



SUNDHEDSSTYRELSEN

2023

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Indhold

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Introduktion | 3 |
| | Væsentligste opdateringer i denne udgivelse | 3 |
| | Baggrund..... | 4 |
| | Formål med kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner..... | 4 |
| | Hvad er en kommunal akutfunktion?..... | 5 |
| 2 | Målgruppe | 7 |
| 3 | Indsatser i den kommunale akutfunktion | 9 |
| 4 | Udstyr | 11 |
| 5 | Kompetencer og uddannelse..... | 12 |
| 6 | Organisering og samarbejde | 15 |
| | Tilrettelæggelse og tilgængelighed | 15 |
| | Samarbejde og rådgivning..... | 16 |
| 7 | Henvisning og behandlingsansvar | 19 |
| | Henvisning og visitation..... | 19 |
| | Behandlingsansvar | 19 |
| 8 | Kvalitetssikring og monitorering | 21 |
| 9 | Implementering og samarbejdsaftale | 23 |
| 10 | Bilag | 25 |
| | Bilag 1. Kommissorium for arbejdsgruppen | 25 |
| | Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer | 27 |
| | Bilag 3. Lovgrundlag, herunder bekendtgørelser og vejledninger | 28 |

1 Introduktion

Sundhedsstyrelsens udgiver hermed opdaterede kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. Den erstatter publikationen 'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen' fra 2017, som tog afsæt i anbefalinger fra 2014, der blev udarbejdet som led i en handlingsplan for den ældre medicinske patient, hvor styrkelse af kommunale akutfunktioner indgik som et af indsatsområderne.

De opdaterede kvalitetstandarder er udarbejdet som en del af opfølgningen på sundhedsreformaftalen fra maj 2022, hvori det fremgår, at der - som del af den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, skal ske en videreudvikling af kvalitetsstandarder til de kommunale akutfunktioner. Der blev med sundhedsreformaftalen afsat hhv. 100 mio. kr. årligt til kommunerne til at styrke kapaciteten og implementere de opdaterede kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner - samt 25 mio. kr. årligt til regionerne til at styrke den faglige rådgivning fra sygehusene og almen praksis til de kommunale akutfunktioner. Udgivelsen skal ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens øvrige udgivelser, eks. *Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats - planlægningsgrundlag for de kommende 10 år (2020)* samt *Fagligt oplæg til en 10-årsplan - bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser (2022)*.

Sundhedsstyrelsen er i arbejdet blevet rådgivet af en bredt sammensat arbejdsgruppe nedsat til formålet. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

Væsentligste opdateringer i denne udgivelse

Nedenfor er der oplistet de væsentligste opdateringer i denne udgivelse i forhold til kvalitetsstandarderne fra 2017:

- Det er blevet obligatorisk, at alle kommuner har etableret en kommunal akutfunktion eller har et formaliseret tværkommunalt samarbejde om en sådan¹
- Målgruppen for akutfunktionen er præciseret. Der er i præcisionen lagt vægt på, at målgruppen i overvejende grad er kendetegnet ved forløb af uafklaret og/eller kompleks karakter.
- IV-behandling er indsat som obligatorisk indsats i akutfunktionen²
- Der er angivet krav om adgang til- og tilgængelighed af rådgivning og sparring fra sygehus og almen praksis.
- Beskrivelse af lægeligt behandlingsansvar er forenklet og præciseret.

¹ I Sundhedsstyrelsens 'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen' (2017) beskrives det ikke som et krav, at der skal etableres akutfunktioner i alle kommuner, men har man etableret en akutfunktion skal den leve op til indholdet i kvalitetsstandarderne. Dog har opgørelser gennem de sidste 10 år vist, at tiltagende flere og flere kommuner har etableret akutfunktioner. Seneste tal fra 2020 viste, at antallet af kommuner med akutfunktioner er oppe på 100%. Nogle kommuner har etableret egne akutfunktioner, andre har etableret tværkommunale akutfunktioner. Akutteams er den mest udbredte organiseringsform i kommunerne. Nogle kommuner har kombineret akutteams med akutpladser.

