttjeneste, her §8 <http://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/e60bad6e-028d-4d63-891e-75fc70ad9a74/Bekendtg%C3%B8relse.pdf>).

Vi finder det endvidere oplagt, at patienter i akutfunktion (uanset om det er i eget hjem eller på akutplads), vil blive omfattet af samme vilkår for gebyr for udbringning som beboere på institutioner og via hjemmeplejen i eget hjem (jf. bekendtgørelse om beregning af forbrugerpriser m.v. på lægemidler BEK nr 1650 af 18/12/2016 § 18 stk. 3). Denne bekendtgørelse bør derfor tilpasses patienter i akutfunktioner. Således kan det sikres, at der for patienten kun vil være et mindre gebyr for udbringning, hvilket er særligt relevant i forhold til, at man kan have store afstande mellem eget hjem/akutplads og apoteket.

Hjælpemidler og behandlingsredskaber: Hjælpemidler og behandlingsredskaber bør leveres og returneres uden omkostninger for patienten. Der henvises i afsnit om udstyr til afgrænsningscirkulæret (side 23), men det er uklart både i udkast til kvalitetskrav og i cirkulæret, hvorvidt patienter selv skal sørge for at få eventuelt behandlingsudstyr og eventuelle hjælpemidler bragt ud og leveret retur.

Vi opfordrer derfor til, at det bliver beskrevet tydeligt, at patienter ikke selv skal bære omkostninger forbundet ved, at de har brug for behandlingsredskaber/hjælpemidler i akutfunktionen.

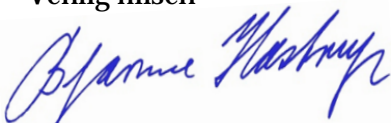
Kvalitetssikring

Vi finder det relevant og vigtigt, at Sundhedsstyrelsen lægger op til, at der skal være en kvalitetssikring af akutfunktionens indsats og en løbende monitorering. Vi mener overordnet, at kvalitetssikringen bør rumme:

- vurdering af samlet helbredstilstand i gruppen af akutfunktionspatienter
- vurdering af omkostninger i sundhedsvæsenet, herunder brug af indsatser i akutfunktionen og af indlæggelser/genindlæggelser og brug af almen praksis
- vurdering af såvel klinisk som patient- og pårørendeoplevet kvalitet.

Vi foreslår desuden at supplere de foreslåede indikatorer med et fokus på ernæringsindsats og patientrapporteret outcome samt oplevelse af inddragelse.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør



Sundhedsstyrelsen

Høringsvar vedr. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar på Sundhedsstyrelsens faglige kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Antallet af kommuner med en akutfunktion har gennem de seneste år været støt stigende. Således råder 9 ud af 10 kommuner i dag over en akutfunktion – etableret som plads og/eller team, hvor behandling og pleje foregår i borgerens eget hjem.

Akutfunktioner etableres bl.a. som en reaktion på den udvikling, der sker i sygehusvæsenet, hvor accelererede behandlingsforløb, mere skånsom behandling og øget ambulant behandling gør, at kommunerne varetager pleje- og behandlingsopgaver, der indtil for få år siden blev varetaget på sygehus. Således oplyser 93 pct. af kommunerne, at de i dag varetager behandlingsopgaver, der tidligere blev varetaget på sygehus.¹ Udviklingen stiller krav til kommunerne om en anden organisering i hjemmesygeplejen, herunder et sygeplejefagligt beredskab i regi af en akutfunktion.

KL imødeser derfor også Sundhedsstyrelsens faglige kvalitetsstandarder, som erstatter den eksisterende "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje" (2014). De er et fagligt vigtigt skridt mod mere præcision omkring typer af indsatser, kompetencer, samarbejde og forankring af det lægelige ansvar for indsatser i akutfunktionen.

KL har følgende generelle bemærkninger:

Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner

KL er i lange stræk fagligt enig i de foreliggende kvalitetsstandarder i forhold til tilrettelæggelse, målgruppe, indsatser, kompetencer, udstyr, kvalitetssikring og samarbejde. Herunder også i, at akutfunktionen skal være tilgængelig 24/7. KL mener dog, at det bør tilføjes, at akutfunktionen, forudsat kompetencerne er tilstede, kan dele nattevagt med den almindelige hjemmesygepleje. Det vil øge fleksibiliteten og understøtte en mere omkostningseffektiv anvendelse af hjemmesygeplejens samlede ressourcer.

Dato: 22. december 2016

Sags ID: SAG-2016-03758
Dok. ID: 2281307

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 5

¹ Kilde: KL dataindsamling, 2016

KL støtter op om tværkommunale samarbejder om varetagelse af opgaver i den kommunale akutfunktion, hvor det lokalt vurderes hensigtsmæssigt. KL skal dog anbefale at det konkret afdækkes, hvordan fx datadeling inden for de lovgivningsmæssige rammer kan håndteres, så personale i en fælles, tværkommunal akutfunktion kan tilgå tidstro data i de enkelte kommuners elektroniske omsorgsjournaler.

Indsatser i kommunale akutfunktioner

KL skal henlede opmærksomheden på, at en række af de instrumentelle indsatser, der med kvalitetsstandarderne skal håndteres i de kommunale akutfunktioner, har en række arbejdsmiljømæssige implikationer, fx risikoen for kontaminering i forbindelse med håndtering og blanding af medicin til intravenøs medicinsk behandling. KL anbefaler derfor, at rammerne for den praktiske varetagelse af disse indsatser – evt. under inddragelse af Arbejdstilsynet – håndteres i de kommende kvalitetsstandarder med henblik på at sikre et sikkerhedsmæssigt forsvarligt miljø for medarbejdere i den kommunale akutfunktion.

Kompetencer og uddannelse

KL noterer sig, at opgaver i akutfunktionen skal varetages af erfarne sygeplejersker, der som udgangspunkt har 3-5 års og minimum 2 års praktisk relevant klinisk erfaring.

KL efterlyser i den forbindelse, at Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet, henset til, at der er afsat 125 mio. kr. i perioden 2016-2018 til at medfinansiere en yderligere styrkelse af kompetencerne hos de medarbejdere, der løser sygeplejefaglige opgaver i kommunerne, snarest igangsætter arbejdet med en ny specialuddannelse for sygeplejersker i den primære sundhedssektor.

Ansvar og samarbejde mellem sektorer

KL skal bemærke, at idet langt hovedparten af de borgere, der visiteres til akutfunktionen, modtager delegerede ydelse i akutfunktionen, hvor behandlingsansvaret er forankret på sygehus eller i almen praksis, er det afgørende, at rammerne for samarbejdet aftales, så alle parter forpligtes.

Det indebærer bl.a., at der *skal* foreligge aftaler om fx henvisning, herunder behandlings- eller udredningsplan, adgang til behandlingsansvarlig læge, remedier m.v. Det bør skærpes ift. det foreliggende udkast, hvor klare rammer for samarbejdet flere steder alene anbefales (fx på side 10 nederst).

Det indebærer også, at alment praktiserende læger, lægevagt og læger på sygehus skal yde hurtig og fleksibel lægefaglig respons, så indsatser umiddelbart kan iværksættes.

Det kan overvejes, at de specifikke rammer for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en samarbejdsaftale mellem regionen og de kommuner, der er organiseret i en klynge/planområde frem for med den enkelte kommune.

Økonomiske rammer for indsatser i akutfunktionen

Dato: 22. december 2016

Sags ID: SAG-2016-03758
Dok. ID: 2281307

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 5

KL skal tage forbehold for, hvorvidt de foreliggende anbefalinger kan holdes inden for rammen af de midler, der er afsat i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. Det gælder særligt ift. anbefalinger om "instrumentelle indsatser" (fx intravenøs væskebehandling og/eller medicinadministration), der med det foreliggende udkast i 2018 skal kunne varetages i en kommunal akutfunktion. KL er hér bekymret for, at anbefalingerne vil tilskynde regioner og almen praksis til at henvise patienter til de kommunale akutfunktioner i et omfang, der overgår den begrænsede kapacitet kommunerne med de afsatte midler realistisk kan honorere. Det vil accelerere den opgaveglidning, der de senere år er fundet sted – vel at mærke uden at kommunerne er blevet kompenseret økonomisk.

KL forventer derfor, at det i kvalitetsstandarderne klart og entydigt understreges, at kommunalbestyrelsen visiterer til de kommunale akutfunktioner og herunder, at kommunalbestyrelsen endegyldigt fastlægger kapaciteten i akutfunktionen. Som det pt. er beskrevet (s. 8, anden dot), lægges der op til, at kommunerne skal tilpasse kapaciteten til nye ydelser uden at det samtidig beskrives, hvordan der skal ske overdragelse af indsatser, der ligger udover det kapacitetsløft kommunerne realistisk kan honorere inden for rammerne af de obligatoriske indsatser i de kommende kvalitetsstandarder.

Derfor skal kapaciteten også for de instrumentelle indsatser, kommunerne med de kommende kvalitetsstandarder skal levere, aftales med sygehus og almen praksis med henblik på forventningsafstemning om kapacitet i akutfunktionen og kapacitet i de regionale behandlingstilbud, herunder økonomi og på at undgå en løbende ufinansieret opgaveglidning. Det skal ske i regi af sundhedsaftalen/praksisplanen og evt. som en supplerende aftale.

Det indebærer også, at regionerne for så vidt angår patienter, der "udlægges" til fx opfølgende medicinsk færdigbehandling, og hvor behandlingsansvaret fortsat er forankret på sygehus, ikke opkræver færdigbehandlingstakst, såfremt kommunen afviser en udlagt patient pga. manglende kapacitet i akutfunktionen.

Det indebærer herudover, at udviklingen i henvisninger, kapacitet og opgaveomfang i de kommunale akutfunktioner løbende skal monitoreres med henblik på evt. økonomisk kompensation udover de midler, der er afsat i handlingsplanen for den ældre medicinske patient.

Tekstnære bemærkninger

KL har følgende tekstnære bemærkninger:

- Side 5 bør som formål ligeledes tilføjes: "At sikre en høj og ensartet adgang til lægelige kompetencer fra sygehus og almen praksis.
- Side 8, dot to, bør justeres således: "løbende vurdere behovet for akutfunktionens ydelser og i fornødent omfang tilpasse kapaciteten herefter"
- Side 8, første linje under "Målgruppe" bør justeres således: "En kommunal akutfunktion skal i fornødent omfang og under hensynstagen til akutfunktionens kapacitet kunne varetage".

Dato: 22. december 2016

Sags ID: SAG-2016-03758
Dok. ID: 2281307

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 5

- Side 8, anden dot under "indsats": "ABCD" erstattes med "ABCDE".
- Side 9. "Prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning" bør udgå som instrumentel indsats, idet kommunen ikke råder over laboratoriefaciliteter. Det anbefales at der evt. laves lokale aftaler med regionen herom, hvor sygehusene stiller faciliteter til rådighed, evt. via udgående bioanalytikere eller andre lokale løsninger.
- Side 10. "... utensilier til indsendelse af dyrkning" bør udgå som udstyr idet kommunen ikke råder over laboratoriefaciliteter. Det anbefales at der evt. laves lokale aftaler med regionen herom, hvor sygehusene stiller faciliteter til rådighed, evt. via udgående bioanalytikere eller andre lokale løsninger.
- Side 10. "Udstyr til venøs blodprøvetagning" bør udgå som udstyr, der skal være til rådighed i en akutfunktion. Såfremt der laves lokale aftaler med regionen herom kan udstyr aftales, evt. via udgående bioanalytikere eller andre lokale løsninger.
- Side 10, første dot, under "ansvar og samarbejde" bør formuleres således: "at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Samarbejdsaftalen skal afstemme forventninger til kapacitet i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud, herunder økonomi".
- Side 12, andet afsnit i kap. 3.1., bør formuleres således: "Kommunen skal løbende vurdere behovet for akutfunktionens ydelser og i fornødent omfang tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter. Det er kommunen, som visiterer til akutfunktionen, og det er kommunalbestyrelsen, som fastlægger den fornødne kapacitet i akutfunktionen under hensyntagen til omkostningseffektivitet. Rammer for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Samarbejdsaftalen skal bl.a. afstemme forventninger til kapacitet i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud, herunder økonomi".
- Side 14, andet afsnit midtfor, bør formuleres således: "Indsatsen i akutfunktionen varetages i et samarbejde mellem relevant kommunal aktør, akutfunktion og almen praksis samt eventuelt lægevagten. Udredning af patienten er påbegyndt eller planlagt. Det drejer sig både om patienter, der i forvejen er i kontakt med hjemmesygeplejen, plejebolig og lign., og patienter der ikke er. Det kan endvidere være patienter, som i forvejen har kontakt til den almindelige hjemmesygepleje, og hvor hjemmesygeplejen vurderer, at der er behov for akutfunktionens kompetencer".
- Side 15, sidste linje afsluttes med: "... og akutfunktionens kapacitet i øvrigt".
- Side 18, andet afsnit, bør formuleres således: "Listen over de opgaver, som akutfunktionen varetager, vil være dynamisk og kan derfor ændre sig over tid. Nogle kommunale akutfunktioner kan varetage flere og andre opgaver end de oven for anførte. Det skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftalesamarbejdet, hvilke opgaver den kommunale akutfunktion evt. kan varetage udover de angivne..."

Dato: 22. december 2016

Sags ID: SAG-2016-03758
Dok. ID: 2281307

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 5



- Side 21, under "vedligeholdelse af kompetencer", sidste afsnit, formuleres således: "Det er afgørende for varetagelsen af opgaverne, at der er fokus på fortsat kompetenceudvikling for aktørerne i patientforløbene. Personalet skal i forhold til det konkrete patientforløb og generelt have adgang til gensidig og kontinuerlig rådgivning og vejledning fra relevant kommunalt og regionalt personale".
- Side 27, under "henvisningens indhold", bør det skærpes, at "skal henvisningen indeholde:" Samt i sidste linje: "Der skal laves lokale samarbejdsaftaler/underliggende aftaler..."
- Side 27, under "henvisningens indhold" bør det tydeliggøres, hvordan behandlings- og udredningsplanen tilgår akutfunktionen. Det står beskrevet, at den sendes med epikrisen. Kommunerne modtager i dag ikke epikriser
- Kap. 9.3. bør anbefalingen strammes, så behandlingsansvaret fremstår helt klart.
- Side 28 foreslås, at den praktiserende læge også kan ordinere fx iv-væskebehandling til de patienter, der af akutfunktionen findes dehydrerede.

KL skal tage forbehold for senere politisk behandling. Ligesom KL tager forbehold for evt. økonomiske merudgifter.

KL's hørings svar er tillige tilsendt Sundheds- og Ældreministeriet.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Dato: 22. december 2016

Sags ID: SAG-2016-03758
Dok. ID: 2281307

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 5



Høringssvar Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Fagligt Selskab for Sygeplejersker i kommunerne (FSSK) finder generelt kvalitetsstandarden velgennemarbejdet og giver generelt et overskueligt overblik over krav og forventninger. Akutfunktioner er meget relevant at se nærmere på.

FSSK har følgende kommentar:

Krav til kompetencer er beskrevet, at det skal være autoriseret sygeplejerske, som har gennemgået sygeplejerskeuddannelsen. For at blive autoriseret kræver, det at man har gennemført en sygeplejerske uddannelse, derfor er dette ikke relevant at skrive. Udover de nævnte kompetencer, som erfaringer, har det mange steder været relevant, at sygeplejersker som minimum har diplom i akut sygepleje målrettet primærområdet. På nuværende tidspunkt er niveauet meget forskelligt- fra få dages oplæring/kursus til reelle kompetencegivende uddannelse. Dersom det forventes, at der yderligere skal arbejdes med rammeordination bør APN uddannelsen overvejes, da sygeplejerske med APN uddannelse har mulighed for at iværksætte behandling.

Målet er, at borgere i hele landet får mulighed for at få en særlig sygeplejefaglig indsats af ensartet høj kvalitet tæt på deres hverdag, når de har brug for det. FSSK mener ikke at en akut indsats er den rigtige indsats for at dette skal lykkes.

