

FOAs høringsvar vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

FOA er bekymret over Sundhedsstyrelsens nye udkast til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner og vil på det kraftigste anbefale, at der foretages ændringer, før kvalitetsstandarderne udgives.

Med de nuværende formuleringer om uddannelse, kompetencer og opgaveoverdragelse bidrager kvalitetsstandarderne til at hegne faggrupper mere ind, og dermed modarbejde mere tværgående opgaveløsning. Samtidig sendes et signal om, at opgaverne i akutfunktionerne stort set kun skal varetages af sygeplejersker. Det går stik imod drøftelserne i bl.a. Robusthedskommissionen om bedre brug af kompetencer – at vi skal have flere forskellige medarbejdere i spil omkring patienten, at det tværfaglige samarbejde skal styrkes, at der skal mere fokus på LEON-princippet, og at alle medarbejdere skal have mulighed for faglig udvikling. Samtidig er udkastet ikke på linje med erfaringerne i bl.a. Næstved Kommune, hvor social- og sundhedsassistenter er en væsentlig del af opgavevaretagelsen i akutfunktionen. Med dette udkast til kvalitetsstandarder risikerer Sundhedsstyrelsen dermed at halte gevaldigt efter en udvikling, frem for at være på forkant og skubbe på i den rigtige retning.

Derudover vil FOA påpege, at vi er stærkt utilfredse med den proces, som har ligget forud for dette udkast til kvalitetsstandarder. Sundhedsstyrelsen har valgt ikke at inddrage FOA i arbejdsgruppen, men derimod først tale med repræsentanter fra FOA kort tid inden anbefalingerne kom i høring. Det til trods for, at FOA repræsenterer de største faggrupper i den kommunale sundheds- og ældresektor, og at FOAs faggrupper både er til stede i de kommunale akutfunktioner samt i de sektorer, som akutfunktionerne har et væsentligt samarbejde med, særligt ældreplejen.

FOA har følgende overordnede ændringsforslag til kvalitetsstandarderne:

- 1. Kompetencebeskrivelse, som fordrer bedre brug af alle kompetence:** Ved at anvende begrebet ”opgaveoverdragelse” lægger kvalitetsstandarderne op til, at sygeplejerskerne i akutfunktionerne selv skal vurdere, hvilke opgaver der kan gives til andre faggrupper – frem for at det fastsættes af ledelsen, hvilke opgaver de forskellige medarbejdere kan udføre. Dertil beskrives opgaveoverdragelsen som en begrænset mulighed ved at skrive, at det kun er ”dele af indsatsen”, som kan overdrages. Intet sted lyder til det til, at social- og sundhedsassistenter vil kunne varetage stort set de samme opgaver som sygeplejersker, selvom det er virkeligheden i flere akutfunktioner i dag.
- 2. Social- og sundhedsassistenter bør skrives tydeligt frem:** I det nye udkast til kvalitetsstandarder er social- og sundhedsassistenter skrevet ud som en central faggruppe i akutfunktionerne. Det til trods for, at social- og sundhedsassistenter på nogle akutpladser er i overtal eller tæt på samme antal sygeplejersker samt har kompetencerne til at udføre stort set de samme opgaver som sygeplejersker. De nye kvalitetstandarder kommer i denne form til at sende et signal til kommunerne om, at social- og sundhedsassistenter i mindre omfang skal anvendes i akutfunktionerne. Det strider meget klart imod drøftelserne i bl.a. Robusthedskommissionen.

3. **Sammenhængen mellem akutfunktionerne og ældreplejen:** I udkastet ligger det primære fokus på, hvordan akutfunktionerne skal samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, bl.a. på sygehusene, mens der stort set intet er beskrevet om samarbejdet over mod hjemmepleje og plejehjem. Det til trods for, at en meget stor andel af borgerne på akutfunktionerne vil have forløb i ældreplejen, både før og efter kontakten til akutfunktionerne.
4. **Sammenhængen til midlertidige pladser:** Der sker en stor sammenblanding i kommunerne af "midlertidige pladser" efter serviceloven og "akutpladser" eller sundhedsloven. Bl.a. ser vi, at syge borgere i én kommune kommer ind på en midlertidig plads (evt. understøttet af en udekørende akutfunktion), mens en lignende borger vil komme ind på en akutplads i en anden kommune. Det kan have stor betydning, da der gælder helt forskellige regelsæt på de to typer af pladser, herunder også i forhold til borgernes egenbetaling. FOA undrer sig derfor over, at afgrænsningen til de midlertidige pladser ikke er beskrevet i Sundhedsstyrelsens nye kvalitetsstandarder for akutfunktioner.

Disse bemærkninger er udfoldet på de næste sider.

