

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

E-mail: [sstprim@sst.dk](mailto:sstprim@sst.dk)

Dato:  
17. april 2023

Danske Patienter  
Kompagnistræde 22, 1. sal  
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

[www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk)

E-mail:  
[lk@danskepatienter.dk](mailto:lk@danskepatienter.dk)

Cvr-nr: 31812976

Side 1/5

## Høringssvar vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. Vi finder det positivt, at kvalitetsstandarderne revideres og opdateres med en bedre beskrivelse og mere klar forpligtelse af akutfunktionerne.

Kommunale akutfunktioner udgør en vigtig funktion i det samlede sundhedsvæsenet, hvor stadigt flere sundhedsindsatser løftes i primærsektoren. Derfor er sammenhæng og synergi med det øvrige sundhedsvæsen en afgørende forudsætning for, at akutfunktionerne kan komme til at skabe merværdi for den enkelte.

Vi bemærker to substantielle ændringer i udkastet til kvalitetsstandarder: 1) det er nu obligatorisk for kommunerne at have en akutfunktion og 2) det er nu obligatorisk at varetage IV-behandling. Det er vigtige og rigtige ændringer, som kan bidrage til en styrket akutindsats.

Der er dog stadig en række ting, som er uklare eller udestår, som gør os bekymrede for, om de beskrevne kvalitetstandarder i tilstrækkelig grad kan sikre høj kvalitet i indsatserne og den nødvendige sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen.

## Kvalitet og sammenhæng i forløb

Vi finder det positivt, at det er beskrevet, at akutfunktionerne skal have en helhedsorienteret tilgang og orientere sig mod patientens samlede sundhedssituation. Det nævnes bl.a., at der skal sikres identifikation af behov for øvrige indsatser som f.eks. genoptræning og rehabilitering. Herunder bør identifikation af behov for palliativ indsats inkluderes og personalet have kompetencer inden for det samlede spektrum af indsatser.

Kvalitetsstandarderne skal i højere grad tydeliggøre, at indsatsen i akutfunktionen skal tilrettelægges ud fra en faglig vurdering af behovet og skal derfor ikke per definition være af "kortere varighed", som det fremgår af s.5. Herunder skal kvalitetsstandarderne i højere grad

definere krav til konkret opfølgning og observation ved f.eks. IV-behandling eller iltmaskine, uanset om behandlingen foregår i eget hjem eller på en kommunal akutplads.

Side 2/5

Det bør præciseres, hvordan der visiteres til de kommunale akutfunktioner. Det fremgår af kvalitetsstandarderne, at læger kan henvise til akutfunktionerne, mens det er kommunerne, der visiterer til akutfunktionerne. Vi undrer os over, om det betyder, at kommunerne kan afvise henviste patienter? Det mener vi ikke bør være tilfældet.

Det er vigtigt, at det tydeligt fremgår af kvalitetsstandarderne, at akutfunktionen først må overdrage en patient med et komplekst sygdomsbillede til hjemmesygeplejen eller hjemmeplejen, når patienten er færdigbehandlet i akutfunktionen. Det skyldes risikoen for, at patienten ellers kan falde mellem indsatser internt i kommunen, eller at der ikke er tilstrækkelige kvalitetskrav til indsatsen, hvis ikke den varetages af selve akutfunktionen.

Dataunderstøttelse i relation til den enkelte patients forløb er ikke klart beskrevet i kvalitetsstandarderne. Det er afgørende, at man sikrer tilstrækkelig datadeling, så personale i akutfunktioner og den behandlingsansvarlige læge har adgang til relevante oplysninger. Det er en forudsætning for at undgå, at der sker fejl, og for at sikre en sammenhængende behandlingsindsats, hvor akutfunktionen er en af flere aktører, der indgår i det samlede forløb.

## **Kvalitetssikring og monitorering**

Danske Patienter finder det positivt, at der kommer et styrket fokus på kvalitetssikring og monitorering. Ligeledes er det godt, at der er tilføjet et kapitel om implementering af kvalitetsstandarderne, hvor behov for klare, lokale samarbejdsaftaler beskrives som forudsætning for succesfuld implementering.

