

Sundhedsstyrelsen
jkr@sst.dk

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, FS for Addiktiv Sygepleje 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 henvises 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