

Sundhedsstyrelsen  
sstprim@sst.dk

14. april 2023 • ms/smsj

## **Høringssvar vedr. ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner”**

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar. Ældre Sagen har fundet det positivt at have mulighed for at deltage i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe for revidering af kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner og kunne fremsætte foreløbige kommentarer undervejs i revisionen. Det er først med dette høringsudkast, at vi har set det endelige udkast til kvalitetsstandarderne og har på den baggrund følgende kommentarer.

### **Positivt med krav om kommunal akutfunktion i alle kommuner – behov for flere kvalitetsstandarder i indsatsen til ældre med høj skrøbelighed**

I forhold til at ældre mennesker i stigende grad udskrives fra sygehus til videre behandling og pleje i kommunerne, ser Ældre Sagen det som et vigtigt bidrag til at fremme ensartet kvalitet i det nære sundhedsvæsen, at der nu stilles krav til en kommunal akutfunktion i alle kommuner, herunder krav til indsats, udstyr, organisering og samarbejde. Vi ser akutfunktionen med dens tidlige eller opfølgende indsats som en vigtig del af det nære sundhedsvæsen, i forhold til at forebygge både indlæggelser og genindlæggelser – og dermed til at skabe bedre sundhed og livskvalitet for den enkelte.

Vi betragter akutfunktionen som en vigtig del af en bredere indsats i kommunerne og i overgangen mellem sygehus og eget hjem. Ældre patienter med høj skrøbelighed har typisk også behov for forebyggende og opfølgende indsats i forhold til fx den rette tandpleje, medicin, træning, ernæring samt midlertidige behandlings- og plejeophold, hvorfor vi vil opfordre til, at der udvikles lignende kvalitetsstandarder og -krav hertil med henblik på at kunne være tryk ved at få ensartet kvalitet, uanset hvor i landet man bor.

### **Krav til lægefagligt ansvar og samtidige andre kommunale indsatser bør fremhæves**

Vi ser det som positivt, at der er formuleret krav til samarbejde og sparring med sygehus og almen praksis, herunder til behandlingsansvar, samt at det fremgår, at det altid vil bero på en individuel, lægefaglig vurdering, hvorvidt patienten har bedst gavn af indlæggelse eller ej. Dette lægefaglige ansvar for vurdering af behov for indlæggelse, mener vi, er så vigtigt, at det skal fremhæves i opsummeringsboksen for målgruppen, særligt taget i betragtning at akutfunktionen har en opsøgende rolle og tager sig af en tidlig indsats for patienter med uafklarede og/eller uforudsigelig sygdom, der ikke nødvendigvis har en behandlingsplan på forhånd. Det er bydende nødvendigt, at patienter kan være tryk ved, at akutfunktionen samarbejder med læger, og at de som patienter får rettidig behandling af høj kvalitet i kommunen – særligt set i forhold til den overordnede igangværende omstilling af sundhedsvæsenet med øget behandling i kommunerne.

Vi finder det desuden positivt, at der er nævnt samarbejde og koordinering med andre kommunale indsatser. Ved et sundhedsfagligt vurderet behov for supplerende indsatser som fx ernærings- og mobiliseringsindsatser vil vi imidlertid opfordre til, at det også fremstår som et krav til samtidig indsats og ikke blot en efterfølgende indsats. Endvidere er det relevant, at ældreplejen nævnes under afsnittet om kommunalt samarbejde og rådgivning, fx i sammenhæng med forebyggelse og tidlig opsporing.

Overordnet handler det for Ældre Sagen om at sikre, at patienten vurderes sundhedsfagligt og lægefagligt og får den rette helhedsorienterede behandling i tide, så akutfunktionen ikke bliver et forsinkende led for anden nødvendig behandling i et samlet patientforløb.

### **Kvalitetsstandarder bør tydeliggøre krav til opfølgning og færdigbehandling**

Ældre Sagen mener, at kvalitetsstandarderne i højere grad bør præcisere, at akutfunktionen skal følge op på igangsat behandling og pleje og har ansvar for at færdiggøre den behandling, der bliver overdraget fra sygehus eller igangsat i stedet for en indlæggelse. Varigheden af indsatsen i akutfunktionen bør hvile på en vurdering af behovet for indsats og afslutning af opgaven og ikke per definition være af ”kortere varighed.” Det drejer sig om en målgruppe af patienter, fx ældre med høj skrøbelighed og ofte flere sygdomme med behov for kompleks behandling, der ikke nødvendigvis kan varetages i eget hjem, men som ikke kræver indlæggelse. Derfor bør kvalitetsstandarderne i højere grad definere krav til konkret opfølgning og observation ved fx IV-behandling eller iltmaskine, så det er patientsikker behandling, uanset om behandlingen foregår i eget hjem eller på akutplads med fast personale 24/7.