At værdigrundlaget er indskrevet er godt- og relevant. At indsatsen skal have fokus på pårørende som ressource er knap så relevant i denne sammenhæng, da der er tale om en akutindsats, hvor såvel pårørende som patienten er påvirket og derfor vil der være behov for støtte og omsorg også til de pårørende.

Det lægefaglige ansvar: at behandlingsansvaret er entydigt er yderst væsentligt. FSSK udtrykker bekymring, hvor der vil være tale om delt behandlingsansvar. Det sker, at sygeplejerskerne i dag står i situationer, hvor lægerne ikke vil tage ansvar, men henviser til hinanden. Derfor ønskes indført, at den sidst behandelende læge bør tage ansvar, der hvor der uoverensstemmelser om behandlingsansvaret, så patienten sikker en hurtig og effektiv behandling, samt at sygeplejerskerne ikke kommer i en situation, hvor de ikke må handle, da der mangler lægeordination.

Vigtigt at akutfunktionen ikke skal erstatte en sygehusindlæggelse, hvorfor det er yderst relevant, at det er medtaget, da en akutfunktion måske endda vil være med til at øge antal indlæggelser.

At grundlæggende sygeplejeopgaver er indskrevet i anbefalinger for Akut funktioner, stemmer ikke overens i forhold til de opgaver, som er beskrevet skal varetages af en kommunal akutfunktion(s.8-9).



Der vil være mange andre opgaver, som så også skulle indskrives, det være så personlig og praktisk bistand, genoptræning m.m. og ingen af delene har med akut funktion at gøre.

I dokumentet henvises til akutfunktionens ydelser f.eks. i tekstboks s.12. FSSK ser gerne at ydelser erstattes med indsatser, da ydelser i en kommunal kontekst, ofte forveksles med serviceloven.

Der er et misforhold imellem, at det ikke er en forventning, at der kan tages venøse blodprøver, men samtidig er det et krav om, at der skal være udstyr til rådighed. Det er vigtigt, at der ikke er en forventning om, at sygeplejersker skal kunne tage venøse blodprøver. Hvorfor FSSK gerne ser at udstyr til venøse prøver udgår af krav til udstyr(s.22)

s.16. vedr. "Intravenøs og parenteral ernæringsterapi, herunder pasning og anlæggelse af sonde" Sondeanlæggelse i kommunalt regi- bør ikke være intravenøst. Sondeanlæggelse i kommunalt regi er patientsikkerhedsmæssigt kun forsvarligt i forbindelse med ernæringsterapi i PEG el. nasalsonde, IKKE Intravenøst og parenteralt.

Kvalitetsstandarden beskriver, at det er opgaver, som ikke kan varetages af den almindelige hjemmesygepleje. Flere kommuner har valgt at opkvalificere sygeplejerskerne til at kunne yde akut sygepleje, hvorfor de opgaver som er bekræftet i kvalitetsstandarden, mange steder kan varetages af den almindelige sygepleje. Det bevirker, at når Kvalitetsstandarden læses og tolkes, vil der ikke være behov for at etablere hverken akut team eller akut pladser, da det er op til kommunerne, hvordan de vil organisere sig, blot de kan varetage opgaverne. Dette er en udmelding, som er kommet fra flere kommuner på baggrund af høringsudkastet. Så det bør derfor fremgå tydeligere, om der skal etableres en særlig enhed i kommunerne til at varetage akutfunktioner eller ej.

Der gøres opmærksom på i Kvalitetsstandarden, at akutfunktionen kan være med til at forbygge indlæggelse. Der foreligger en del evalueringer, som ikke entydigt bekræfter dette. FSSK vil gerne opfordre til yderligere evalueringer og afprøvning af øvrige initiativer, før en national udbredelse iværksættes. Der mangler undersøgelser på hvilke organiseringsformer, som kan imødekomme de akutte behov, herunder omfanget af opgaver, så ressourcer, kompetencer og behov matcher hinanden.

FSSK finder det yderst problematisk, at dette gøres landsdækkende på så usikker evidens.

Venlig hilsen
Inge Jekes
Formand for FSSK



Mobil: 30 34 15 53/ 30 33 92 97
Email: inge.jekes@kalundborg.dk

Niels V. Gadegaard, nivg@sst.dk

22. december 2016

Brevid: 3894647
Sagsnr.: 345805

Lolland Kommune
Ældre & Sundhed

Postadresse
Jernbanegade 7
4930 Maribo

Tlf.: 54 67 67 67

lolland@lolland.dk
www.lolland.dk

Kontaktperson
Ældre & Sundhedschef
Grete Breinhild
grbr@lolland.dk

Høringssvar **Kvalitetsstandarder for den kommunale akutfunktion i hjemmesygeplejen**

Lolland kommune ser positivt på Sundhedsstyrelsens oplæg på Kvalitetsstandarder omhandlende en akutfunktion i kommunalt regi. Dette med formål om at sikrer ensartethed i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet, samt anbefaling om understøttelse af samarbejde mellem sektorer for at sikre patienten/borgeren et ens og kvalificeret behandlingstilbud.

Lolland kommune har med sine knap 45.000 indbyggere et solidt potentiale for at arbejde målrettet med de indsatsområder, som Sundhedsstyrelsen og regeringen peger på.

Nærværende høringssvar vil berøre punkter i høringsversionen, som ikke findes helt fyldestgørende belyst for at sikre optimal opgaveløsning i akutfunktionen til gavn for den enkelte borger i kommunen.

Svar henviser til punkter i Høringsudkastet.

2. Sammenfatning af krav og anbefalinger, Ansvar og samarbejdes. S. 11/35

Som udgangspunkt finder Lolland Kommune det udfordrende at den forestående opgave ikke er kontinuerligt beskrevet som et *skal* område for alle sektorer. At der i samarbejdet opereres med anbefalinger i stedet for en fastsat retorik om, at der *skal* foreligge aftaler gældende for området.

Kvalitetsstandarden opererer med begrebet behandling og fremadrettet med nye operationelle handlinger foretaget i akutfunktionen. Det fremhæves i sidste punkt at den kommunale akutfunktion skal give praktiserende læge besked, når indsatsen afsluttes. Vi henstiller til, at der i standarden indsættes, at der **ALTID** skal udarbejdes en skriftlig behandlingsplan, som skal sikrer tydelighed i ordination og forventet krav til udførelsen af denne. Dette med henblik på patientsikkerhed og dokumentation. Der må ikke herske usikkerhed, når akutte og mere specialiserede opgaver udføres i eget hjem.

3.1.1 Akut og subakutte indsatser. S. 12/35

Der må ikke herske tvivl om, hvor overordnet ansvar ligger, hvorfor kvalitetsstandarder bør påpege at behandling for intravenøs behandling altid ligger hos sygehuslægen.

Kvalitetsstandarder peger på tidsperspektiv. Som kommune der skal løse forestående specialiserede behandlingsopgaver skønner vi, at der er behov for en yderligere præcisering af indhold og ikke kun på tid. SST henviser selv til, at de begreber *akut* og *subakut* anskues forskelligt i de forskellige sektorer. Der henvises til notat af 11.12.2012. Herfra skønnes, at dette bør revideres op imod de hensigter der foreligger med den fremadrettede akutfunktion, idet nærværende notat ikke taler ind i denne opgaveløsning og de krav som der nu fremsættes af SST.

4.1. Målgruppe. S. 14/35

Med henvisning til afsnit omhandlende samarbejde mellem akutfunktion og almen praksis, problematiseres atter, at der i kvalitetsstandarder ikke fremsættes krav om en skriftlig behandlingsplan fra den ordinerende part. Opgaver delegeres til akutfunktionen – som lægens medhjælp. Der må ikke foreligge usikkerhed omkring opgavens indhold og omfang samt forventet afslutning.

6.3.1. Kompetencer og uddannelse. S. 20/35

Der italesættes i udkast, at sygeplejersker i den kommunale akutfunktion skal kunne påbegynde særlige opgaver ift. vurdering, diagnosticering og eventuelt have påbegyndt initiale undersøgelser inden lægefagligt back up. Der bør foreligge specifik klarhed om, hvad der tænkes i forhold til dette. Som udgangspunkt bør de akutte sygeplejefaglige handlinger kun udføres efter tydelig ordination fra lægefagligt personale enten fra sygehus eller almen praksis.

Såfremt der kaldes på specialiseret sygeplejefaglighed bør der fremadrettet være en målrettet plan centralt fra, hvor der fokuseres på en opkvalificering af sygeplejersker, som skal varetage de specialiserede opgaver i det nære sundhedsvæsen.

SST opererer med begreb erhververfaring i oplægget. Herfra, hvor krav om målbare ansættelsesforhold kan være svære at indfri, skønnes det at kvalitetsstandarder bør have meget mere fokus på kvalifikationer frem for års ansættelse. Krav til opgaveløsning bør sammenholdes med de minimumskrav, hvis sådan opstilles, til sundhedsfagligt personale, som skal løse opgaven. Antal af års ansættelse kan ikke sammenholdes og sikrer høj faglighed. Behovet ligger ved de kliniske færdigheder.

7.2 medicin og væsker. S. 23/35

Det skønnes, at der er behov for en nøjagtig præcisering af opbevarelsen af medicin, som ikke er udskrevet til kendt borger/patient. Der må ikke forekomme tvivl herom. Hvor og hvem har ansvar for dette samt kvalitetssikring. Som udgangspunkt har Lolland Kommune ikke nogen behandlende institutioner.

8.2 National opfølgning. S. 25/35

Hvordan tænker Sundhedsstyrelsen at de fremadrettede behandlingsforløb kvalitetssikres? Hvilken parameter skal der måles på for at sikrer optimal behandling og opfølgning? Der henvises i kvalitetsstandard på årlig status, men ikke på egentlig fokus og kvalitetssikring på opgavevaretagelse og med særligt blik på patientsikkerhed. Her tænkes på den samlede opgavevaretagelse og ikke anskuet de enkelte sektorer.

Er patientsikkerhedsperspektivet tænkt ind i dette?

Med venlig hilsen

Grete Breinhild
Ældre & Sundhedschef



Høringssvar

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Høringssvar kvalitetstandarder kommunale akutfunktioner

Side 5 Formålet

At understøtte henvisninger fra almen praksis samt hospital

Hvad betyder dette? Et bekymringspunkt i forhold til kapacitet, faglighed og ressourcer.

Her skal der udarbejdes klare aftaler og arbejdsgange. Det skal på nuværende tidspunkt som udgangspunkt i dagtimerne gå gennem udskrivningskoordinatorerne.

Der står i værdigrundlag på side 7, *at lægelige behandlingsansvar skal være klart og tydeligt*, hvilket **ikke** er helt tydeligt i beskrivelserne i standarden.

Dette ønskes afklaret tydeligere, så personalet er klar på hvem og hvordan henvendelserne kan ske.

Det er en forudsætning for det gode tværfaglige samarbejde

+ **på side 10 nederst, ringer** hospitalet til almen læge? Ønskes afklaret så personalet ikke kommer til at mangle informationerne.

+ **på side 11 sidste linje – at kommunal akutfunktion giver lægen besked når indsatsen i akutfunktionen afsluttes?** Her skal der i en eventuel samarbejdsaftale med almen læger præsideres, hvornår og hvordan.

På side 7 nederst: *Personalet skal have let adgang til faglig rådgivning fra andre dele af sundhedsvæsenet.*

Fra hvilke faggrupper? Dette er en udfordring i dag, svært at komme i kontakt med ordinerende læge eller kontaktsygeplejerske på hospitalerne.

Der kunne overvejes ,at plejepersonalet fik journal kopi eller epikrise tilsendt, der er konkret et behov for at se de lægelige ordinationer, iværksatte handlinger samt planer og hvad borgeren og pårørende er informeret om. (Så detaljeret er MEDCOM ikke)

På sigt arbejde med en fælles journal i mellem almen, kommune og hospitalet?

På side 8 tilrettelæggelse, *tilgængelig døgnet rundt alle ugens 7 dage.* Nogle kommuner – her i blandt Brøndby Kommune – har for nuværende ikke sygeplejerske tilstede i nattetimerne, fredag aften og weekender er der ikke på nuværende tidspunkt fuld sygeplejedækning, og der derfor ikke leve op til akutfunktionens definition. En fremtidig risiko er en oplevelse af, at det kan være vanskeligt at rekruttere til disse stillinger aktuelt.

Det vil være subakut området (+ definitionen) vi på nuværende tidspunkt kan varetage.

På side 8 indsats

Sygeplejefaglig indsats / kommunikation. Der skal foretages en opfølgende sygeplejefaglig vurdering med interval på 3 timer....)

Nogle kommuner – her i blandt Brøndby Kommune – har for nuværende ikke sygeplejerske tilstede i nattetimerne, fredag aften og weekender er der ikke på nuværende tidspunkt fuld sygeplejedækning, og der derfor ikke leve op til akutfunktionens definition. En fremtidig risiko er en oplevelse af, at det kan være vanskeligt at rekruttere til disse stillinger aktuelt.

Det vil være subakut området (+ definitionen) vi på nuværende tidspunkt kan varetage.

På side 8, *løbende og i samarbejdet med almen praksis og hospitalet ...nye målgrupper.* Et bekymringspunkt i forhold til kapacitet, faglighed og ressourcer.

På side 8 indsats: Der arbejdes med et forskelligt sprog i hospitals regi og kommunerne. Termerne i teksten er fra hospitalsregi. Der kunne her tages udgangspunkt i Tidlig indsats definitionerne med en udvidelse af EVS modellen. Hvordan kommer vi bedre til at forstå hinanden? Samme termer?

På side 9 og 10:

Instrumentelle indsatser og udstyr:

I dag tages BS.

Der gives subcutan medicin

Der gives inhalationsbehandlinger

Der lægges kateter

Der passes dræn

Dette er ordinationer ved egen læge og følges op i dette regi.

Hvor sikres kvalifikationer/rutinen hos personalet, hvis opgaven sjældent udføres?

Hvem skal/kan ordinere det?

Hvor skal prøverne sendes til og hvordan med opfølgning prøvesvar og handleplaner?

Hvem betaler for diverse udstyr og prøver? (Fx Sug, o2, udstyr til podning, anlæggelse af perifært venekateter)

Kan være svært med opbevaringen samt holdbarhed af diverse væsker og udstyr , da noget bruges meget sjældent.

På side 9: *Lokale instrukser.* Her kunne anvendes PBS systemet☺

På side 9: *Kompetencekrav til personalet.*

Dette er rimelige krav, dog kan der fremadrettet blive rekrutteringsmæssige og lønmæssigt være udfordringer. Her tænkes på især på sygeplejedækning i aften og nattevagterne.

På side 10; *Kvalitetssikring og dokumentation.*

Patientsikkerhedsrunde? I Sikre hænder?

Nuværende oversigt over modtagelserne fra hospitalerne kan også anvendes...

På side 12; *Tilgængelighed.*

Der skal være helt klare aftaler omkring hvem og hvornår der kan være henvisninger.

Vagtlæger? 1813 funktionen? Henvisninger fra læger og hospital?

Et bekymringspunkt i forhold til kapacitet, faglighed og ressourcer.

Her skal der udarbejdes klare aftaler og det skal i første fase gå gennem udskrivningskoordinatorerne.

I nattetimerne, fredag aften og weekender er der ikke på nuværende tidspunkt sygeplejedækning, hvor de faglige kompetencer derfor er mangelfulde.

Opstart subakut og på sigt akutberedskab hvis der er kapacitet samt ressourcer til det.

På side 12; forskellen på akut og sub akut indsats.

Som tidligere nævnt kan det være svært at leve op til kravet på "akut"pladser bl.a. af rekrutteringsudfordringer

På side 14; målgruppen. Der er både patienter der er i kontakt og uden kontakt med hjemmeplejen.

Tolkes som en tilgang fra 1813 borger, Vagtlæger, Og hospitalet? Så er nuværende kapacitet og ressourcer i kommunerne meget udfordret.

På side 18; andre indsatser og andre målgrupper.

Hvad menes? Kommunernes nuværende lokaler, kapacitet og ressourcer vil blive udfordret. Det kunne lyde som et mini hospital.

Andre overvejelser kunne medtænkes, det kunne være er afsnit i hospitalsregi i regionen, hvor afstanden/kommunikationen til hospitalslægen var meget mindre. Derudover kunne **samme patientjournal** anvendes i plejen.