FOA opfordrer til, at udkastet til kvalitetsstandarder for akutfunktioner revideres på baggrund af bemærkningerne.

Med venlig hilsen



Mona Striib
Forbundsformand



Tanja Nielsen
Sektorformand, Social- og sundhedssektoren

Tekstnære bemærkninger

”Væsentligste opdateringer i denne udgivelse”

En væsentlig ændring i denne udgivelse er, at social- og sundhedsassistenter er fjernet som en central faggruppe. Det undrer meget, at baggrunden for dette ikke er beskrevet. Når der ikke er nævnt en begrundelse, sender det et signal til kommunerne om, social- og sundhedsassistenter skal være mindre til stede i akutfunktionerne, end de er i dag.

”Hvad er en kommunal akutfunktion?”

Her bør der være en beskrivelse af forskellene og sammenhænge mellem en kommunal akutfunktion efter sundhedsloven og en midlertidig plads efter serviceloven. Kvalitetsstandarderne er nødt til at forholde sig til den virkelighed, som de skal fungere i og er derfor nødt til at forholde sig til de midlertidige pladser.

”Målgruppe”

Borgere, som får kontakt til kommunale akutfunktioner, vil meget ofte have kontakt til ældreplejen. Mange af borgerne vil inden kontakten til den kommunale akutfunktion have modtaget hjemmehjælp – eller fortsat modtage hjemmehjælp – og en stor del vil fortsætte plejen og behandlingen i den kommunale ældrepleje, enten på plejehjem eller i hjemmeplejen. Dette bør tilføjes målgruppe-beskrivelsen.

”Udstyr”

Der bør være en nærmere præcisering af, hvad ”udstyr til podning” dækker over, da det kan tolkes på flere måde. Overvej desuden at tilføje ”hjertestarter” som standardudstyr.

Der udestår en beskrivelse af medicinskabe og muligheden for at udlevere medicin til borgerne, jf. at dette formentlig bliver muliggjort med en lovgivningsændring i efteråret.

”Kompetencer”

Social- og sundhedsassistenter er fjernet som væsentlig faggruppe

I de gældende kvalitetsstandarder er social- og sundhedsassistenter nævnt i den blå opsummerende boks øverst i kapitlet om kompetencer. I det nye udkast er faggruppen helt fjernet fra denne boks, men kun nævnt én gang nederst s. 12 (hvor der dog står social- og sundhedshjælpere, men Sundhedsstyrelsen har oplyst til FOA, at dette er en fejl og at der skulle have stået social- og sundhedsassistenter).

Sundhedsstyrelsens forklaring over for FOA har været, at man vil have fokus på kompetencer frem for faggrupper. En tilgang, som FOA bakker stærkt op om, men som ikke harmonerer med, at én faggruppe – sygeplejersker – fortsat nævnes i udkastets opsummerende blå boks, første linje. Der bliver dermed ikke et mindre fokus på faggrupper, men snarere et mere snævert faggruppefokus.

Der er ingen steder i de nye kvalitetsstandarder en beskrivelse af, hvorfor social- og sundhedsassistenter er fjernet. Dermed må vi forvente, at kommunale ledere, som får de nye kvalitetsstandarder i hånden (hvis de ikke ændres), vil drage den logiske konklusion, at Sundhedsstyrelsen hermed signalerer, at social- og sundhedsassistenter *i mindre grad* skal være en del af akutfunktionerne. Selvom Sundhedsstyrelsen muligvis ikke har dette ærinde, vil det formentlig blive den praktiske konsekvens.

Som bekendt har FOA ikke deltaget i arbejdsgruppens arbejde, og vi har derfor ikke fået adgang til den viden og de drøftelser, som ligger til grund for, at social- og sundhedsassistenter er skrevet ud. Vi kan forstå, at det bl.a. beror på nogle muligvis gamle tal om, at der ikke er ret mange social- og sundhedsassistenter i akutfunktionerne i dag. Til det er der dog to væsentlige indvendinger:

1. Kvalitetsstandarderne skal skubbe på en ønsket udvikling. Ønsker Sundhedsstyrelsen at skubbe på en udvikling, hvor social- og sundhedsassistenter skubbes ud af akutfunktionerne? Eller ønsker man – som det også drøftes i Robusthedskommissionen – at sundhedsvæsenet bliver bedre til at bruge alle kompetencer, jf. LEON-princippet, at faggrænser opblødes osv.?
2. Det er FOAs indtryk, at social- og sundhedsassistenter er repræsenteret på akutfunktionerne, men godt kunne have en større rolle. Vi har i dag eksempler på, at social- og sundhedsassistenter arbejder på stort set lige fod med sygeplejerskerne på nogle akutfunktioner. Det viser, at det kan fungere at bruge social- og sundhedsassistenterne kompetencer på en fordelagtig måde.