På s.21 i kvalitetsstandarderne står der, at det "skal aftales lokalt i den enkelte kommune, samt mellem kommune, almen praksis og sygehus, hvilke data der er relevante og mulige at indsamle og ligge til grund for kvalitetssikring. Dette skal udvikles i takt med en øget tilgængelighed af data og bedre datakvalitet." Danske Patienter ønsker, at dette understøttes nationalt, så man sikrer, at der på tværs af landet skabes et datagrundlag, som kan understøtte den ensartede kvalitet, som kvalitetsstandarderne tilstræber. Det er desuden en grundlæggende udfordring, at der mangler data fra både kommuner og almen praksis, så man kan sikre en tæt kvalitetsopfølgning – det skal der arbejdes intenst på at forbedre.

Af s.22 fremgår det, at det "anbefales, at akutfunktionerne arbejder med kvalitetssikring- og udvikling i samarbejde med almen praksis og sygehus. Kommuner, sygehus og almen praksis kan med fordel forankre aftaler om kvalitetssikring- og udvikling i regi af sundhedsklyngerne." Fælles kapacitetsplanlægning og fælles kvalitetsmonitorering er en forudsætning for at udvikle kvalitet, herunder bedre sammenhæng og udnyttelse af kapacitet på tværs. Derfor er en

anbefaling ikke stærkt nok – der *skal* etableres et tæt samarbejde mellem akutfunktionerne, almen praksis og sygehus samt øvrige relevante kommunale institutioner.

Side 3/5

## Kompetencer

Blandt de kommunale akutfunktioners målgruppe, er der tale om flere meget komplekse patientgrupper, som kan have mange sideløbende udfordringer, herunder psykiatriske problemstillinger. Det kræver et højt kompetenceniveau, og der skal derfor være stærkt fokus på, at man har uddannet personale med tilstrækkelige kompetencer. Sygeplejersker med to års erfaring er dygtige, men man kan let forestille sig situationer, hvor deres viden og erfaring ikke rækker. Det er derfor væsentligt, at man sikrer en meget let tilgængelig rådgivning, herunder lægefaglig rådgivning. Vi er i den forbindelse bekymrede for, at den geografiske ulighed i lægedækning (og andre sundhedsfagligheder) reproduceres i kvaliteten af de lokale akutfunktioner. F.eks. teksten på s.17: "Det vil altid afhænge af den aktuelle situation og lokale kontekst, hvilken en af parterne, der skal yde rådgivning, og hvor hurtigt der skal kunne etableres kontakt (responstid)" vækker bekymring om, hvorvidt bl.a. responstider bliver lagt ud fra faglige eller lokale forhold.

På s.12 fremgår, at dele af opgaverne kan varetages af andre sundhedsfaglige medarbejdere end sygeplejersker, f.eks. social- og sundheds*hjælpere*. Vi er i tvivl, om der menes social- og sundheds*assistenter* her.

## Patient- og pårørendeinddragelse

Patient- og pårørendeinddragelse er et centralt element i behandling og pleje. I den politiske aftale om sundhedsreformen er det defineret vedr. kommunale akutfunktioner, at "Indsatsen skal lægge vægt på patientens egne ønsker, behov og selvbestemmelse, uanset om indsatsen foregår på et kommunalt tilbud eller i patientens eget hjem." Vi undrer os derfor over, at patient- og pårørendeinddragelse ikke er nævnt i de opdaterede kvalitetsstandarder. Inddragelse af patienter og pårørende udgør en afgørende del af kvaliteten, og det bør afspejles i kvalitetsstandarderne.

For patient- og pårørendeinddragelse er der gennem de senere år opnået substantiel viden om værdien af inddragelse i både beslutninger om behandling og planlægning af forløb. Ikke mindst forskning i metoden fælles beslutningstagning har vist effekten både i form af bedre behandlingsresultater og større tilfredshed blandt patienter. Derfor er det afgørende at inddragelse bliver en selvstændig del af kvalitetsstandarderne, samt at der er krav til kompetencer ift. inddragelse blandt personalet. Vi er til gengæld begejstrede for, at der i kvalitetsstandarderne stilles krav til, at akutfunktionen skal være telefonisk tilgængelig 24/7 for patienter og pårørende.