Generelle kommentarer:

Styrkelse af opgavevaretagelsen på akutområdet i kommunerne:

Andre overvejelser:

- ✓ At der arbejdes med en afklaring omkring rammedelegation til sygeplejersken delegation, fx BS, håndkøbsmedicin, subcutan kanyle, CRP blodprøvetagning. Samarbejdsaftale med lægekonsulent.
- ✓ Der bør etableres en specialuddannelse i primær sygepleje
- ✓ Der bør der ud over etableres en avanceret klinisk sygeplejeuddannelse med udvidede kompetencer. Uddannelse på kandidatgrad - Behandler sygeplejerske (APN) med ordinationsret og behandlingsansvar.

Delt behandlingsansvar mellem almen praksis og hospitalslæger

I regi af sundhedsaftalen i Region Hovedstaden har der i 2016 været arbejdet med rammedelegation. I forhold til rammedelegation til den enkelte patient kan kommunerne konstatere, at der ikke i Region Hovedstaden er enighed om behandlingsansvaret i relation til IV-behandling, idet PLO-H ikke ønsker et delt behandlingsansvar omkring patienten.

Dette kan således i praksis udfordre udførelsen af Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at; *"ansvaret for den intravenøse behandling forbliver hos lægerne på sygehuset også efter udskrivelsen, mens den praktiserende læge overtager det samlede behandlingsansvar"* jf. (Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, 2014 Sundhedsstyrelsen" punkt 4.4 side 17) og *"Det anbefales, at behandlingsansvaret så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra sygehuslæge til patientens praktiserende læge, såfremt patientens læge ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient"* jf.

(Kvalitetsstandarder for kommunal akutfunktioner i hjemmesygeplejen, punkt 9.3 - høringsudkast).

Herudover beskrives der i høringsudkastet, at der skal indgås lokale aftaler, der beskriver de præcise ansvarsforhold. Dette har været forsøgt i sundhedsaftalereg, men er endnu ikke lykket. De kommende kvalitetsstandarder kan derved også blive udfordret på dette punkt.

Hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis, er det af helt afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient. Det kan overvejes, om der kan tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.

2) Manglende lovhjemmel

I forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter er det en udfordring, at der på nuværende tidspunkt er begrænsning for, hvilke instrumentelle indsatser kommunerne må udføre. Dette udfordrer ønskerne om at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

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*” punkt 2.2.2 udelukkende må udføre opgaver i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygeplejen. Det vil sige, at der f.eks. godt kan laves aftale omkring blodsuktermåling, men ikke om f.eks. genanlæggelse af en sonde eller kateteranlæggelse/skift, idet dette er en behandling og ikke en undersøgelse. Disse typer af opgaver kan, som lovgivningen er i dag, kun foregå i forhold til rammedelegation på den enkelte patient.

Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved også blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemt typer af behandling.

3) Samarbejde om kapacitet

Det fremgår af side 26, ”at rammene for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis” (egen understregning, red.).

Det foreslås at kommunerne bemærker, at den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

Kristianiagade 12
2100 København Ø
Telefon 35 44 84 06
Mobil 23 71 33 40
Mail mpk@dadl.dk
www.selskaberne.dk

23. december 2016

Høring over udkast til kvalitetsstandarder for den kommunale akutfunktion

LVS takker for muligheden for at kommentere på høringsudkastet.

LVS finder det overordnet meget positivt, at man ønsker at sikre en ensartet høj indsats i samarbejdet mellem kommunerne, almen praksis og sygehusene i forhold til patienter, der har brug for behandling og/eller særlig sygepleje, hvad enten det drejer sig om akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom.

LVS finder dog samtidig, at der er grund til bekymring, hvad angår bl.a. beskrivelserne af det lægelige behandlingsansvar, b, delegation til andre (sundheds-)personer, behandlingsansvar kontra patientansvar, information om patienternes samtykke mv.

LVS har følgende konkrete kommentarer til høringsudkastet:

Ad. 1. 4 Værdigrundlag

LVS er enig i, at der skal være "en klar ansvarsfordeling af opgaver i patientens forløb, ligesom det lægelige behandlingsansvar skal være klart og entydigt..." (side 7).

LVS undrer sig derfor over, at rammer og indhold for ansvar og samarbejde som beskrevet i afsnit 9 Ansvar og samarbejde mellem sektorer kun har karakter af anbefalinger og ikke er "skal"-opgaver, som det gælder for andre aspekter i høringsudkastet.

Det understreges endog på side 28: "Der bør aldrig være tvivl om, hvilken læge der har behandlingsansvaret for den konkrete patient i den konkrete situation".

LVS foreslår derfor, at det bliver en pligt at nedfælde i en skriftlig aftale, hvordan man sikrer, at alle involverede er klar over, hvilken læge, der har behandlingsansvaret.

Ad 3 Tilrettelæggelse

LVS forstår, at mindre kommuner kan have behov for at indgå i et samarbejde for at løse de nødvendige opgaver.

LVS finder dog, at opgaven med at koordinere og kommunikere imellem sektorerne bliver yderligere komplekse af, at visse akutte funktioner varetages på tværs af kommunegrænser og vil derfor opfordre til, at man er meget omhyggelige med at beskrive, hvor ansvaret i forhold til at udføre arbejde på lægelig delegation ligger.

Der bør også ligge helt klare beskrivelser af, hvilke akutfunktioner, der varetages af hvilken kommunens medarbejdere.

Ad 4. 1 Målgrupper

Det fremgår, at baggrunden for forslaget er ønsket om at højne kvaliteten for håndtering af den ældre medicinske patient i den kommunale sektor.

Her tales om "... patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling".

LVS finder, at denne definition med fordel kunne gøres en del mere specifik, blandt andet med henblik på at gøre det langt tydeligere, hvilke kompetencer og faggrupper, der er brug for i kommunerne.

Med den nuværende definition vil det kræve en overordentlig bred række af kompetencer, som skal være til rådighed i kommunerne med meget kort varsel. LVS finder det tvivlsomt, at det vil kunne lade sig gøre i praksis.

LVS finder, at der bl.a. er følgende særlige problemstillinger under dette punkt:

Psykiatriske patienter:

En del borgere/patienter med psykiske lidelser kunne falde ind under definitionen. Hvis det er tilsigtet, finder LVS og Dansk Psykiatrisk Selskab, at der i forslaget mangler anvisninger for samspillet med allerede etablerede aktører som distriktpsychiatri (regions-/sygehusforankret) og socialpsykiatriske tilbud. I modsat fald, mangler der en definitionsangivelse af, at det primært drejer sig om "... patienter med akut opstået eller forværring af kendt *legemlig* sygdom..."

LVS og Dansk Psykiatrisk Selskab vil her påpege, at man med den stadigt ældre befolkning må forvente, at belastningen fra aldersbetingede, behandlingskrævende psykiske/psykiatriske ledsagetilstande også vil vokse. Disse vil ofte være komplicerende til eller forværret af de somatiske lidelser.

Det drejer sig typisk om demenslidelser og organiske delir-tilstande, som det kan være en stor udfordring at håndtere uden for hospitalsregi, med mindre der allokeres økonomiske og videnskabsmæssige (psykiatrafaglige) ressourcer i tilstrækkeligt omfang.

LVS og Dansk Psykiatrisk Selskab vil derfor pege på behovet for at adressere dette problemfelt specifikt i de endelige anbefalinger.

Grænsefladen mellem almen praksis og hospitalssektoren:

I dag eksisterer der en entydig ansvarsfordeling, idet sygehuslægen har ansvaret for al behandling af en hospitalsindlagt patient, og almen praksis har ansvaret for alt det, der foregår før og efter en eventuel indlæggelse. Med de nye funktioner lægges op til, at nogle patienter hører under sygehuslægens ansvar, og nogle hører under den alment praktiserende læges ansvar. Derudover lægges der fortsat op til delt ansvar,

idet egen læge fortsat forudsættes ansvarlig for det, der ikke har med den sygehusrelaterede lidelse at gøre, og sygehuslægen kun har ansvar for en sygdomsspecifik del af patienten.

LVS finder det problematisk, at man på denne måde opdeler ansvaret for den enkelte patient i forhold til patientens forskellige sygdomsområder. Der er behov for et entydigt *patientansvar*, ikke kun for et entydigt behandlingsansvar. I forlængelse af det, er det urealistisk og urimeligt at forvente, at den kommunale akutfunktions personale skal kunne holde rede i, hvilke af patientens problemstillinger, der hører til hvilken læge.

LVS forudser, at det vil øge risikoen for fejlskøn ganske betragteligt. Der vil være et utal af situationer, hvor patienten havner i en gråzone, fordi man ikke kan afgøre om hævede ben, en maveinfektion eller lungebetændelse er en ny sygdom eller komplikation til den grundsygdom man blev indlagt med. Især i gruppen af skrøbelige ældre, som netop har et komplekst behandlingsbehov, vil der ofte være mange samtidige grundsygdomme og det vil ikke være muligt eller forsvarligt at dele det lægelige ansvar op efter hvilket organ der er påvirket.

Af hensyn til patienten må sigtet være at have patientansvarlige- og ikke symptomansvarlige læger, hvilket man netop også tilstræber med patientansvarlige læger på sygehusene, og sektorovergange og overdragelsen af patienten bør ledsages af epikrise af høj faglig kvalitet (skriftlig faglig opsummering) for at undgå fejkommunikation.

Patienter tilknyttet specialambulatorier:

LVS anbefaler desuden, at man er opmærksom på den gruppe af patienter, som er tilknyttet specialambulatorier. Man bør i visitationen af disse patienter være opmærksomme på, at et behov for en speciallægevurdering fra det pågældende sygdomsområde ikke forsinkes ved, at patienten i første omgang visiteres til den kommunale akutfunktion.

Ad 6.3.1 og 6.4.1 Erhvervs erfaring

Det nævnes for både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, at disse som udgangspunkt skal have tre til fem års, og minimum to års, relevant erhvervs erfaring inden ansættelse i den kommunale akutfunktion.

For social- og sundhedsassistenter tilføjes det, at det anbefales, at disse skal have mindst tre til fem års erfaring. Disse formuleringer forekommer forvirrende. Det anbefales, at man nøjes med et minimumskrav på det antal års erfaring, man finder passende.

Ad 7 Udstyr og Medicin i akutfunktionen

LVS har ikke mulighed for at vurdere, om den oversigt, høringsudkastet indeholder er tilstrækkelig for alle de patientgrupper, som akutfunktionen vil skulle tage sig af.

LVS anbefaler, at man fra myndighedernes side er meget lydhøre over for input fra sundhedsfaglige miljøer i forhold til, hvad der er brug for med henblik på at sikre den bedst mulige patientbehandling. Som eksempel på, at listen ikke nødvendigvis er fyldestgørende gør LVS opmærksom på dette eksempel fra Dansk Lungemedicinsk Selskab:

Det fremgår i faktaboksen Krav til udstyr, at der kun skal være udstyr til måling af iltmætning af blodet, mens andet udstyr til respirationsmonitorering, ilttilskud eller andet respirationsstøtte ikke er nævnt. Ligesom på sygehusene forventer vi at en relativ stor del af de akutte patienter i kommunalt regi vil have KOL eller anden luftvejslidelse.

Mange ældre med KOL vil være i risiko for akut respirationsinsufficiens og en del vil have kronisk respirationsinsufficiens med risiko for akut forværring og hermed risiko for CO₂-retention og respirationssvigt, som med det omtalte udstyr ikke vil kunne erkendes i tide.

Det frygtes derfor, at patienter med KOL og andre luftvejslidelser i kommunalt regi får en ringere behandling end andre patienter med tilsvarende lidelser indlagt på sygehusene. Der findes i dag små håndholdte apparater, som kan bruges i patientens hjem, men det kræver særlig uddannelse at kunne håndtere disse apparater fra personalets side.

Denne konkrete problemstilling hænger endvidere sammen med LVS kommentarer om brug af medhjælp nedenfor.

Ad 9.2.1 Henvisningens indhold

Det anføres, at man *anbefaler* at oplysninger om patientens samtykke til, at der videregives oplysninger om patienten til akutfunktionen oplyses i henvisningen.

LVS finder ikke, at man kan nøjes med at anbefale, at henvisningen indeholder disse oplysninger. Patientens samtykke til behandling og videregivelse af oplysninger til brug for videre behandling er et omdrejningspunkt i patienternes rettigheder i det danske sundhedsvæsen, og det kan derfor ikke kun være anbefalet, at en henvisning til den kommunale akutfunktion indeholder disse oplysninger. Det er desuden efter LVS' opfattelse nødvendigt af hensyn til de involverede lægers og andet sundhedspersonales retssikkerhed.

Ad 9.3 Lægeligt behandlingsansvar

Det anføres, at det er væsentligt for patientsikkerheden, at "opgaverne i akutfunktionen varetages inden for klare rammer og med en klar ansvarsplacering". Dette er LVS naturligvis helt enig i. Der er imidlertid forhold i høringsudkastet som giver grund til udtalt bekymring, som vil blive beskrevet nedenfor.

Ad 9.4 Brug af medhjælp til forbeholdt virksomhed, 9.4.1 Kommunalbestyrelsens og ledelsens ansvar og 9.4.3. Den ordinerende læges ansvar

I afsnit 9.3. står der, at "Overdragelsen bør ske ved telefonisk kontakt mellem lægerne..." (side 28).

LVS opfatter det sådan, at man ved at pege på telefonisk kontakt har ønsket at sikre den bedst mulige kommunikation mellem lægerne. Men LVS finder dog, at en telefonsamtale som referencepunkt i tvivlstilfælde er usikker. LVS finder derfor, at det er nødvendigt at beskrive mere nøjagtige krav til, hvordan det kan dokumenteres, hvori den telefonisk indgåede aftale består.

I afsnit 9.4 anføres det, at der er tale om, at personale i akutfunktionen arbejder som medhjælp jf. autorisationsloven og bekendtgørelse og vejledning om dette.

LVS kan kun være enig i betragtningerne om, at det er særdeles vigtigt, at dette personale er opmærksomme på, hvem de er medhjælp for i relation til en given patientbehandling, og at de kender egne faglige grænser

(side 29). Det er også indlysende, at den ordinerende læge har pligt til at sikre sig, at ordinationen er klar og entydig (side 30).

LVS finder imidlertid, at disse betragtninger kun delvist dækker problemfeltet. De inddrager nemlig ikke den problemstilling, som de ansvarlige læger står med.

I 9.4.1. står der, at ledelsen af akutfunktionen har ansvaret for at sikre, at personalet har de fornødne kompetencer til at udføre de behandlingsopgaver, som varetages i akutfunktionen på delegation af læger. Det fremgår imidlertid af Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009, at en autoriseret sundhedsperson, der delegerer sundhedsfaglig virksomhed til en medhjælp skal sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret til og har modtaget instruktion i at udføre opgaven.

Det forekommer altså, at lægen – uagtet at ledelsen af akutfunktionen har en forpligtelse til at sikre de nødvendige kompetencer – fortsat har et ansvar for at medhjælpen har disse kompetencer, da medhjælpen arbejder på lægens delegation.

Dette kompliceres i forhold til den kommunale akutfunktion af den fysiske afstand mellem den ansvarlige læge og den medhjælp, der uddelegeres til. Og kompleksiteten i kommunikationen og lægens mulighed for at leve op til lovens krav vil øges yderligere i de tilfælde, hvor fx to kommuner går sammen om udførelsen af de kommunale akutfunktioner.

Da der er tale om akut syge patienter, hvor udførelsen af de delegerede opgaver potentielt indebærer store risici for patienten, må det antages, at kravene til lægens pligt til instruktion og tilsyn med udførelsen af de delegerede opgaver stiger.