² Obligatorisk varetagelse af IV-behandling i den kommunale akutfunktion er afhængig af indgåelsen af en national aftale på området. Indtil en national aftale foreligger, danner de regionale aftaler om varetagelse af IV-behandling i hjemmesygeplejen rammen for indsatsen.

- Der er angivet krav om, at akutfunktionen er opsøgende i forhold til at sikre, at akutfunktionen bruges rettidig og relevant.
- Samarbejdsflader til andre forvaltninger og lovgivningsmæssige områder i kommunen er uddybet.
- Der er et øget fokus på kompetencer fremfor faggrupper. Herudover øges vægtningen af det tværfaglige samarbejde om kompetenceudvikling.
- Afsnit om kvalitetssikring og monitorering er udbygget, og sundhedsklyngernes rolle i den forbindelse er fremhævet.
- Der er tilføjet et kapitel omkring implementering af kvalitetsstandarderne, hvor behov for klare, lokale samarbejdsaftaler beskrives som en forudsætning for succesfuld implementering.

Baggrund

De senere års udvikling med omfattende specialisering og centralisering af sygehusvæsenet og øget kompleksitet i patientforløbene i kommunerne, har medført ændringer i opgaveløsningen og involverer flere aktører med indsatser på tværs af sektorer og lovgivningsområder. Samtidig bliver der flere ældre og flere med kronisk sygdom og psykiske lidelser, ligesom patienter udskrives hurtigere efter indlæggelse på sygehus, hvilket også afspejler sig i opgaverne i de kommunale akutfunktioner.

Udviklingen stiller øgede krav til organisering samt fleksibelt og formaliseret samarbejde om det fælles patientforløb. Samtidig medfører udviklingen også et øget behov for at arbejde fokuseret med bl.a. forebyggelse af indlæggelser samt behandling og rehabilitering i forbindelse med akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom.

Der må forventes et behov for kapacitetsopbygning i de kommunale akutfunktioner. Det er den enkelte kommunes ansvar løbende at vurdere behovet for akutfunktionens indsatser, herunder fx varetagelse af nye målgrupper og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter. Det anbefales, at denne kapacitetsvurdering sker i tæt samarbejde med almen praksis og sygehus, og at vurderingen også inddrager den regionale kapacitet.

Formål med kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner

Formålet er overordnet:

- gennem krav og anbefalinger til indsatser og organisering at understøtte en ensartet og høj kvalitet i de sundhedsfaglige indsatser, der leveres af de kommunale akutfunktioner på tværs af landet.
- gennem krav og anbefalinger til samarbejdet, at understøtte kommunens samarbejde med sygehuse, almen praksis og lægevagt, som vil kunne henvise

patienter³ til kommunale akutfunktioner af en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau.

Hvad er en kommunal akutfunktion?

Akutfunktioner er en del af den kommunale sygepleje, og akutfunktionen er således underlagt samme lovgivning, som den kommunale sygepleje (se bilag 3 om lovgrundlag), men yder sygeplejefaglige indsatser af en karakter, som vurderes bedst at kunne varetages i den kommunale akutfunktion fremfor den øvrige kommunale sygepleje. Den kommunale akutfunktion er et tilbud til patienter, der ikke har behov for indlæggelse, men som har komplekse, uafklarede forløb af akut eller subakut karakter og/eller som bedst varetages i et sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige kompetencer i vante rammer tæt på patientens hverdag, familie og netværk.

Patientforløbet samt patientens karakteristika og behov afgør, hvorvidt det er en indsats, der skal løses i akutfunktionen (se kapitel 3.1 om målgrupper). Der er således indsatser, der tilbydes i både akutfunktionen og den øvrige kommunale sygepleje, ligesom patienten kan have behov for parallelle indsatser, hvor den samlede indsats for patienten tilrettelægges i et tæt samarbejde.