Det skal desuden være helt tydeligt, at akutfunktionen først kan overdrage en kompleks borger til hjemmesygeplejen/hjemmeplejen, når vedkommende er færdigbehandlet i akutfunktionen, da patienten/borgeren ellers kan risikere at falde mellem forskellige kommunale indsatser internt i kommunen – eller man risikerer, at der ikke er kvalitetskrav til indsatsen, hvis den varetages af andre end akutfunktionen.

### **Patientinddragelse er et vigtigt element i behandling og pleje – stor forringelse for patienter, at det er taget ud af kvalitetsstandarder**

I den politiske aftale for 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.*” På baggrund af denne politiske ramme undrer det os, at værdigrundlaget om patient- og pårørendeinddragelse og værdighed i den gældende version af kvalitetsstandarder er fjernet fra den foreslåede version.

Trods senere års erfaringer og viden om vigtigheden af patientinddragelse og fælles beslutningstagning<sup>1</sup> fremgår patientinddragelse ej heller hverken som del af krav til indsatser eller til kompetencer. Tværtimod er perspektivet gennemgående, at behovsvurdering og patientforløb varetages i akutfunktionen i samarbejde med andre aktører i sundhedsvæsenet – uden at patienten nævnes. Dog nævnes inddragelse og håndtering af pårørende, hvilket imidlertid ikke er tilstrækkeligt set i forhold til patientens selvbestemmelse – og som med den nævnte ”håndtering” får en klang af besværlige pårørende fremfor at lægge op til potentialet i at kunne inddrage og samarbejde med pårørende som en kilde til at kende den enkelte patients behov og ønsker bedst muligt.

---

<sup>1</sup> <https://danskepatienter.dk/vibis/inddragelse-i-egyet-forloeb/faelles-beslutningstagning>

For at patienter oplever værdig og tryk behandling, ved vi fra en undersøgelse fra akutfunktioner<sup>2</sup>, at det er vigtigt, at man som patient oplever sig lyttet til og mødt som menneske. Med den akutte opgave i akutfunktionen i en situation, hvor et ældre menneske har et akut forværret helbred eller lige er udskrevet fra sygehus til videre behandling, er det vigtigt, at personalet har relationelle kompetencer og fremmer en inddragende tilgang. Derfor ser vi det som vigtigt, at krav til de mere kliniske og tekniske indsatser og kompetencer suppleres med krav til relationelle og patientinddragende indsatser og kompetencer.

Set fra patientperspektivet betragter vi det derfor som en stor forringelse, at både værdighed og patientinddragelse er fjernet som værdigrundlag og ikke er nævnt i afsnit om indsatser og kompetencer i kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. I denne kontekst sætter vi derfor også ekstra stor pris på, at der som en detalje er stillet krav til, at akutfunktionen skal være tilgængelig telefonisk 24/7 ikke kun for læge, men også for patienter og pårørende.

### **Krav til udekørende akutfunktion uden samtidige krav til akutpladser skaber øget brugerbetaling i det nære sundhedsvæsen**

Sundhedsstyrelsens foreslåede krav til akutfunktioner lader selve organiseringen af akutfunktionen være til lokal beslutning, men stiller dog alligevel krav til en udekørende funktion. Når Sundhedsstyrelsen i sammenhæng med kravet om udekørende funktion ikke samtidig stiller krav til akutpladser, efterlader det i praksis patienter med risiko for øget brugerbetaling: En udekørende funktion (enten i akutfunktion eller som integreret del af hjemmesygeplejen), der yder sygepleje på midlertidige døgnpladser, er ikke omfattet af regel om, at vederlagsfri kommunal sygepleje tillige omfatter kost, linned, tøjvask o. lign.<sup>3</sup> Fra en undersøgelse fra VIVE ved vi, at omkring halvdelen af kommunerne har akutpladser, at antallet af pladser har været faldende, og at der er opmærksomhed på, at servicelovspladser til forskel fra akutpladser giver kommunen mulighed for at opkræve betaling fra borgerne for opholdet.<sup>4</sup> Samtidig ser vi på baggrund af en vidensindsamling via lokale afdelinger i Ældre Sagen, at døgntakster varierer fra kommune til kommune mellem 122,50 til 166,00 kr. for ophold (for forplejning eller for forplejning inkl. vasketøj) i kommuner, der ikke tilbyder akutpladser. Vi ved også, at antallet af pladser pr. 65+-årige varierer en del mellem kommuner.