Der er desuden en problemstilling omkring en medhjælps mulighed for at videredelegere til andet personale, herunder ikke autoriserede sundhedspersoner, som ikke er omfattet af autorisationslovens § 17, der handler om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

En illustration af denne problemstilling er forholdene omkring respiratorbehandling i hjemmet. LVS henviser her til Vejledning nr. 105 af 21. december 2011 "Vejledning om koordinering af respiratorhjælp og borgerstyret personlig assistance":

Uanset respiratorhjælpernes ansættelsesforhold er det dermed de ansvarlige læger på respirationscentrene, der har det overordnede sundhedsfaglige ansvar for den respiratorbehandling, der gives i patientens eget hjem. Det vil sige, at respiratorhjælperen behandler patienten efter delegation fra det ansvarlige respirationscenter. Respirationscentret har pligt til at oplære, instruere og føre tilsyn med respiratorhjælpen. I den forbindelse har de ansvarlige læger på respirationscentrene et ansvar for, at de personer, som udøver respiratorbehandlingen i hjemmet, har de kvalifikationer, der er nødvendige for at udføre opgaven. Det betyder blandt andet, at de ansvarlige læger på et respirationscenter kan vurdere, at en person ikke er egnet til at varetage respiratorbehandlingen.

På baggrund af denne klare udmelding om ansvarsfordelingen har man for respiratorbehandling i hjemmet et ganske omfangsrigt uddannelses- og godkendelsessystem for de sundhedsfaglige medarbejdere, der arbejder på delegation fra en læge.

LVS finder det svært betænkeligt, hvis andre patientgrupper med tilsvarende alvorlige sygdomstilstande ikke skal være omfattet af samme høje krav til det sundhedspersonale, som varetager deres behandling på lægelig delegation.

Eksemplet illustrerer endvidere, at man her har været fuldt opmærksomme på både patientens sikkerhed og på lægens mulighed for at føre det nødvendige tilsyn på samme tid. LVS finder, at det er nødvendigt at gøre sig de samme overvejelser for andre patientgrupper.

Kvalitetstandarderne for den kommunale akutfunktion bør derfor indeholde en beskrivelse af, hvordan lægen kan sikres muligheder for at leve op til lovens krav til ham eller hende på dette område. Dette både af hensyn til patientsikkerheden og af hensyn til lægens retssikkerhed.

LVS kan ikke nå anden konklusion, at lægens forpligtelser jf. autorisationsloven samt bekendtgørelse og vejledning om medhjælp entydigt placerer ansvaret for medhjælpens kompetencer og udførsel hos lægen.

Med venlig hilsen



Henrik Ullum

Formand

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

2. januar 2017

DSAM's høringsvar vedrørende Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmeplejen

DSAM takker for muligheden for at kommentere på høringsudkastet vedrørende de kommunale akutfunktioner. DSAM finder arbejdet med at sikre arbejdsgange, kompetencer og ansvarsfordeling af yderste vigtighed for patientsikkerheden og det fremtidige arbejde i primærsektoren.

Nedenfor følger en mere detaljeret gennemgang, men overordnet drejer det sig om:

1) Ny opgave

Der er tale om en helt ny opgave, hvor Akutfunktionen efter visitation kan modtage patienter

- a) fra primærsektor/almen praksis til aflastning og medicinsk behandling, eller
- b) fra sygehus til efterbehandling.

Patienterne kan fysisk opholde sig i eget hjem eller på en kommunal akut-/døgnplads. Der er altså tale om en matrikel uden fast tilknyttet stedlig læge, hvor der i dag ikke foreligger mange erfaringer omkring struktur og organisering. Akutfunktionen er tiltænkt at overgå fra en lægefaglig samarbejdsstruktur til en sygeplejestructur med lægefaglig betjening.

2) Kapacitetsproblemer

- a. Det samlede sundhedsvæsen mangler overblik over opgavens omfang og forventet ressourceforbrug
- b. Den behandlingskrævende aldrende befolkning vil vokse markant
- c. Flertallet af Almen Praksis' har i dag ikke restkapacitet til at byde ind på opgaven
- d. Responstid for almen medicinsk bistand er ikke forventningsafstemt

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

3) Kompetencer og ansvar

- a. Positiv udvikling med opkvalificering af kommunale samarbejdspartnere, hvor almen praksis kan tilknytte patienter til akutfunktionen med bevaret patientansvar
- b. Negativ udvikling med tiltænkt indførelse af *delt ansvar* og symptomansvarlige læger for efterbehandling efter sygehusindlæggelse.
- c. Delt ansvar reducerer patientsikkerhed pga. øget risiko for fejl

Generelle bemærkninger

Der er tiltagende lægemangel i almen praksis. Andelen af praktiserende læger der har lukket for tilgang af nye patienter er stigende, hvilket er et udtryk for, at kapacitetsgrænsen presses. Seneste trivsels-undersøgelse fra 2016 blandt praktiserende læger viser, at lægerne føler sig tiltagende pressede og at lægerne ser deres faglighed blive påvirket i negativ retning af arbejdsbyrden. Samtidig er der udsigt til en stigende ældrebeholdning med flere ekstra opgaver for almen praksis. Disse forhold bekymrer os selv sagt generelt i DSAM, i særdeleshed i forhold til de forventninger, der lægges op til i forhold til almen praksis i høringsudkastet.

Behandlings- og plejemæssige opgaver ved sektorskift bliver mere udflydende ikke mindst hvad angår lægelig betjening og lægeligt ansvar. Da det ikke er muligt på forhånd at forudsige, hvilke patienter der hurtigt stabiliseres, og hvilke der udvikler komplikationer under akut sygdom giver dette potentielle patientsikkerhedsmæssige problemer.

Beskrivelsen af akutfunktionen tager ikke højde for den grundlæggende ændring af hele primærsektoren, der lægges op til. Patienter, der henvises fra hjemmeplejen og almen praksis og patienter, der udskrives fra sygehus er grundlæggende forskellige og har forskelligt plejebestand.

DSAM finder det problematisk, at høringsudkastet ved udskrivelser fra sygehus lægger op til flytning af opgaver fra en behandlingsenhed med fælles ledelse af sygeplejefagligt og lægefagligt personale (sygehusene) til en enhed uden fast lægeligt personale (kommunen). Der foreslås en enstrengt sygeplejefaglig struktur uden klare definerede beskrivelser af, hvordan den lægelige betjening skal tilrettelægges.

DSAM finder at beskrivelsen af selve akutfunktionens sygeplejefaglige personale og udstyr er velbeskrevet og kan medføre et tiltrængt kvalitetsløft. DSAM kunne dog ønske, at sygeplejerskens koordinerende funktion blev uddybet yderligere. Der er behov for at sygeplejersken har overblik over patientens situation og prioriteringer/ønsker og kan inddrage eventuelle pårørende. Dertil kræves gode samarbejdskompetencer og forståelse for de forhold der gør sig gældende hos samarbejdspartnere uden for egen organisation.

DSAM finder, at aftaler om den påtænkte omstrukturering af sundhedsvæsenet bør løftes til et centralt og overordnet niveau med sikring af de prioriteringer og aftaler, der skal til for at få planen sikkert forankret der, hvor opgaverne skal løses. Det bekymrer desuden, at der lægges op til at dette skal aftales efterfølgende på regionalt niveau mellem de involverede parter.

Patienttyper og opmærksomhedspunkter

For overskuelighedens skyld tages udgangspunkt i de forskellige patienttyper (hvilket også refererer til forskellige samarbejdsparter), der lægges op til som målgruppe for de kommunale akutfunktioner. For hver type har vi anført de problemer og i nogle tilfælde trusler mod patientsikkerheden, som vi ser. Fælles for alle 3 patienttyper er, at omfanget af de påtænkte indsatser/opgaver ikke er kendt.

A. Patienter, som hjemmepleje eller hjemmesygepleje eller andre ikke-læger kontakter mhp. praktisk hjælp til vurdering eller intervention.

Her er tale om en opgradering af den indsats, som i dag foregår meget forskelligt i kommunerne. Læger kan se frem til en opkvalificeret samarbejdspartner i kommunen, og dette hilses velkomment.

Der vil være behov for lægelig sparring i forhold til planlægning af indsatsen i akutfunktionen og for forventningsafstemning i forhold til samarbejdet, når lægen endeligt kontaktes.

B. Patienter, som tilknyttes akutfunktionen, enten ved samarbejde med et kommunalt akutteam eller indlæggelse på en kommunal akutplads, via almen praksis.

I nogle tilfælde svarer dette til, hvad der sker i samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger på forskellig vis rundt omkring i kommunerne i dag. Der lægges dog op til en mere systematisk tilgang til dette samarbejde i fremtiden. Det er derfor en ny opgave for almen praksis, at varetage lægebetjeningen af disse akut syge patienter, som fremover enten i eget hjem eller på en kommunal akutplads forventes observeret og behandlet i den kommunale akutfunktion i nærmiljøet, med henblik på at undgå dyre og "undgåelige" sygehusindlæggelser.

Potentielt ustabile patienter vil have brug for akut eller subakut lægehjælp. Der vil formentlig i mange tilfælde være behov for flere daglige kontakter mellem læge og akutfunktion og potentielt behov for akutte sygebesøg, hvilket er vanskeligt foreneligt med varetagelse af almen praksis' øvrige opgaver, som de typisk varetages i dag. Der vil formentlig være behov for opfølgning fra vagtlægen uden for dagtiden, som kræver stillingtagen af egen læge efter få timer, typisk om formiddagen hvor praktiserende læger har mest travlt med planlagte konsultationer. Specielt i Region Hovedstaden, hvor lægevagten typisk ikke er speciallæge i almen medicin, vil dette give udfordringer. Der må være forståelse for, at en ensartet og forudsigelig håndtering af patientforløbene ikke kan forventes. I situationen vil indsatsen bero på et konkret lægeligt skøn, med den enkelte patients tarv for øje, og heri vil det også have betydning hvilke praktiske muligheder den enkelte læge har for opfølgning i den givne situation. Selve tilrettelæggelsen af den tværfaglige og tværsektorielle indsats ved de kommunale akutfunktioner vil være ressourcekrævende, og være afhængig af en samarbejdsstruktur, som ikke findes i dag.

C. Patienter, som udskrives fra sygehuset før de efter nuværende forhold er færdigbehandlede, og som ikke er i stand til at klare sig med almindelig hjemmesygepleje, og som fortsat lægebetjenes helt (eller delvist) af hospitalslæger.

Denne (eller disse) patientgrupper bør beskrives mere detaljeret, således at det er muligt at vurdere mere specifikt hvilke faglige kvalifikationer, der kræves af det sygeplejemæssige personale, der skal have ansvaret for dem.

Herudover skal der foretages en vurdering af hvor intensiv den lægefaglige overvågning bør være. Som beskrevet i det nuværende oplæg drejer det sig om patienter, der kan kræve ret intensiv monitorering. Dvs. at ud over højt kvalificeret plejepersonale til at overvåge patienterne, kan der i nogle tilfælde være brug for læger med specialekendskab, der dagligt tilser patienterne.

DSAM mener ikke der under de nuværende betingelser er hverken faglig eller kapacitetsmæssig basis for at sprede disse opgaver ud på landets praktiserende læger og vagtlæger.

Lægeligt ansvar

I høringsudkastet er man meget bevidst om problemet med delt lægeligt ansvar, og der skrives helt klart i værdigrundlaget at "samarbejdet på tværs af sektorer og faggrupper skal være præget af kontinuitet og en klar ansvarsfordeling af opgaver i patientens forløb, ligesom det lægelige behandlingsansvar skal være klart og entydigt, så det er tydeligt for personalet i akutfunktionen, hvor de skal henvende sig ved spørgsmål vedrørende det konkrete patientforløb."

Denne påtænkte 'entydige' opdeling er alt for teoretisk ift. virkeligheden. Det vil ofte kræve en lægelig vurdering at fastslå om en ny problematik har med den sygehusbehandlede tilstand eller behandling at gøre, eller er en 'almenmedicinsk problemstilling'. Det er netop almen praksis visiterende opgave, at vurdere de henvendelser vi får omkring symptomer eller tilstande hos vores patienter, og denne kerneopgave kan man ikke forvente varetaget af personalet i akutfunktionen. Der er brug for et entydigt lægeligt PATIENTANSVAR, ikke et fraktioneret behandlingsansvar.

Patient og akutfunktionspersonalet bør ikke bringes i den usikre situation det vil være, når der ikke er entydighed i det lægelige ansvar. Risiko for fejl øges og det er ikke etisk forsvarligt at patienten let kan blive kastebold mellem sektorerne, hvis der er uklarhed om, hvem der skal tilse patienten.

Forskellige pleje- og behandlingsbehov

Patienter henvist fra almen praksis har grundlæggende et helt andet plejebenhov end mere eller mindre ustabile specialepatienter udskrevet fra sygehus. Det kendes i dag fra de medicinske afdelinger, hvor ældre multisyge patienter, ofte bliver tabt blandt specialepatienterne.

De ældre multisyge patienter har i de fleste tilfælde et pleje- og genoptræningsbehov, der kræver tryghed, faste rammer og et personale, der er specielt uddannet til at tage sig af patienter, med flere interagerende sygdomme. Disse patienter er hyppigt ikke selvhjulpne, kan være forvirrede og plejekrævende og kræver ofte mange indlæggelser.

Overflyttede hospitalspatienter med en dominerende sygdom har et monitorerings- og færdigbehandlingsbehov. De kan oftest selv klare grundlæggende plejebenhov, og fokus bliver her oftere på de rehabiliterende indsatser. Plejepersonalet skal være veluddannet i at kunne varetage netop observationen og monitorering af specifikke

kirurgiske og medicinske sygdomme. En opgave, der fagligt, pædagogisk og organisatorisk er væsensforskellig fra at pleje de multisyge meget skrøbelige patienter.

Dette dilemma i behandlingen og monitorering af væsensforskellige patientgrupper bør beskrives og indgå i organisatoriske løsninger.

Opsummering - lægens rolle og opgave.

Høringsudkastet er mangelfuldt omkring beskrivelsen af de lægelige funktioner – både hvad angår krav til kompetencer og krav til ressourcer. Det handler dels om behovet for at kunne yde akut og subakut lægehjælp, samt hele punktet omkring delt ansvar, når læger fra flere sektorer er indblandet i behandling af den enkelte patient. Der er ikke konkret anført noget om forventet responstid – hhv. telefonisk, elektronisk eller ved fremmøde for den lægelige indsats, men udelukkende beskrivelser af, hvordan selve akutfunktionen skal stå til rådighed hele døgnet.

De lægelige opgaver er således ikke detaljeret beskrevet og omfanget bliver derfor heller ikke klart.

Det er væsentligt at medtage erfaringer fra tidligere projekter i tilrettelæggelsen af fremtidens sundhedsvæsen. Et forsøg med udlægning af hospitalsfunktioner til anden funktion i Svendborg, med lægedækning fra Almen Praksis (Hospitalet) måtte ophøre grundet overdødelighed blandt de patienter, der ikke kom på hospitalet primært.

DSAM bidrager gerne til arbejdet med at afklare behovet for lægelige indsatser i det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde med de kommunale akutfunktioner.

Der vil, som det også fremgår af høringsudkastet, desuden være behov for løbende evaluering og justering af indsatserne i de kommunale akutfunktioner, og det fremgår ikke, hvorledes lægefaglige kompetencer tænkes inddraget i den forbindelse. Her kan DSAM tillige bidrage.

Med venlig hilsen



Anders Beich

Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin



Horsens Kommune
Rådhusstorvet 4, 8700 Horsens

Velfærd og Sundhed
Velfærds- og Sundhedsstaben
Sagsbehandler:
Ulla Hjorth
Direkte: 76293546
Mobil: 28126973

**Sundhedsstyrelsen
Planlægning**

Att.: Niels Gadegaard.

www.horsens.dk

Sagsnr. 29.18.00-K04-1-16
Dato: 13.12.2016

Høringssvar kvalitetsstandarder i akutsygeplejefunktioner i hjemmesygeplejen, Horsens kommune

Vi vil gerne bemærke, at vi finder høringsoplægget generelt fremstår godt og gennembearbejdet, og således danner en væsentlig ramme i forhold til, at tilpasse kommunens akutfunktion til fremtidens behov.