Når de eksisterende kvalitetsstandarder nævner social- og sundhedsassistenter, skyldes det, at det er en oplagt faggruppe til at varetage arbejdet i akutfunktionerne. Social- og sundhedsassistenter har kompetencerne til at udføre den sygeplejefaglig udredning samt anvende de underliggende metoder, som er angivet på s. 9. Det samme gælder de fleste af de opgaver, som er på listen over instrumentelle indsatser på s. 9. Det er opgaver, som allerede i dag udføres af social- og sundhedsassistenter i de kommunale akutfunktioner.

Social- og sundhedsassistenter har stærke generalistkompetencer, som harmonerer med kompetencerne nævnt på kompetencelisten på s. 13. Det gælder bl.a. i forhold til det tværsektorielle arbejde, idet social- og sundhedsassistenter har solide oplæringsforløb på både de somatiske sygehuse, i ældreplejen og i psykiatrien som en del af deres uddannelse (jf. pind 2). Dermed har social- og sundhedsassistenter i allerhøjeste grad erfaring med netop den patientgruppe, som man møder i akutfunktionerne (jf. pind 1). Social- og sundhedsassistenter er uddannet til at se den hele borger, og dermed borgerens grundlæggende fysiske, psykiske og sociale behov, herunder reagere på ændret sundhedstilstand gennem en speciel sygeplejeindsats – om den er enkel eller kompleks, afhænger af borgerens ændrede sundhedstilstand og dermed påvirkning af de grundlæggende behov.

Social- og sundhedsassistenter kan dermed bringe meget væsentlige kompetencer ind til akutfunktionen, jf. beskrivelsen om det helhedsorienterede blik på borgerne (jf. pind 4). Rehabilitering er også en kernekompetence for social- og sundhedsassistenter og en væsentlig del af deres uddannelse (jf. pind 4). Endvidere er social- og sundhedsassistenter i stand til at udfylde rollen som koordineringsansvarlig og primær bærer af kontinuiteten i komplekse patientforløb. (jf. pind 1). At understøtte patientsikre overgange og kontinuitet i det samlede borger-/ patientforløb, og at koordinere og indgå i samarbejdet om en borgers/patients behov for en tværprofessionel og tværsektoriel indsats, er en del af social- og sundhedsassistentens grunduddannelse.

Social- og sundhedsassistenternes væsentlige rolle i akutfunktionerne viser sig også i flere eksempler rundt om i landet, jf. boksen om Næstved Kommune nedenfor.

FOA vil derfor på det kraftigste opfordre til, at social- og sundhedsassistenter igen skrives ind i den blå, opsummerende boks, så de også i fremtiden kan få en central rolle i akutfunktionerne. Alternativt skal kvalitetsstandarderne helt fjerne benævnelsen af konkrete faggrupper.

Eksempel: Næstved Kommune

På en akutplads i Næstved Kommune er social- og sundhedsassistenterne i overtal i forhold til sygeplejerskerne. Her udfylder social- og sundhedsassistenterne stort set de samme opgaver og funktioner som sygeplejerskerne, og om natten fungerer akutpladsen uden en sygeplejerske på stedet. Det dækkes til gengæld af en udekørende funktion.

I Næstved Kommune er man også i gang med at uddanne akut-social- og sundhedsassistenter og akutsygeplejersker. Det er et samarbejde, som kommunen har med Slagelse AKUT-Modtagelse. Her sendes medarbejderne fra kommunen og hospitalet på fælles skolebænk. Det betyder, at de har den samme viden, men det skaber også tryghed i samarbejdet, når medarbejdere på tværs af sektorerne har sammen vidensgrundlag at tale ud fra.

Akut-social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker skal stå for behandlingen af borgere i eget hjem. Det sker i samarbejde med E-hospitalet. Når samarbejdet og det tekniske udstyr er helt på plads, forventes det, at kommunen kan forhindre op til 20-25 procent af de akutte indlæggelser.

Beskrivelse af opgaveoverdragelse

Lige nu står der følgende i kvalitetsstandarderne:

”Dele af indsatsen, kan overdrages til andre sundhedsfaglige medarbejdere med de fornødne kompetencer.”

FOA finder det væsentligt, at dette skrives på en anden måde. Ved at anvende begrebet ”overdragelse” lægger kvalitetsstandarderne op til, at det er sygeplejerskerne i akutfunktionerne som skal vurdere, hvilke opgaver de vil give videre til andre faggrupper. I stedet bør det være ledelsen, som fastsætter, hvilke opgaver de forskellige medarbejdere kan udføre. Begrebet ”overdragelse” bør derfor fjernes.