## Organisering

Organiseringen af de kommunale akutfunktioner skal præciseres – det er uklart, hvilken form for organisering, der kan/skal vælges. Det fremgår af kvalitetsstandarderne, at akutteams både kan organiseres som selvstændige teams eller som funktioner integreret i den øvrige sygepleje (s.6). Men der står samtidig, at personalet overvejende skal være beskæftiget med opgaver, der relaterer sig til målgruppen for den kommunale akutfunktion (s.12), og at opgaverne skal samles på få hænder (s.13). Det stemmer ikke overens.

Side 4/5

Det står også på s.6, at der skal være et akutteam, som evt. kan suppleres med akutpladser. Vi er bekymrede for de kommuner, der ikke har eller opretter akutpladser ift. f.eks. midlertidige døgnpladser eller blot udekørende funktioner. Lader man organiseringen af akutfunktionen være op til en lokal beslutning uden krav om akutpladser, men samtidig stiller krav til udekørende funktion, risikerer man, at patienterne står tilbage med øget brugerbetaling. Udekørende funktioner, der yder sygepleje på midlertidige døgnpladser, adskiller sig fra kommunale akutpladser, fordi reglen om, at vederlagsfri kommunal sygepleje også omfatter bl.a. kost, linned og sengetøj, ikke gør sig gældende for midlertidige døgnpladser.<sup>1</sup> Det betyder, at kommunen kan opkræve betaling fra borgerne for opholdet.

I forlængelse af ovenstående mener vi, at kvalitetsstandarderne bør tage højde for adgang til og udbringning af medicin til den aktuelle behandling og pleje i akutfunktionen. Blandt akutfunktionens målgrupper er det realistisk, at mange vil skulle i medicinsk behandling, og det er derfor relevant, at kvalitetsstandarderne tydeligt beskriver, at medicin og udstyr for den aktuelle behandling og pleje er en del af den vederlagsfri kommunale sygepleje eller for den behandling, der igangsættes på sygehuset. Det må ikke blive en byrde eller være forbundet med omkostninger for den enkelte patient eller pårørende, at medicin, der ellers ville have været udleveret og vederlagsfri under indlæggelse, modtages uden for sygehuset. Vi undrer os desuden over, at IV-medicinering ikke er på listen over udstyr og utensilier, der skal være tilgængeligt i akutfunktionen (s.11).

Det er generelt uklart, hvor de kvalitetsstandarder, som er beskrevet her, adskiller sig fra de regler, som gælder for den øvrige hjemmesygepleje (Sundhedsloven §138). Når der er tale om kvalitetsstandarder, er det desuden væsentligt, at der skelnes mellem *kan* og *skal*, og særligt i kapitel 8 og 9 bliver det for os uklart. Det gør sig især gældende ift., hvad almen praksis forpligtes til gennem kvalitetsstandarderne. Det bør tydeliggøres.

---

<sup>1</sup> BEK nr. 165 af 26/02/2019 (Gældende)  
Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om hjemmesygepleje

En detalje, vi er faldet over, er, at der på bl.a. s.17 står "1813", hvor der egentlig bør stå "regionale akuttelefoner", da der også er en akuttelefon i Region Sjælland.

Afslutningsvist vil vi anbefale, at man kigger på opbevaring af relevant medicin. Hvis akutfunktionerne skal kunne medvirke til at forebygge indlæggelser, er der behov for, at de hurtigt og effektivt kan handle på den behandlende læges ordinationer. Der er allerede lavet frikommuneforsøg med dette (Gentofte, Gladsaxe og Rudersdal), såvel som der nogle steder er indgået lokale aftaler med hospitaler om, at sygeplejersker i akutfunktioner kan medbringe f.eks. ilt, inhalationsmedicin eller IV-antibiotika mv. Disse erfaringer bør anvendes systematisk til at sikre ensartede og effektive rammer for akutfunktionernes virke.

Side 5/5

Med venlig hilsen



Morten Freil

Direktør