- I afsnit 1.4 – Værdigrundlag ønskes en tydeligere præcisering af, hvad der menes med, at medarbejderne skal have de fornødne kompetencer til at varetage behandling og pleje på forsvarlig vis.
- I afsnit 1.4 – Værdigrundlag ønskes en tydeligere præcisering af, hvad der menes med, at der skal arbejdes systematisk med patientsikkerhed i akutfunktionen.
- I afsnit 2 – Sammenfatning af krav og anbefalinger – under instrumentelle indsatser side 9: Intravenøs væskebehandling bør præciseres i forhold til, hvilke typer der er tale om, da kompetencerne blandt akut sygeplejerskerne skal være tilstede for at kunne udføre opgaven.
- I afsnit 2 – Sammenfatning af krav og anbefalinger – under instrumentelle indsatser side 9: Intravenøs og parenteral ernæringsterapi, herunder smertebehandling bør præciseres i forhold til, hvilke typer der er tale om, da kompetencerne blandt akut sygeplejerskerne skal være tilstede for at kunne udføre opgaven.
- I afsnit 2 – Sammenfatning af krav og anbefalinger – under instrumentelle indsatser side 9: Intravenøs og parenteral ernæringsterapi, herunder pasning og genanlæggelse af sonder bør præciseres i forhold til, hvilke typer der er tale om, da kompetencerne blandt akut sygeplejerskerne skal være tilstede for at kunne udføre opgaven.

- I afsnit 9b- Ansvar og samarbejde mellem sektorer – her anbefales det, at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes. Det finder vi er en unødigt administrativ arbejdsgang. Vi foreslår anbefalingen retter sig mod de situationer, hvor der er indgået aftale om denne meddelelse eller når sygeplejersken vurderer det værende relevant, at informerer praktiserende læge.

Med venlig hilsen

Tage Carlsen
Ældre- og Sundhedschef



Hørings svar fra Odder Kommune vedr. høringsudkast for kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Odder Kommune ser frem til kvalitetsstandarder, som kan bidrage til et mere ensartet akuttilbud på tværs af kommunerne. Odder Kommunes erfaringer fra to år med et akutteam har vist, at det er en meget relevant funktion, som forbedrer mulighederne for hurtigere sygeplejefaglig vurdering og eventuel lægekontakt for borgere med akut opstået sygdom eller forværring af kendte symptomer.

Odder Kommune har to opmærksomhedspunkter i forhold til høringsudkastet, som begge tager udgangspunkt i patientgrundlaget:

- Odder Kommune har akutsygeplejerske i vagt alle årets dage i tidsrummet kl. 9-16 (kl. 10-16 i weekend og helligdage). Akutsygeplejersken er disponibel for de akutte og ukendte opgaver, der opstår i løbet af dagen, mens andre personaler varetager de kendte opgaver på dagen. Mødetiderne for akutsygeplejersken er tilpasset i forhold til, hvornår Odder Kommune modtager flest akutte henvendelser.

I de resterende timer af døgnet varetages de akutte opgaver af vagthavende sygeplejerske og Odder Kommunes korttidsafsnit. Korttidsafsnittet er rettet mod borgere med akut behov for midlertidig ophold udenfor egen bolig med sundhedspersonale tilstede hele døgnet. Hvis der ikke er ledige pladser på korttidsafsnittet, og den vagthavende sygeplejerske er fuld planlagt med kendte opgaver, kan vedkommendes tid til akutte opgaver påvirkes deraf.

- Odder Kommune kan varetage de opgaver, som beskrives i udkastet. Dog vil der i enkelte vagter ikke kunne anlægges venflon, for selvom de fleste er oplært, er det en opgave, som varetages så sjældent, at det er problematisk at bevare de rette kompetencer og den rette erfaring.

Med venlig hilsen

Louise Hofman Nyholm
Leder af Hjemmesygeplejen

Sagsbeh.

Klaus Grabbert

Tlf. 5138 6162

klaus.grabbert@odder.dk

Side 1/1

Sundhedsstyrelsen
Sagsnr. 4-1611-112/1
Reference NIVG

3. januar 2017

Høringsvar vedr. ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner”

Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Sundhed Danmark, er den 22. december 2016 blevet gjort opmærksom på en høringsproces vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Da Sundhed Danmark ikke havde fået høringen tilsendt direkte, har Sundhedsstyrelsen valgt at udvide høringsperioden frem til 4. januar 2017. Dog har Sundhed Danmark pga. jul og nytår ikke kunne sikre en tilbundsående høring blandt vores medlemmer.

Til trods for at alle høringer er offentlige, så opfordrer Sundhed Danmark til, at Sundhedsstyrelsen fremadrettet i højere grad vælger aktivt at inddrage private aktører, der leverer på de respektive områder.

Derfor vil vi heller ikke have en detaljeret kommentarer til standarderne, men har valgt at fokusere på de overordnede linjer og snitfladeproblematikkerne.

Sundhed Danmarks medlemmer tilbyder sundhedsydelser både i kommuner og regioner – fra sygehus over lægehus til kommunal sundhed. Derfor er det sammenhængende sundhedsvæsen, som de vedtagne akutpladser er en del af, en prioriteret emne for os.

Målgruppen for akutfunktionerne i hjemmesygeplejen er blandt andet den ældre medicinske patient. Som brancheforening under Dansk Erhverv er Sundhed Danmark således også opmærksom på sammenhænge til ældreplejen, hvor borgeren bl.a. i forhold til hjemmepleje har frit leverandørvalg efter serviceloven regler. Eller bor på et af Danmarks ca. 120 ikke-offentlige plejecentre.

Sundhed Danmark har på den baggrund følgende bemærkninger

- Sundhed Danmark er kritisk over, at alle opgaver i udkastet til standarder beskrives som kommunale. Dette på trods af, at løsningen sagtens kunne være placeret i en selvstændig privat eller selvejende enhed eller løst i et samarbejde mellem den kommunale drift og ikke-offentlige leverandører.
- Sundhed Danmark peger konkret på, at udkastet til nye standarder udelukkende omtaler lægehuse med overenskomst med PLO. Dette på trods af, at 50.000 danskere i dag er tilknyttet et ydernummer, der har været i udbud.
- Tilsvarende er det kritisabelt, at standarderne kobles så tæt til sundhedsaftalerne, som private ikke en inkluderet i. Sundhed Danmark peger på, at private hospitaler alene i 2015 havde 129.000 besøg fra offentlige patienter og at mange lægehus i dag er privat drevet
-
- Sundhed Danmark peger også på, at der i dag er et velfungerende offentlig-privat samarbejde i ældreplejen, hvor hver tredje borger visiteret til hjemmehjælp efter reglerne om frit valg har valgt en privat leverandør.

Sundhed Danmark peger konkret på, at flere kommuner aktivt har inviteret private leverandører ind i samarbejde om hjemmesygeplejen og dermed skabt mulighed for bedre sammenhæng mellem ydelser for den ældre borger. Sundhed Danmark kan her henvise til den rundspørge foretaget af Kommunernes Landsforening, KL, i forbindelse med Sundheds- og Ældreministerens besvarelse den 30. maj 2016 af spørgsmål stillet af Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg (SUU 2015-16, alm. del nr. 446).

- Sundhed Danmark ønsker også, at der opstilles realistiske svartider på de enkelte prøvesvar. Dette så patienten har muligheden for at bruge sin ret til udvidet frit sygehusvalg.
- Dog vil Sundhed Danmark gerne rose det fokus, der er lagt på værdier i standarderne. Værdighed og patient- og pårørendeinddragelse, Sammenhæng i patientens forløb og Høj kvalitet og patientsikkerhed vil være at finde i mange virksomhedsgrundlag hos medlemmerne og er ligeledes prioriterede emner for Sundhed Danmark.

Ansvar og samarbejde

Da der på nuværende tidspunkt ikke er åbnet fra PLO's side af, at private lægehuse inkluderes i hverken de kommunale lægeudvalg eller generelt involveres i det koordinerende arbejde lokalt, kan det ikke forventes, at de private lægehuse faktisk får mulighed for at være med til udvikle rammerne, som angivet i dette afsnit. På samme vis indgår de private hospitaler ikke i sundhedsaftalerne – om end de skal følge dem, så derfor vil disse heller ikke blive inkluderet i arbejdet.

Derfor anbefales det, at kvalitetsstandarderne udbygges med en klar beskrivelse af, at:

- Hvor der har været ydernumre i udbud skal regionen og kommunen sikre,
- Hvor der er aftalesygehuse i regionen, der har aftaler med Danske Regioner om fx demens, neurologi eller tværfaglig smertebehandling (som kunne være del af målgruppen)
- Hvor der i dag eksisterer samarbejde med private leverandører og hvordan det konkret sikres at borgeren ikke oplever unødige brud på kontinuitet i plejen. Sundhed Danmark skal henvise til, at regeringsgrundlaget for VLAK-regeringen netop rummer en ambition om dels et styrket frit valg, men også en kommende kortlægning af barrierer for netop borgerens frie valg.

Hvis ikke private involveres, når rammerne diskuteres ift. praksisplaner og sundhedsaftaler, risikeres det, at de mange tusinde danskere, der bruger private hospitaler som en del af deres rettigheder, er tilknyttet et privat lægehus eller har et privat/selvejende kommunalt tilbud ikke inkluderet i tilbuddet.

Volumen

Derudover lægger Sundhedsstyrelsen selv vægt på, at *"Kommuner med et lille patientgrundlag kan eventuelt indgå i tværkommunale samarbejder for at sikre et tilstrækkelig patientgrundlag til at personalet kan vedligeholde deres kompetencer"*. Hvis det igen udelukkende har et fokus på en offentlig løsning af opgaven, så får hverken kommune eller regionen udnyttet det potentiale, der kan være i den private kapacitet på hospitaler, lægehuse og andre enheder

Derfor anbefales det, at Sundhedsstyrelsen både skærper formuleringen, så et for lille volumen skal resultere i en fælles løsning. Og at denne løsning med fordel kan være i et samarbejde med private aktører i området. Alternativt at kommunen forpligtes til som minimum af afdække, om der er private, der kunne løse opgaven tættere på borgerens hjem end et tværkommunalt samarbejde ville kunne sikre.


Vedligeholdelse af kompetencer

Sundhed Danmark vil gerne rose Sundhedsstyrelsens fokus på efteruddannelse af personalet. Men med de nuværende formuleringer er de private undtaget af mulighederne for samarbejder.

Derfor anbefales det, at hvor private kommer til at løse opgaven er det vigtigt, at disse gives samme muligheder for at indgå i de beskrevne samarbejder med kommuner og sygehuse.

Sundhed Danmark stiller sig meget gerne til rådighed for uddybning af ovennævnte.

Med venlig hilsen



Jesper Luthman
Branchedirektør



Sundhedsstyrelsen

jkr@sst.dk

Dato
4. januar 2017

Sagsnr. / Aktid
/366382

Sagsbehandler: Dorthe Ro-
dian Arleth

Høringsvar vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Ved mail af 2. december 2016 har Sundhedsstyrelsen udsendt ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger” i høring med frist for bemærkninger den 22. december 2016. Lægeforeningen/PLO har anmodet om og fået udsættelse fra høringsfristen indtil den 4. januar 2017.

PLO finder, at den politiske prioritering af ældre syge borgere med handlingsplanen for den ældre medicinske patient er nødvendig for at sikre indsatsen for disse borgere. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner er en del af denne handlingsplan. I kvalitetsstandarderne anføres et værdigrundlag om værdighed, sammenhæng og høj kvalitet og patientsikkerhed. PLO finder disse overordnede værdier helt grundlæggende i patientbehandlingen, og har bl.a. i den forbindelse med tilfredshed noteret, at det fremgår af værdigrundlag, ”at tilbuddet i akutfunktionen ikke kan erstatte en sygehusindlæggelse”, og at ”...en klar ansvarsfordeling af opgaver i patientens forløb, ligesom det lægelige behandlingsansvar skal være klart og entydigt, så det er tydeligt for personalet i akutfunktionen, hvor de skal henvende sig ved spørgsmål...”. Sidstnævnte afspejler sig imidlertid efter PLO’s opfattelse på ingen måde i styrelsens anbefalinger for lægedækning af kommunale akutfunktioner.

Med baggrund i ovennævnte kan PLO’s bemærkninger til kvalitetsstandarder i kommunale kvalitetsstandarder indeles i fem områder – 1) Omfang og indsatsen i kommunale akutfunktioner, 2) kapacitet i almen praksis, 3) lægeligt ansvar, 4) økonomiske forhold samt 5) øvrige bemærkninger.

1. Omfang og indsatsen i kommunale akutfunktioner

Det fremgår af kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, at kommunerne fremover skal tilbyde sådanne funktioner, enten i form af akutsengepladser og/eller akutteams. Målgruppen er patienter, som efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje – og/eller behandlingsbehov og patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling – med henblik på at hindre sygehusindlæggelse. Visse kommuner har allerede etableret sådanne akutfunktioner, men langt fra alle. Ændringen af den kommunale medfinansiering vil yderligere give kommunerne incitament til at etablere tilbud til denne målgruppe. Styrelsens krav vil dermed øge omfanget af patienter, som modtager pleje og behandling i kommunalt regi, frem for i sygehusvæsenet.

Med kravene indføres således en helt ny funktion i det danske sundhedsvæsen, hvor der lægges op til, at praktiserende læger skal varetage flere, nye og mere komplekse opgaver, som hidtil er varetaget på sygehus. Udbredelsen af kommunale akutfunktioner og omfanget af indsatsen og de nye opgaver er ikke angivet eller estimeret, hvilket er særdeles problematisk i forhold til at vurdere opgavens omfang og opgavens faglige indhold, såvel aktuelt som i et 5 eller 10-årigt perspektiv.

Praktiserende læger kan derfor ikke generelt og umiddelbart påtage sig disse nye opgaver, så længe der udestår disse kapacitetsmæssige, faglige og økonomiske spørgsmål. Dette uddybes under 2.-4. nedenfor.

2. Kapacitet i almen praksis

Praktiserende læger skal løse et stigende antal opgaver, herunder bl.a. i forholdt til borgere med kroniske sygdomme. PLO finder, at det i mange henseender er både hensigtsmæssigt og relevant såvel fagligt som økonomisk, at almen praksis varetager behandlingen, og i princippet også i et vist omfang patientbehandlingen på kommunale akutfunktioner. Almen praksis er imidlertid ramt af lægemangel, særligt i de egne af landet, hvor der også er flest ældre, syge borgere. Derfor kan praktiserende læger ikke blot påtage sig nye opgaver og stå inde for kvaliteten, herunder være ansvarlig for den lægefaglige støtte til de kommunale akutfunktioner. For at almen praksis kan varetage dette fagområde, der opgavemæssigt er stigende i både antal og faglig kompleksitet, er det nødvendigt, at vi har både læger og personale til at løse disse opgaver. Forudsætningen for dette er aftaler med myndighederne (RLTN), således at vi kan planlægge løsningen af disse opgaver. Dette uddybes under 4.

3. Lægeligt ansvar for patienter på kommunale akutfunktioner

Sundhedsstyrelsen anbefaler i kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner grundlæggende et delt ansvar mellem praktiserende læge og sygehuslæger i forhold til patienter på kommunale akutfunktioner. Styrelsens anbefaling er illustreret i figur 1. Illustrationen ændrer dog ikke på, at det lægelige ansvar ikke er entydigt, hvilket PLO finder meget problematisk og stridende imod værdien om at sikre sammenhæng og høj kvalitet og patientsikkerhed. Et delt ansvar vil også betyde, at personalet i akutfunktionerne skal bruge betydelige ressourcer på at skaffe den nødvendige lægefaglige understøttelse til patienter i akutfunktionen, da personalet let bliver offer for den tvivl, der også vil være blandt læger på henholdsvis sygehus og i almen praksis, om snittet for det delte ansvar i relation til den enkelte patient.

For at sikre entydighed i det lægelige ansvar for behandling af patienter på akutfunktioner skal PLO foreslå følgende grundlæggende ansvarsfordeling:

Den læge, som henviser borgere til den kommunale akutfunktion, har det lægelige behandlingsansvar. Det vil sige, at praktiserende læger har ansvaret for de patienter, som henvises via almen praksis, mens sygehuslægen har ansvaret for patienter,

ter, der henvises til akutfunktionen efter sygehusbehandling. I denne sammenhæng anses Region Hovedstadens 1813, som sygehusbehandling, mens henvisning fra vagtlæge i øvrigt, falder under praktiserende læger.

Hele behandlingsansvaret for patienter på kommunale akutfunktioner kan dog overdrages fra sygehuslæge til praktiserende læge, og omvendt for den sags skyld, efter forudgående aftale og accept mellem de to læger, i forhold til den enkelte patient. Herved opnås, at det lægelige ansvar altid er entydigt og kendt af personalet på den kommunale akutfunktion.