Endvidere er det problematisk, at der står ”dele af indsatsen”, fordi det konnoterer, at det kun er en begrænset del af de samlede opgaver, som andre faggrupper vil kunne varetage. Dette harmonerer ikke med, hvordan social- og sundhedsassistenter mange steder varetager stort set samme opgaver som sygeplejersker, jf. også beskrivelsen fra Næstved Kommune. Det harmonerer heller ikke med drøftelserne i bl.a. Robusthedskommissionen jf. tidligere bemærkningerne.

Listen over kompetencer

På s. 13 er en liste over de kompetencer, som personalet skal besidde kompetencerne til. FOA har følgende kommentarer til listen:

- Listen introduceres med følgende tekst: Personalet i de kommunale akutfunktioner skal derfor have erfaring med- og besidde kompetencer til at”. Det bør stå tydeligt, at det ikke er hver enkelt medarbejder, som skal besidde alle kompetencerne, men derimod medarbejderne som samlet hele.
- En af de nævnte kompetencer er, at ”varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagning, herunder kommunikere effektivt og sikkert både mono- og tværfagligt (...)” FOA er uforstående

over for, hvad begreberne "mono- og tværfaglig" bidrager med. Kommunikationen skal uden tvivl tage hensyn til, hvem man kommunikerer med, men det afhænger af meget andet end uddannelsesbaggrund, herunder fx erfaringsniveau, specifikke kompetencer, personlighed osv. Når der står "mono- og tværfaglig", bidrager kvalitetsstandarderne til en nødvendig skelnen mellem faggrupper som om det er eneste væsentlige skel. FOA opfordrer derfor til, at teksten "mono- og tværfagligt" fjernes.

- Det er væsentligt, at akutfunktionerne ikke kun har fokus på den mere specialiserede sygepleje, men også huske den grundlæggende sygepleje som både kan være enkel eller kompleks. Der bør derfor tilføjes en beskrivelse af den grundlæggende sygepleje, herunder de 12 sygeplejefaglige problemområder.
- Det bør tilføjes, at en væsentlig kompetence er kendskab til ældreplejen, jf. ovenstående bemærkninger om, at hovedparten af borgerne i akutfunktionerne også vil have kontakt til ældreplejen. For at skabe sammenhæng for borgerne er det derfor nødvendigt, at personalet kender til ældreplejen. Det øger forståelsen for, hvad der kan være hændt, siden borgeren fx kommer ud på en akutplads, samt hvad der skal til for at borgeren kan komme tilbage på en god måde.

Instrukser

Der står følgende i udkastet til kvalitetsstandarder: "Der skal foreligge instrukser eller funktionsbeskrivelser for de funktioner, der skal varetages af sygeplejersker i akutfunktionen."

FOA er uforstående over for, hvorfor det kun gælder de funktioner, som varetages af sygeplejersker. Instrukserne må gælde alle faggrupper i akutfunktionen, eller forestiller Sundhedsstyrelsen sig, at der skal gælde forskellige instrukser afhængig af faggrupper?

FOA opfordrer derfor til, at "sygeplejersker" fjernes fra beskrivelsen.

"Samarbejde og rådgivning"

Som beskrevet ovenfor er en af akutfunktionernes vigtigste samarbejdspartnere den kommunale ældrepleje. Det er kun meget få borgere, som efter et forløb på en akutplads, kan komme hjem igen uden hjælp. Rigtig mange får hjælp fra hjemmeplejen eller kommer på plejehjem. Der bør derfor være en udfoldet beskrivelse af samarbejdet med ældreplejen, da det er helt afgørende for, at borgeren får et sammenhængende forløb.

"Henvielse og behandlingsansvar"

Der står følgende på s. 20: "Når forløbet i akutfunktionen afsluttes, skal behandlingsansvarlig læge have besked herom via skriftlig elektronisk kommunikation." Dette gælder kun, hvis patienten giver samtykke hertil, hvilket derfor bør tilføjes.

"Kvalitetssikring og monitorering"

Der er en liste over forslag til data, som kan medvirke til kvalitetssikring. Der nævnes følgende:

- hvilke patienter, der henvises til akutfunktionen
- henvisningsårsag, samt hvilke indsatser der iværksættes
- antal patienter, der henvises til akutfunktionen
- varighed af forløb i akutfunktionen

- andre aktivitetsdata
- populationsdata

Der er dog ikke umiddelbart nogen af disse data, som siger ret meget om kvalitet. Snarere fortæller de noget om aktiviteten i akutfunktionerne. Hvis vi skal se på kvaliteten, handler det vel snarere om, om borgernes tilstand forbedres, om de undgår unødvendige indlæggelser osv.

”Bilag 3: Lovgrundlag”

Her bør det lovgivningsmæssige grundlag for akutpladserne holdes op mod lovgrundlaget for midlertidige pladser.