Det kan undre, at Sundhedsstyrelsen ikke forholder sig til, at de foreslåede kvalitetskrav skubber på en udvikling med øget brugerbetaling, særligt taget i betragtning af, at Sundhedsstyrelsen i andre sammenhænge arbejder med at mindske ulighed i sundhed. Vi vil kraftigt opfordre til, at ovenstående løses, så de endelige kvalitetskrav ikke som de foreslåede skaber rammer for mere ulighed i sundhed.

### **Adgang til vederlagsfri medicin for den aktuelle behandling**

I forlængelse af den øgede brugerbetaling finder vi, det er en mangel, at kvalitetsstandarderne ikke forholder sig til adgang til medicin til den aktuelle behandling og pleje i akutfunktionen. Målgruppen for behandling i akutfunktionen må formodes at skulle behandles medicinsk, men er samtidig ikke i stand til selv tage på apoteket. Derfor er det yderst relevant, at det også er tydeligt beskrevet som del af kvalitetsstandarderne, at medicin (og udstyr) for den aktuelle behandling og pleje er del af den vederlagsfri

---

<sup>2</sup> <https://www.aeldresagen.dk/presse/viden-om-aeldre/analyser-og-undersogelser/2021-en-vaerdig-og-tryk-behandling>

<sup>3</sup> BEK nr 165 af 26/02/2019 (Gældende)  
Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om hjemmesygepleje

<sup>4</sup> <https://www.vive.dk/da/udgivelser/det-kommunale-akutomraade-16209/>

kommunale sygepleje eller for den behandling, der igangsættes på sygehuset. Det kunne således være oplagt, at medicin følger med fra sygehuset som del af hospitalernes 72 timers behandlingsansvar. Når kvalitetsstandarderne bidrager til den igangværende omstilling i sundhedsvæsenet, hvor hidtidige former for sygehusbehandling i stedet foregår i akutfunktionen, er det for Ældre Sagen vigtigt at pointere, at det ikke må ligge den enkelte patient eller pårørende til last, ej heller være forbundet med omkostning, i stedet at modtage den medicinske behandling i akutfunktionen.

### **Behov for nationale, ikke kun lokale, kvalitetsdata til kvalitetssikring og monitorering af akutfunktionen**

Ældre Sagen finder det positivt, at afsnittet om kvalitetssikring og monitorering er udbygget, og at der foreslås kvalitetsdata, der rummer både klinisk, brugeroplevet og organisatorisk perspektiv. Vi finder det imidlertid utilstrækkeligt, at Sundhedsstyrelsen for akutfunktionen som en central del af det nære sundhedsvæsen ikke definerer tydelige rammer for en national kvalitetsmonitorering. Særligt også taget i betragtning, at Sundhedsstyrelsen formulerer, at formålet med kvalitetsstandarderne er ”at understøtte en ensartet og høj kvalitet ... på tværs af landet.” Hvordan ensartet kvalitet uden nationale kvalitetsindikatorer skal opnås eller ses står hen i det uvisse, så længe der kun er fokus på, at kommuner og sundhedsklynger lokalt monitorerer kvalitet. Vi mener ikke, at forslaget om en lokal kvalitetssikring og måling uden krav til nationale data i kombination med at skulle afvente et fremtidigt nationalt register vil lede til et ensartet grundlag, der kan sikre ensartet høj kvalitet på tværs af landet. Ældre Sagen ser derfor gerne, at kvalitetsstandarderne om kommunale akutfunktioner omfatter krav til nationale data for kvalitet – til en start fx på allerede kendte data for genindlæggelser og/eller forebyggelige indlæggelser målt for patienter fra akutfunktioner.

I denne sammenhæng ser Ældre Sagen også behov for, at Sundhedsstyrelsen definerer mere præcise rammer for et ”vist” og ”tilstrækkeligt” volumen af patienter i akutfunktionen på samme vis, som der er krav til patientvolumen og patientsikkerhed i sygehusvæsenet.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup  
Adm. direktør