På grund af usikkerheden med hensyn til opgavens omfang og kapacitetsproblemer i almen praksis kan det i visse egne af landet, vise sig vanskeligt for de praktiserende læger at varetage og overtage behandlingen af patienter, som er henvist til en akutfunktion. Det kan derfor, i tillæg til ovenstående og uden at gå på kompromis med entydigheden i det lægelige ansvar, foreslås, at der kan indgås aftaler mellem region, kommune og PLO-regionalt med ”fast tilknyttet praktiserende læge på akutfunktion”, som det i dag bl.a. benyttes i Ålborg Kommunes akutfunktion. Ved en sådan aftale vil der i højere grad kunne ske overdragelse af behandlingsansvaret fra sygehuslæge til praktiserende læge (fast tilknyttet), dog stadig med forudgående aftale og accept.

Det anbefales også af Sundhedsstyrelsen, at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at det også ved fortsat behandling på en kommunal akutfunktion, er en sygehuslæge, som er ansvarlig herfor. Dette kan PLO tilslutte sig af hensyn til kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen, men det bør også netop derfor føre til, at sygehuslægen er den ansvarlige læge for patienter, der henvises af sygehuslæge til kommunal akutfunktion.

4. Økonomiske forhold

Etableringen af kommunale akutfunktioner medfører som nævnt ovenfor, at de praktiserende lægers opgaver blive mere lægefagligt krævende, da patienter på kommunale akutfunktioner vil have komplekse pleje – og/eller behandlingsbehov. Opgaverne vil også øges i omfang, fx i form af komplekse sygebesøg og tæt dialog med personalet på akutfunktionerne. I dag er antallet af patienter på disse kommunale akutfunktioner uklart for de praktiserende læger og den lægefaglige backup til disse patienter er ligeledes uklar.

PLO kan her og nu ikke leve op til Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger. Det forudsætter, at der etableres det nødvendige aftalegrundlag mellem PLO, RLTN (+ evt. PLO-regionalt, region og kommune) om vilkårene for opgavernes udførelse, herunder honorering og evt. tilpasning af den økonomiske ramme for almen praksis.

5. Øvrige bemærkninger

Sundhedsstyrelsen anbefaler i kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, at der bør foreligge en skriftlig henvisning indeholdende en beskrivelse af patientens tilstand/problemstilling og en behandlingsplan af hensyn til opgaveoverdra-

gelsen til personalet i den kommunale akutfunktion, og eventuelt mellem sygehuslæge og praktiserende læge. Dette kan PLO tilslutte sig, men savner svar på, hvorledes det (teknisk) understøttes.

Videre foreslås, at den kommunale akutfunktion giver meddelelse til den praktiserende læge, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes. Også dette finder PLO relevant og vil foreslå, at det praktiske/tekniske set-up for dette følger den arbejdsgang, som er aftalt for tilbagemelding til almen praksis for kommunale forebyggelsestilbud.

Kopi af dette svar er sendt til Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner for drøftelse i de pågående overenskomstforhandlinger mellem RLTN og PLO.

Med venlig hilsen

Dorthe Rodian Arleth

Høringssvar

Jr. / 2016 - 8114
04-01-2017

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Alle patienter skal vurderes af en læge, inden de indlægges på en kommunal akutfunktion

Prioritering af indsatsen overfor ældre og syge borgere i handlingsplanen for den ældre medicinske patient er nødvendig og rigtig. Det er også positivt, at der som led i planen skal udarbejdes kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner.

Tlf.: 3544 8500
Tlf.: 35448141 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: llg@DADL.DK
www.laeger.dk

Men Lægeforeningen er nødt til at understrege en grundlæggende bekymring over formuleringer i dette høringsudkast, hvor Sundhedsstyrelsen beskriver disse kvalitetsstandarder. Det drejer sig i særlige grad om de afsnit, som handler om indlæggelser på en akutfunktion. Et sted i teksten beskrives, hvordan f.eks. en hjemmesygeplejerske i nogle situationer skal kunne visitere direkte til en akutfunktion.

Det vil Lægeforeningen kraftigt advare imod. Det er helt afgørende, at alle patienter – uanset sygdom – vurderes lægeligt, for om der er grund til at overveje indlæggelse på en enten en akutfunktion eller et hospital. Det gælder også patienter på plejehjem og institutioner.

Formuleringerne i høringsudkastet giver ikke den nødvendige sikkerhed for denne essentielle lægelige vurdering. Lægeforeningen vil stærkt anbefale, at det præciseres, at det altid skal være en læge, der afgør henvisning, for at sikre at akutfunktionerne får de rette patienter, og der skabes tillid til at patienten modtager den tilstrækkelige kvalitet af udredning og behandling. Rettes der ikke op på det i de endelige retningslinjer, risikerer man udvikling af et parallelt sundhedsvæsen for ældre og medicinske patienter, som ikke har samme sikkerhed for at få relevant hjælp som andre patienter, og hvor den nødvendige tillid til de kommunale akutfunktioners kompetenceniveau ikke opbygges.

Akutfunktioner må ikke erstatte sygehusindlæggelse.

Lægeforeningen vil samtidig pege på risikoen for, at de nye akutfunktioner udvikler sig til en slags erstatning for sygehusindlæggelse. Der står ganske vist helt indledningsvist i høringsudkastet, at akutfunktionen ikke kan erstatte en sygehusindlæggelse, men de konkrete formuleringer peger i en anden retning. Det falder i øjnene, at man bruger betegnelser som 'ustabile patienter' med 'et komplekst sygdomsbillede' om patienter på akutfunktioner. Ustabile patienter bør efter Lægeforeningens vurdering være indlagt på hospital, indtil deres tilstand er stabil.



Det er ligeledes bekymrende, at man i høringsudkastet forventer, at kommunale akutpladser over tid skal kunne varetage – uspecificeret - behandling af børn og behandling med kemoterapi. Her bør det efter Lægeforeningens vurdering igen præciseres, at det er en læge, der afgør, hvilke patienter der henvises til akutfunktionerne. Det er desuden afgørende om der er de rette kompetencer og backup til stede i akutfunktionerne eller i hjemmet, som er nødvendig for at kunne varetage disse opgaver. Lægeforeningen anbefaler at akutfunktionerne foreløbig udvikles med de basale opgaver, kvalitetsstandarderne foreskriver inden det anbefales, hvad de skal kunne udvikles til.

Kommuner, regioner og almen praksis bør sammen vurdere kapacitet

Ifølge høringsudkastet er det kommunen, der visiterer til akutfunktionen og fastlægger kapaciteten. Lægeforeningen finder, at det bør præciseres, at dette bør ske i et samarbejde med regionen og de praktiserende læger. Kapaciteten har direkte afsmittende effekt på sygehusets kapacitet og på krav til eventuelle udgående ydelser samt på krav til almen praksis' ydelser og muligheden for at imødekomme behovet. Lægeforeningen har tidligere overfor Sundhedsministeriet anbefalet, at der udarbejdes et skøn over behovet for kapacitet i akutfunktionerne. Det vil vi stadig anbefale, når retningslinjerne ligger endelig fast. Når opgaver flyttes fra en sektor til en anden er det op til driftsherrerne at sikre at det foregår styret og planlagt.

Arbejdsdelingen mellem sygehuslæger og praksis er ikke entydig

Høringsudkastet fremhæver, at det lægelige behandlingsansvar skal være klart og entydigt for personalet og samarbejdet på tværs skal være præget af kontinuitet og klar ansvarsfordeling af opgaver. Vi er enige i målsætningen, men efter Lægeforeningens opfattelse afspejler dette sig heller ikke klart i det udsendte udkast. Den anførte arbejdsdeling mellem sygehuslæger og praktiserende læger vil skabe en række usikkerhedspunkter for personalet med betydning for patientens behandling.

Detaljerede bemærkninger til høringsudkastet

1. Lovgrundlag og organisering

Lægeforeningen anbefaler at lovgrundlaget for lægelige ydelser til akutfunktionerne gøres klart.

I afsnit 1.3. (s. 6, 1. afsnit) præciseres, at sundhedsloven skal forstås således, at kommunerne er ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen og at de kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje. De sygeplejefaglige opgaver er således klart beskrevet i denne forbindelse.



Lægeforeningen forstår herudover Sundhedsloven sådan, at kommunerne med meget få undtagelser ikke har ansvaret for lægelige behandlingsopgaver (f.eks. udover for børn og unge, der har særlige behov og behandling af alkohol og stofmisbrugere).

Lægelige behandlingsopgaver i akutfunktionerne, skal derfor løses med udgangspunkt i det ansvar, som regionerne har for drift af sygehusvæsenet og evt. udgående funktioner eller i sammenhæng med aftaler med praksissektoren beskrevet i sundhedsaftalerne. Lægeforeningen finder, at det regionale ansvar sikrer, at den lægelige ydelse er bedst muligt fagligt forankret på basis af kliniske retningslinjer, lægernes adgang til journalsystem, adgang til uddannelse, diagnostisk, faglig rådgivning m.v.

2. Tilrettelæggelse af kommunale akutpladser (ad afsnit 3)

Lægeforeningen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen vurderer kapacitetsbehovet for akutfunktioner og der udvikles en planlægningsmodel for fremtidig flytning af opgaver (nye patientgrupper) fra sygehuse til akutfunktioner.

Lægeforeningen anbefaler en opfølgning på om de kommunale akutfunktioner udvikler sig i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne.

Oprettelsen af kommunale akutfunktioner medfører, at flere patientgrupper, der tidligere blev behandlet på sygehus, flyttes til et kommunalt tilbud, hvor de har brug for pleje og lægehjælp. Der er tale om en glidende udvikling, hvor der fortsat er stor forskellighed i de kommunale tilbud. Efter Lægeforeningens opfattelse er formålet med kvalitetsstandarder at sikre en større ensartethed og forudsigelighed i de opgaver kommunernes akutfunktioner under et kan/skal løse. Herudover gives kommunerne med kvalitetsstandarderne et redskab til at fastlægge et mere ensartet kvalitetsniveau. I de videre arbejde bør Sundhedsstyrelsen have fokus på denne udvikling og sikre at kvalitetsstandarderne følges.

De tilbud, der skal udvikles, skal baseres på bedst mulig viden om hvilken opgave, der skal løses. Først når kvalitetsstandarderne ligger endelig fast, kan den nødvendige kapacitet vurderes og derefter kan man fastlægge, hvor mange og hvilke læger og andet personale, der skal løse opgaverne. Der foreligger i dag en vis erfaring i kommuner og på sygehuse, som der bør kunne tages udgangspunkt i.

Der bør udarbejdes en planlægningsmodel for udflytning af opgaver, så det bliver muligt at prognosticere og dimensionere til det fremtidige behov for akutfunktioner og ressourcer, økonomi, DRG-takster og aftaler kan tilpasses de relevante steder.

3. Målgruppe for den kommunale akutfunktion (ad afsnit 4)



Indlæggelse på en kommunal akutfunktion, skal altid ske ved lægelig henvisning, uanset om det er i hjemmet eller i særlige institutionelle rammer akutfunktionen tilrettelægges.

Der bør altid foreligge en behandlingsplan.

Det skal indledningsvis bemærkes, at kommunale akutfunktioner ikke kun vil være relevante for ældre patienter, hvorfor **aldersbetragtningen bør udgå** og beskrivelsen dreje sig om sygdomstilstande og indsatser (jfr. pkt. 4.1. s. 14 1. afsnit)

Af høringsudkastet (side 14, 2. afsnit) fremgår det, at én målgruppe er patienter med *akut opstået eller forværring af kendt sygdom* med behov for observation, pleje og/eller behandling. Lægeforeningen mener, at disse patienter skal henvises af en læge – for at sikre, at der er taget lægelig stilling til, at patienten ikke har behov for udredning på sygehus før de indlægges på akutplads, jfr. udgangspunktet i pkt. 1.4.

Det nævnes (s. 14, 2. afsnit), at hvis patienten ikke er stabil, kan sygeplejefaglig udredning synliggøre, om der er behov for indlæggelse. Set fra et lægefagligt synspunkt skal alle patienter, der er ustabile, tilses og vurderes af en læge.

Der fremgår endvidere (s. 14, 4. afsnit), at sygeplejefaglig udredning kan synliggøre et behov for indlæggelse og (s. 14, 5. afsnit), at hjemmesygeplejen vurderer behov for akutfunktionens kompetencer, for patienter, der i forvejen har kontakt til hjemmesygeplejen. Af s. 18 fremgår endvidere, at de kommunale akutpladsers opgaver forventes at udvikle sig til f.eks. at være behandling af børn (ikke specifikt), behandling med kemoterapi eller behandling af følger i relation til kemoterapibehandling og dialysebehandling. Lægeforeningen vil stærkt anbefale, at det præciseres, at det altid skal være en læge, der afgør henvisning, for at sikre at akutfunktionerne får de rette patienter, og der skabes tillid til at patienten modtager den tilstrækkelige kvalitet af udredning og behandling.

På side 15 (næstsidste afsnit) mangler "behandling af" før ordet "dehydrering".

I afsnittet er omtalt behandlingsplan for patienter der har brug for opfølgende indsats i akutfunktionen (s. 15 øverst). Nederst side 14 står, at der ofte vil foreligge en behandlingsplan. Lægeforeningen foreslår, at der skal foreligge en behandlingsplan for at sikre et faglig grundlag for koordination og varetagelsen af opgaverne og af hensyn til patientsikkerheden. Kravene til behandlingsplanerne bør fastlægges så lidt bureaukratisk som muligt, og der bør være anvisninger på udveksling af behandlingsplaner.



4. Indsatser i kommunale akutfunktioner (ad pkt. 5)

Ustabile og komplekse patienter skal almindeligvis være indlagt på hospital indtil deres tilstand er stabiliseret.

Der skal være dokumenterede parakliniske undersøgelsesmuligheder og billeddiagnostiske muligheder til stede.

På side 17 øverst er anført: "at patienterne ofte er ustabile og har et kompleks sygdomsbillede præget af omskiftelighed".

Beskrivelsen er upræcis, og det er ikke lægefagligt acceptabelt, hvis så dårlige patienter er indlagt på akutfunktionen uden, at der er lægelig bistand til stede. Lægeforeningen mener, at ustabile og komplekse patienter skal være indlagt på hospital indtil deres tilstand er stabiliseret.

En del af de kommunale akutfunktioners opgaver må forventes at blive udlagt hospitalsbehandling, dvs. pleje- og behandlingsopgaver i forbindelse med, stadig flere og hurtigere udskrivninger fra stadig færre sygehuse. De faglige udfordringer i disse opgaver er større end alene spørgsmålet om iv væskebehandling og eventuel parenteral ernæring. Hvis kommunale akutfunktioner skal påtage sig disse opgaver, skal der kunne etableres nødvendige parakliniske undersøgelsesmuligheder, og nem adgang til billeddiagnostik i forbindelse med eventuelle komplikationer til hospitalsbehandlingen. Dette bør være et krav, akut funktionen skal kunne beskrive, hvordan der kan leves op til, og hvad der således er af muligheder for det sundhedsfaglige personale.

5. Kompetencer og uddannelse (ad pkt. 6)

Der mangler en vurdering af, om volumen af nye opgaver er stort nok til at akutfunktionens personale kan opretholde de forudsatte kompetencer.

Der mangler en præcisering af hvilke opgaver og under hvilke omstændigheder social- og sundhedsassistenter kan varetage grundlæggende sygeplejeopgaver.

Der mangler en vurdering af, hvor ofte personalet vil skulle foretage de beskrevne opgaver. Det skal vurderes, om personalet kan komme op på et volumen af opgaver, der sikrer, at de kan opretholde deres kompetencer på alle de beskrevne områder.

Nederst side 19 omtales "grundlæggende sygeplejeopgaver" og "i nogen omstændigheder". Der mangler en beskrivelse af, hvilke opgaver, der kan varetages af social- og sundhedsassistenterne, og under hvilke særlige omstændigheder, der er i orden. Det er vigtigt med en præcis forventning til, hvilke opgaver de forskellige sundhedsfaglige kan udføre henset til at akutfunktionerne dels foregår i hjemmet, hvor der ikke kan forventes at være mange personer tilstede, dels skal foregå hele døgnet.



Sidste sætning side 19: "Dette forudsætter, at den behandlingsansvarlige læge *ikke* har angivet, at videredelegation *ikke* må finde sted. " Her pålægges lægen en ny opgave som følge af kvalitetsstandarden. Det skal beskrives nøje, hvad lægens ansvar er, hvis en social- og sundhedsassistent udfører en opgave. I det beskrevne tilfælde er det ikke lægen, der delegerer opgaven.

6. Udstyr og medicin i akutfunktionen (ad pkt. 7)

Det skal præciseres, hvem der har ansvaret for udstyret i akutfunktionen.

Det fremgår ikke, hvem der skal stå for indkøb og vedligeholdelse af udstyret i akutfunktionen. Når der er tale om udgående akutteams er det uklart, om alt udstyr skal være til rådighed ved alle hjemmebesøg.

7. Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats (ad pkt. 8)

Data om aktivitet og kvalitet fra akutfunktionen skal samles i en fælles national database og kvalitetsmål etc. bør fastlægges.

Det fremgår ikke, om data vedr. kvalitet og aktivitet ved akutfunktionen skal indsamles og evt. indgå i en fælles database (jf. side 10). Lægeforeningen finder, at det er vigtigt at monitorere aktiviteten og kvaliteten på de kommunale akutpladser, særligt hvis intentionen er at udvikle dem til at modtage flere patientgrupper. Vi opfordrer til, at det overvejes at data bliver samlet i en central database fx ved at indberette til de eksisterende databaser, herunder LPR.

Der udestår en problemstilling vedr. monitorering og afregning af sygehuslægens aktivitet på akutpladsen. Sygehuslægens besøg på en institution - eller i hjemmet – registreres i dag i LPR og indgår i beregningen af DRG-takster. Hvis dele af behandlingen flyttes til akutfunktionen og praksis, kan det påvirke sygehusenes økonomi og målinger af produktiviteten.

Der fremgår, at den kommunale akutfunktion skal følge relevante kliniske retningslinjer. For at undgå, at hver kommune udarbejder kliniske retningslinjer, bør det nævnes, hvilke retningslinjer, der er tale om. Der bør endvidere være en målsætning om at bruge eksisterende nationale kliniske retningslinjer.

8. Ansvar og samarbejde (ad pkt. 9) og Bilag 3.

Det lægelige ansvar skal være klart og entydigt.

Lægeforeningen er enig i, at der skal være et klart og entydigt lægeligt ansvar, og at der skal være let adgang til faglig rådgivning som beskrevet på side 7. Det lægelige ansvar er dog ikke entydigt beskrevet i boksen på side 26: "Anbefalinger til ansvar og samarbejde". Vi foreslår derfor, at boksen



bliver ændret, så det lægelige ansvar bliver entydigt for patient og personale i akutfunktionen:

Følgende skal være opfyldt i boksen på side 26:

Det skal beskrives præcis, hvad aftalerne skal indeholde, f.eks. hvilke opgaver der skal og hvilke der kan løses i akutfunktionen, hvordan henvisning foregår, hvordan et forløb afsluttes og hvilken læge der har behandlingsansvaret i hhv. dagtid og vagttid, mens patienten opholder sig i akuttilbuddet. Dette skal ligeledes afspejles i tegningen s. 29.

Hvis beskrivelsen af hvilken læge, der har behandlingsansvaret for en given patient ikke er klart, vil det give vanskeligheder i det daglige arbejde. Det er f.eks. tilfældet, hvis nye symptomer/tilstande skal varetages af en anden læge end den læge, der har ansvaret for den oprindelige behandling, der f.eks. er iværksat på sygehuset. Det er ikke hensigtsmæssigt, at to læger i hver sin sektor har ansvaret for den samme patient, således som det er beskrevet i Bilag 3. Patientens tilstand vil hermed f.eks. fremgå af to forskellige lægelige journaler, der vil ikke være et samlet overblik og der skal løbende kommunikeres med to sektorer. Lægeforeningen vurderer derfor, at der aftales procedurer for, hvilken læge (og kun en læge), der har behandlingsansvaret for patienterne i hhv. dagtid og vagttid.

Det skal beskrives præcis på hvilken måde og med hvilken standard besked om, at opholdet på akutfunktionen er ophørt, sendes til egen læge eller vel også sygehuset, hvor det er relevant, og hvor sygehuset er involveret.

9. Læsbarhed

Lægeforeningen anbefaler endelig, at det overvejes at gennemskrive høringsudkastet, således at det ikke fremstår med en række gentagelser og med en række åbne formuleringer, der ikke er handlingsanvisende. Der henvises f.eks. til Afsnit 2 Sammenfatning af krav og anbefalinger, der ikke har karakter af en sammenfatning, men mere detaljeret opremsninger. Herudover er der f.eks. i afsnit 3 anvendt formuleringer som "integrerede og koordineret, tidlig og proaktiv indsats" etc. uden at det fremgår, hvad det indebærer, og hvordan det sikres.

Der vedlægges som **bilag** særskilte kommentarer fra Praktiserende Lægers Organisation, der har relation til det overenskomster og aftaler.

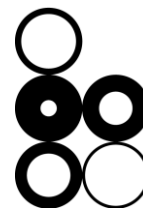
Vi står gerne til rådighed for uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'AR', positioned above the name.

Andreas Rudkjøbing



06-01-2017

Marie Amalie Conrad

Lundstrøm

Tel. 35298404

E-mail: mlu@regioner.dk

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger

Sundhedsstyrelsens publikation om kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen har været sendt i høring hos regionerne.

Danske Regioners krav til kvalitetsstandarderne for de kommunale akutfunktioner tager udgangspunkt i, at kommunale akutfunktioner forventes i et afgrænset og forsvarligt omfang at kunne *supplere* den behandling, som sygehuset eller den praktiserende igangsætter.

Bemærkninger i dette høringssvar tager udgangspunkt i følgende overordnede betragtninger:

- De kommunale akutfunktioner skal tilrettelægges med udgangspunkt i, at understøtte og supplere de eksisterende regionale funktioner effektivt og uden overlap, og med fokus på at patienterne får den rette indsats i den rette sektor. Akutfunktioner må ikke forsinke en indlæggelse, når der er behov for dette. Der bør løbende sikres klarhed omkring patientens tilstand og behov for eventuel lægelig vurdering.
- Akutfunktionerne skal have en afgrænset funktion og målgruppe, der kan tilpasses løbende. Der skal for sygehuse og almen praksis til alle tider være klarhed over indhold og kompetencer i akutfunktionerne.
- Udgangspunktet skal være, at patienter er geografisk ligestillede i forhold til at modtage ensartede ydelser i regi af regioner, kommuner og/eller almen praksis på tværs af landet.
- Akutfunktionerne skal monitoreres for at afgøre om kvalitetsstandarderne følges. Akutfunktionerne skal udvikles med basale opgaver og kvaliteten skal dokumenteres. Kvalitetsstandarderne bør følges inden anbefalinger for udvikling af akutfunktionerne kan komme på tale.

- Kompetencerne i akutfunktionerne skal svare til akutfunktionernes tilbud til patienter og patientsikkerhed og kvalitet skal løbende monitoreres. Personalet skal vedligeholde og udvikle kompetencer i overensstemmelse med behovet i akutfunktionen. Dette stiller krav til patientvolumen på det konkrete tilbud.
- Akutfunktionernes opgaver skal udføres på baggrund af behandlingsplaner og varetages under et entydigt lægefagligt ansvar enten ved almen praksis eller sygehuslægen.
- Akutfunktionerne kan søge rådgivning på hospitalet i forbindelse med konkrete patientforløb, hvor patienten kort forinden har været indlagt på hospitalet. Kompetenceudvikling og generel rådgivning mellem specialister på sygehuset, almen praksis og kommunale akutfunktioner er en særskilt opgave.

Specifikke bemærkninger til afsnit i publikationen

1.3 Lovgrundlag

Der er behov for en afklaring af, om Sundhedsstyrelsen betragter akutfunktionerne som en almen medicinsk opgave, herunder særligt i relation til sygebesøgsopgaven som defineret i overenskomst med almen praksis.

Såfremt det er en almen medicinsk opgave bør der henvises til lovgrundlaget, herunder Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2013 - "Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis". Det bør ligeledes fremgå, hvis der med betegnelserne "lokale aftaler", "samarbejdsaftaler", "samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne" og "lokale aftaler i regi af sundhedsaftalerne" henvises til underliggende aftaler og samarbejde i Praksisplanudvalget.

Såfremt der ikke er tale om en almen medicinsk opgave bør dette beskrives mere specifikt.

For det fremadrettede samarbejde på tværs af sektorer om de kommunale akutfunktioner er det væsentligt at have klarhed over, hvilke opgaver og instrumentelle indsatser kommunerne kan og må varetage i henhold til gældende lovgivning.

Kvalitetsstandarderne 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" punkt 2.2.2, udelukkende må udføre opgaver (instrumentelle indsatser) i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygeplejen i forhold til en defineret patientgruppe.

For undgå fortolkningsfejl og manglende lovhjemmel i kommunerens arbejde, bør det præciseres, hvilke instrumentelle indsatser der må benyttes til

behandling af den enkelte patient og undersøgelse af en defineret patientgruppe.

Side 3

3.1 Tilgængelighed og kapacitet

Det bør være et krav frem for en anbefaling, at behovet for akutfunktionernes ydelser vurderes i samarbejde mellem kommuner, almen praksis og regioner.

3.1.1 Akutte og subakutte indsatser

Det er væsentligt at sikre et fælles sprogbrug på tværs af sektorer, og derfor er det uhensigtsmæssigt at bruge betegnelserne ”akut” og ”subakut” om kommunernes funktioner. På trods af, at der er angivet en definition af den kommende kommunale brug af betegnelserne akut og subakut, så er det uhensigtsmæssigt at brugen adskiller sig fra den oprindelige regionale brug af betegnelserne.

En særskilt kommunal brug af samme betegnelse, men med en ny definition, kan give anledning til misforståelser, og besværliggøre afstemning af forventninger mellem sygehus og kommuner. Hvis funktionernes betegnelser fastholdes vil det være hensigtsmæssigt med konkrete eksempler på sådanne funktioner.

4. Målgruppe for den kommunale akutfunktion

Det skal være klart, hvilken målgruppe akutfunktionerne omfatter, da den nuværende angivelse hverken udelukker eller inkluderer i et retningsanvisende omfang.

For at sikre ensartet kvalitet for patienter bør kvalitetsstandarderne præciseres yderligere. Det bør præciseres om der er tale om patienter i alle aldersgrupper, inden for både psykiatri og somatik, og hvem funktionerne ikke er tiltænkt at kunne behandle. Kvaliteten af tilbuddene skal vurderes i lyset af hvilken patientgruppe de håndterer. Derfor skal udvikling af akutfunktionernes funktion ske med udgangspunkt i, at akutfunktionerne overholder kvalitetsstandarder for deres funktion.

Der må udtrykkes bekymring vedr. de kommunale akutfunktioners varetagelse af ældre patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom. Ved akut sygdom har ældre patienter ofte en atypisk sygdomspræsentation, hvorfor der er behov for lægefaglig vurdering med en bred intern medicinsk/geriatrisk ekspertise samt adgang til en bred vifte af diagnostiske undersøgelser.

Disse behov vurderes ikke at skulle varetages af en kommunal akutfunktion. Man kan frygte, at ældre patienter ikke får den nødvendige udredning og behandling, eller at der ofte kan blive tale om uhensigtsmæssige forløb med initial visitation til kommunal akutfunktion med efterfølgende indlæggelse på hospital.

Primær visitation fra hjemmet til kommunale akutfunktioner anbefales forbeholdt situationer, hvor der på forhånd er taget stilling til et behandlingsniveauet, der er rettet udelukkende mod palliation i den terminale fase, og hvor der ligeledes på forhånd er taget stilling til, at hospitalsindlæggelse ikke ønskes af patient og pårørende.

Ved forhold omkring henvisning bør det præciseres, at afgørelsen altid skal ligge hos en læge.

Det bør ligeledes præciseres, at der skal foreligge en behandlingsplan for patienter med behov for opfølgende indsats i akutfunktionerne.

Afsnit 5 Indsatser i kommunale akutfunktioner

Det anføres, at patienter i akutfunktionerne ofte er ustabile og har et komplekst sygdomsbillede præget af omskiftelighed.

Fra en lægefaglig betragtning bør patienter med ovennævnte karakteristika være indlagt. Det bør fremgå meget klart, at akutfunktioner kun tager ansvar for at varetage patienter i et omfang, der er forsvarlig for patienten og i overensstemmelse med hvad personalet er i stand til at håndtere.

De kommunale akutfunktioner bør endvidere kunne bidrage til forebyggelse og udredning af delir hos ældre samt akutte somatiske sygdomme f.eks. dehydrering, lungebetændelse, blærebetændelse m.v.

Det vurderes, at kvalitetsstandarderne med fordel kan uddybes ift. de opgaver, der vedrører behandling og pleje af patienter med behov for en opfølgende indsats. Eksempelvis ift. afslutning af behandling og planlægning af overgang til egen bolig samt tilrettelæggelse af kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Der er oplyst en række instrumentelle indsatser, som akutfunktionen skal kunne varetage. Det bør præciseres, hvem der skal vurdere resultatet af de svar, der indhentes ved de instrumentelle indsatser.

Der gøres opmærksom på, at instrumentelle indsatser alene kan ske på en rammedelegation i forhold til den enkelte patient, altså kan denne behandling ikke foregå som en rammedelegation i forhold til en nærmere defineret patientgruppe. De sidstnævnte rammer kan i det kommunale regi alene laves i undersøgelsesøjemed (på nuværende tidspunkt).

Der er behov for præcisering af flere af instrumentelle indsatser, herunder fx om det er kateteranlæggelse på såvel mænd som og kvinder, og hvilke typer palliative dræn der er tale om.

Man bør skelne klart mellem sondeernæring og parenteral (intravenøs) ernæring. Det er to forskellige modaliteter. Det foreslås, at sætningen opdeles i to:

- sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af ernæringssonder

- praktisk håndtering af parenteral ernæring, herunder til- og frakobling samt forbindingsskift ved intravenøse katetre.

Side 5

Dette forudsætter, at hensigten er at hjemmesygeplejersken kan bistå med såvel sondeernæring som parenteral ernæring.

På side 15 anføres ”For denne patientgruppe, der er henvist fra hospital, kan opgaven fx bestå i iv-behandling med antibiotika eller væske, kateteranlæggelse og –pleje, sondeernæring eller dehydrering af patienter.” ”Dehydreringen af patienter” foreslås ændret til ”rehydrering”.

Der efterlyses opmærksomhed på de non-instrumentelle færdigheder hos personalet, herunder

1. pleje og pasning af udredte delirøse patienter.
2. pasning og pleje af terminale patienter med akut opståede problematikker udover bare drænpasning.

Danske Regioner anbefaler, at hjælp til at rejse borgere op, der er faldet i eget hjem og ikke er kommet til skade, tilføjes som et særskilt eksempel på kommunal akutindsats. Erfaringer viser, at det er u hensigtsmæssigt at kommunen ikke bliver bekendt med borgere, der har tendens til at falde. Den kommunale akutfunktion skal kunne kontaktes for akut hjælp til at rejse borgeren op, når det ikke samtidig drejer sig om tilskadecomst. Derigennem vil kommunen kunne registrere gentagne fald, som reelt kan forebygges med andre kommunale indsatser.

Afsnit 6 Kompetencer og uddannelse

Det fremgår, at indsatserne i akutfunktionen som udgangspunkt varetages af sygeplejersker. Dele af opgaverne kan i nogle tilfælde varetages af social- og sundhedsassistenter. Disse vil dog udelukkende være grundlæggende sygeplejeopgaver. Dette forudsætter, at den behandlingsansvarlige læge ikke har angivet, at videredelegation af opgaven ikke må finde sted.

Dette afsnit griber ind i medhjælpsregelsættet. Det, der beskrives her, er, at nogle opgaver i akut-funktionen ikke kan videredelegeres (alt der ikke er grundlæggende sygeplejeopgaver). Medhjælpsregelsættet tilkendegiver klart, at videredelegation kan finde sted, medmindre den delegerende læge har sagt noget andet. Det vil sige, at det alene er en læge, der kan beslutte, at opgaver ikke kan videredelegeres.

Der ønskes en konkretisering af hvilke kompetencer social- og sundhedsassistenter skal besidde for at varetage opgaver i en kommunal akutfunktion. Desuden efterspørges en konkretisering af hvilket kompetenceniveau, de kommunale akutfunktioners samarbejdspartnere kan forvente i kommunikationen omkring overdragelse af patientforløb.

De specialiserede ydelser kræver ens specialiserede dokumenterede kompetencer i kommunerne. I forhold til fx IV behandling bør det i Kvalitetsstandarderne derfor tilføjes, at der skal indføres en certificering af de kommunale medarbejdere, der udfører disse procedurer.

Kompetencer i form af kendskab til og klinisk erfaring med psykiatrien bør tænkes ind i akutfunktionen med henblik på at skabe opmærksomhed på tidlig opsporing og ulighed i sundhed for borgere med psykiatriske problemstillinger.

Hvis de beskrevne kommunale akutteams skal fungere optimalt, forudsætter det, at kommunerne kan rekruttere sygeplejepersonale med de fornødne kompetencer. Da hospitalerne i disse år har udfordringer ift. at rekruttere erfarent sygeplejepersonale, kan man være bekymret for om kommunerne vil opleve lignende udfordringer. Særligt hvis hospitaler og kommuner har behov for at rekruttere de samme personalegrupper.

Det bemærkes, at udkastet til kvalitetsstandarder ikke forholder sig til aftalen om faste plejehjemslæger. Denne indsats vurderes at kunne bidrage til at sikre den faglige kvalitet og kontinuitet.

Sygehuspersonalet kan ikke rådgive specifikt ift. enkelte borger, hvis ikke borgeren er, eller kortvarigt forinden, har været i et forløb på sygehuset. Sygehuset kan bidrage med en mere generel kompetenceudvikling og undervisning. Det er væsentligt, at dette forhold præciseres i det endelige dokument.

Der bør indgås aftaler om generel systematisk supervision og kompetenceudvikling på tværs af sektorer.

Afsnit 7 Udstyr og medicin i akutfunktionen

Det fremgår af afsnit 7.2, at akutfunktionerne kun kan håndtere patienternes egen medicin og ikke som udgangspunkt kan opbevare et lager af medicin. Det vil være hensigtsmæssigt at se på akutfunktionernes mulighed for rammedelegation ift. medicineringen af gængse kendte almen sygdomme og symptomer.

Ift. udstyr til brug i de kommunale akutfunktioner vil det være hensigtsmæssigt med klare retningslinjer ift. kvalitetskrav og kalibrering af udstyr. Det bør fremgå om kalibrering af udstyr vil kræve assistance fra de regionale laboratorier.

Ud over det nævnte udstyr er det vigtigt, at også de mere basale sygeplejeartikler er til rådighed for de kommunale akutfunktioner, eksempelvis sterile handsker. Det bør fremgå hvem der skal stå for indkøb og vedligeholdelse af udstyret i akutfunktioner.

Afsnit 8 Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats

I anbefalingerne er der lagt op til at kvalitetssikre og monitorere akutfunktionernes indsatser. Såfremt man ønsker benchmarking af de kommunale

akutfunktioner på nationalt niveau, er der behov for mere kvalificeret og stringent monitorering, end det der fremgår af anbefalingerne, særligt iht. registreringspraksis og metoder til måling af diverse standarder.

Det er samtidig væsentligt, at der etableres mulighed for at monitorere patientforløbene på tværs af sektorer, både iht. kvalitet og patientsikkerhed. Der skal derfor være mulighed for at trække data om forløbene i primærsektor.

I sammenhæng med kvalitetsstandardernes implementering, vurderes det relevant at se på behovet for nationale kommunale kvalitetsdatabaser, som kan bistå kommunerne i udviklingen af deres akutfunktioner og hjemmesygepleje i øvrigt. Det bør overvejes om kvalitetsstandarderne kan udmønte sig i indikatorer, der kan opsamles i en database mhp. faglig udvikling og drøftelse i tværsektoriel regi.

Det bør fremgå, hvilke kliniske retningslinjer akutfunktionerne skal følge, og der bør være en målsætning om at benytte nationale kliniske retningslinjer.

Afsnit 9 Ansvar og samarbejde mellem sektorerne

Den valgte model for deling af ansvar mellem hospitalslæger og alment praktiserende læger er hensigtsmæssig, men dog ikke uden udfordringer. Det kan blive en kilde til fortolkning og dermed medføre usikkerhed omkring, hvad der i den konkrete situation hører til 'den øvrige behandling' og dermed, hvem der har ansvaret.

Det er usikkert, om det er realistisk at indgå lokale aftaler om behandlingsansvaret. Det er selvsagt af afgørende betydning, at de involverede faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar, hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis. Men de aftaler, der skal indgås herom, skal realistisk set indgås nationalt eller som minimum på regionalt niveau, og aftalerne skal være forpligtende for alle parter.

Kvalitetssikring af behandlingen er ligeledes en udfordring idet adgang til journaler og deling af patientoplysninger både indeholder tekniske og juridiske barrierer.

Særligt anbefalingen om delegation af IV, væske og antibiotikabehandling, har visse steder vist sig vanskelig at samarbejde om. Derfor ønskes det, at formulering nederst side 28, præciserer anbefalingen af et delt behandlingsansvar ved tilføjelse af en sætning: "...at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling som udgangspunkt bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktionen. Egen læge har dog det øvrige behandlingsansvar for patienten."

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder anbefaler at behandlingsansvaret overdrages til almen praksis hurtigst muligt – såfremt patientens praktiserende læge ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret. Danske Regioner vurderer, at denne formulering til en hver tid vil kunne fritage almen praksis fra at overtage behandlingsansvaret. Derfor er der bekymring om, om dette reelt vil kunne resultere i, at behandlingsansvaret sjældent vil blive overdraget til almen praksis. Der ønskes en præcisering, der sikrer, at patientens praktiserende læge påtager sig/ er forpligtet til at overtage behandlingsansvaret.

Det bør præciseres inden for hvilken ramme almen praksis og lægevagten (som kun er til akut opstået sygdom) har behandlingsansvaret. Det er beskrevet, at intravenøs medicinsk behandling som udgangspunkt påbegyndes i hospitalsregi og at hospitalslægen beholder behandlingsansvaret herfor. Det er uklart, om intravenøs behandling kan påbegyndes i den kommunale akutfunktion med behandlingsansvaret placeret i almen praksis. Desuden er det uklart, om der skelnes mellem intravenøs behandling med isotoniske væsker og/eller fx antibiotika. Hvis ingen former for intravenøs behandling kan påbegyndes i kommunale akutfunktioner, vil muligheden for at forebygge en række forebyggelige diagnoser begrænses.

Kravet om telefonisk kontakt mellem praktiserende læger og hospitalslægen i forbindelse med udskrivelse til kommunal akutfunktion er særdeles problematisk.

Hvis det drejer sig om patienter, som udskrives med fortsat behov for kompleks pleje og behandling, skal der være en behandlingsplan fra sygehuset. Det fremgår, at det i så fald er sygehuslægen, der har behandlingsansvaret indtil det mundtligt er overdraget til den praktiserende læge. Dette krav om telefonisk kontakt mellem praktiserende læger og hospitalslægen i forbindelse med udskrivelse til kommunal akutfunktion er særdeles problematisk og anses ikke for realistisk i en travl klinisk hverdag. Danske Regioner anbefaler, at der, hvor der ikke er brug for akut kontakt, bruges de nuværende kommunikationsredskaber (korrespondancemeddelelser, plejeforløbsplaner, epikriser og udskrivningsrapporter).

Det anbefales, at det tilføjes, at det aftalte behandlingsansvar skal noteres i patientens journal både hos sygehuslægen og den praktiserende læge.

Alle autoriserede sundhedspersoner er, jf. § 5 BEK nr. 3 af 2. januar 2013, om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, forpligtede til at føre journal. Kvalitetsstandarderne medfører en ny opgavedeling, hvor der med fordel flere steder kan gøres opmærksom på autoriserede sundhedspersonernes forpligtigelse ift. journalføring, eksempelvis ved overdragelse af behandlingsansvar.

Det fremgår, at henvisning fra sygehuslæge med fordel kan udgøres af epikrisen, hvori det beskrives, at patienten udskrives til indsats i akutfunktion. Det bemærkes, at hospitalet som udgangspunkt ikke må sende epikrisen til kommunen, men at det kræver et særligt samtykke fra patienten. Derfor er det problematisk, at kvalitetsstandarderne beskriver at overleveling skal ske mundtligt.

Det fremgår, at en henvisning skal indeholde kontaktoplysninger på patientens nærmeste pårørende. Dette kan kun være i de situationer, hvor hospitalet måtte have disse. Det må forventes, at kommunen oftest selv ligger inde med disse, da de patienter, der udskrives til akutfunktionen, i de fleste tilfælde allerede vil være kendte i kommunen.

Det fremgår, at en henvisning skal indeholde oplysninger om patientens samtykke til, at der videregives oplysninger om patienten til akutfunktionen. Videregivelse af oplysninger må kunne ske uden patientens samtykke under henvisning til SL § 41, stk. 2, nr. 1 (når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov). Der er dermed ikke grundlag for i henvisningen at skrive noget om, at patienten har samtykket til videregivelsen. Det må formodes, at patienten er indforstået med henvisningen til kommunal akutfunktion og samtidigt har en berettiget forventning om, at der udveksles oplysninger ifm. opgaveoverdragelse.

Bilag 3

"Anbefaling til lokal aftale vedrørende ansvarsfordeling for patienter henvist..." indeholder, som titlen siger, et udkast til ansvarsfordelingsbeskrivelsen. Det kunne have været formålstjenstligt om der havde været en opstilling af øvrige forhold, som tænkes at skulle indgå i den lokale aftale: målgruppe, økonomi, aktivitetsramme, opfølgning på aktivitet, håndtering af klager/aktivitets-budgetoverskridelser mv. Igen med henvisning til teksten i vejledningen om ressourcer mv.

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen
Centerchef
Center for Sundhed og Sociale indsatser



Modtager(e): Sundhedsstyrelsen
cc: [Navn(e)]

Høringsvar - Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Albertslund Kommune har modtaget høringsudkast vedr. *'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger'* med høringsfrist den 22. december 2017. Hermed kommunens bemærkninger til høringsudkastet.

Indledningsvist vil Albertslund Kommune anerkende, at der med kvalitetsstandarderne sættes fokus på samarbejde og kvalitet, herunder vigtigheden af at region, kommuner og almen praksis samarbejder kontinuerligt med borgeren i centrum.

Delt behandlingsansvar mellem almen praksis og hospitalslæger

I regi af sundhedsaftalen i Region Hovedstaden har der i 2016 været arbejdet med rammedelegation. I forhold til rammedelegation til den enkelte patient kan kommunerne konstatere, at der ikke i Region Hovedstaden er enighed om behandlingsansvaret i relation til IV-behandling, idet PLO-H ikke ønsker et delt behandlingsansvar omkring patienten.

Dette kan således i praksis udfordre udførelsen af Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at; *"ansvaret for den intravenøse behandling forbliver hos lægerne på sygehuset også efter udskrivelsen, mens den praktiserende læge overtager det samlede behandlingsansvar"* jf. (Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, 2014 Sundhedsstyrelsen" punkt 4.4 side 17) og *"Det anbefales, at behandlingsansvaret så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra sygehuslæge til patientens praktiserende læge, såfremt patientens læge ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient"* jf. (Kvalitetsstandarder for kommunal akutfunktioner i hjemmesygeplejen, punkt 9.3 - høringsudkast).

Herudover beskrives der i høringsudkastet, at der skal indgås lokale aftaler, der beskriver de præcise ansvarsforhold. Dette har været forsøgt i sundhedsaftaleregii, men er endnu ikke lykket. De kommende kvalitetsstandarder kan derved også blive udfordret på dette punkt.

Hvis kvalitetsstandarderne skal fungere i praksis, er det af helt afgørende betydning, at de faglige parter accepterer indholdet i kvalitetsstandarderne i forhold til beskrivelsen af det delte behandlingsansvar omkring den enkelte patient. Det kan overvejes, om der kan tænkes i løsninger og aftaler på et centralt niveau.

Manglende lovhjemmel

I forhold til rammedelegation til en gruppe af patienter er det en udfordring, at der på nuværende tidspunkt er begrænsning for, hvilke instrumentelle indsatser

Dato: 14. december 2016
Sags nr.: 29.00.00-A00-14-16
Sagsbehandler: EME

**BØRN, SUNDHED &
VELFÆRD**

Børn, Sundhed & Velfærd

Albertslund Kommune
Nordmarks Allé 1
2620 Albertslund

albertslund@albertslund.dk
T 43 68 68 68



kommunerne må udføre. Dette udfordrer ønskerne om at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

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"* punkt 2.2.2 udelukkende må udføre opgaver i undersøgelsesøjemed i hjemmepleje og hjemmesygeplejen. Det vil sige, at der f.eks. godt kan laves aftale omkring blodsuktermåling, men ikke om f.eks. genanlæggelse af en sonde eller kateteranlæggelse/skift, idet dette er en behandling og ikke en undersøgelse. Disse typer af opgaver kan, som lovgivningen er i dag, kun foregå i forhold til rammedelegation på den enkelte patient.

Kvalitetsstandarderne for akutfunktionerne kan derved også blive udfordret af lovgivningen på dette punkt. Det kan overvejes, om der i lovgivningen kan åbnes for rammedelegation til en gruppe af patienter, så kommunerne gives mulighed for at udføre nærmere bestemt typer af behandling.

Samarbejde om kapacitet

Det fremgår af side 26, *"at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis"* (egen understregning, red.).

Albertslund Kommune bemærker, at den kommunale kapacitet er kommunernes eget anliggende. Såfremt den kommunale kapacitet skal indgå i en samarbejdsaftale, vil det også være relevant at den regionale kapacitet til samme målgruppe indgår.

Færdigbehandlede patienter?

Med de mere glidende overgange mellem hospital og kommune og de accellerede patientforløb på hospitalerne i forbindelse med bl.a. etableringen af en akutfunktion. På denne baggrund finder Albertslund Kommune det bekymrende hvorledes at man vil fortsætte registreringspraksis af de færdigbehandlede, i og med patienterne vil blive udskrevet langt hurtigere end den hidtidige praksis.

Med venlig hilsen

Kristina Koch Sloth
Direktør for Børn, Sundhed & Velfærd
Albertslund Kommune

Sundhedsstyrelsen
Sektionsleder Kirsten Hansen
Islands Brygge 67
2300 København S

19. januar 2017

Høringssvar ang kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger

Kære Kirsten

Tak for i går.

Jeg sender dig hermed som aftalt et lille høringssvar med forslag til en simpel model til at sikre kvaliteten af udstyret og brugen af det i de kommunale akutfunktioner.

I Danske Bioanalytikere har vi noteret os, at der stilles krav om udstyr til undersøgelse af urin samt udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent) i de kommunale akutfunktioner.

Det er bekymrende, at dette udstyr og de tilhørende analyser ikke er omfattet af samme krav til kvalitetssikring, som gælder for tilsvarende udstyr og analyser i fx almen praksis.

I almen praksis kvalitetssikres udstyret og brugen af det via en laboratoriefaglige konsulentordning, der er forankret på de klinisk biokemiske afdelinger rundt om i landet.

Af hensyn til patientsikkerheden vil vi på det stærkeste anbefale, at den regionale laboratoriekonsulentordning udvides til ligeledes at omfatte udstyr og analyser i kommunale akuttilbud.

Du må endelig ringe eller skrive til mig, hvis du har brug for mere viden om f.eks. den laboratoriefaglige konsulentordning.

Med venlig hilsen

Martina Jürs
1. Næstformand
Danske Bioanalytikere

Sekretariatet
Skindergade 45-47, 1.
1159 København K
Tlf. 4422 3246
dbio@dbio.dk
www.dbio.dk
Jyske Bank
5043-1308159