Formålet med indsatsen i den kommunale akutfunktion er, i samarbejde med almen praksis og sygehus, at forebygge forværring af akut opstået eller kendt sygdom gennem en tidlig, proaktiv indsats, samt at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, hvis patienten efter indlæggelse fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov, som akutfunktionen har kompetence og kapacitet til at varetage. Hermed kan akutfunktionen levere en indsats tæt på patientens hverdagsliv og samtidig medvirke til at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser og/eller hjemtage patienter, der ikke længere har behov for en sygehusindlæggelse, men fortsat har behov for en sygeplejefaglig indsats fra akutfunktionerne.

Der er tale om en indsats, der afhængig af den aktuelle situation og patientens samlede tilstand, ydes inden for få timer eller dage. Forventningen er, at behovet for indsatser i akutfunktionen er af kortere varighed.

Det er vigtigt at understrege, at tilbuddet i akutfunktionen ikke kan erstatte en sygehusindlæggelse, hvis patienten har behov for dette.

Indsatserne i akutfunktionen varetages i et samarbejde mellem akutfunktion, sygehus og almen praksis samt eventuelt lægevagt/1813 (herefter benævnt lægevagt). Det drejer sig både om patienter, der i forvejen er i kontakt med f.eks. hjemme(syge)plejen, beboere i plejebolig og lignende, og patienter, der ikke i forvejen er visiteret til kommunale indsatser.

³ I kvalitetsstandarderne anvendes betegnelsen 'patient' for personer, der modtager indsatser i akutfunktionen.

Varetagelse af indsatser i den kommunale akutfunktion organiseres som akutteams, enten som selvstændige teams eller hvor opgaverne er en integreret del af den kommunale sygepleje - eventuelt suppleret af akutpladser. Akutteams forstås som en udekørende funktion, hvor sygeplejen ydes i patientens eget hjem, herunder plejebolig og midlertidige døgnophold. Akutpladser forstås som en stationær plads på en kommunal matrikel. Hvordan kommunerne organiserer akutfunktionen, beror på en konkret vurdering i den enkelte kommune, på baggrund af blandt andet befolkningsgrundlag, population, geografi, kommunestørrelse, afstand til hospital, lægebetjening mv.

2 Målgruppe

Opsummering

- Målgruppen for de kommunale akutfunktioner er patienter med somatisk sygdom og evt. psykiatrisk komorbiditet, hvor det vurderes, at forløbet håndteres bedst i akutfunktionen.
- Forløbene er ofte komplekse og kendetegnet ved at være uafklarede og/eller uforudsigelige, hvor der er behov for tæt observation og en løbende justering af indsatser og behandlingsplan.

Der er tale om patienter, der har behov for:

- *En tidlig indsats*, hvor der er akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse. Eller hvor der er behov for afklaring og vurdering af patienter, hvor andet kommunalt personale har behov for sparring med akutfunktionens personale.
- *En opfølgende indsats*, hvor der, efter endt sygehusophold, fortsat er komplekse pleje og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen.

Målgruppen for den kommunale akutfunktion er subakutte og akutte patienter med somatisk sygdom og eventuel psykiatrisk komorbiditet. Forløbene er ofte kendetegnet ved at være uafklarede og/eller uforudsigelige, hvor der er behov for tæt observation og løbende justering af indsatser og behandlingsplan. Ofte kan der også være tale om patienter, der til en vis grad er skrøbelige, og hvor et forløb i den kommunale akutfunktion vurderes mest hensigtsmæssigt.

Der kan være tale om akut opstået sygdom eller forværring af symptomer fra allerede kendt sygdom, eller patienter der, efter indlæggelse på sygehus, fortsat har behov for sygeplejefaglige indsatser fra akutfunktionen. Der er tale om tilstande, der kræver handling inden for nærmeste fremtid for at undgå en potentiel forværring af tilstanden og/eller behov for indlæggelse på sygehus.

Patientforløbene i akutfunktionen vil ofte være præget af en vis grad af kompleksitet. Det kan eksempelvis dreje sig om den ældre medicinske patient, hvor symptombilledet for akut opstået sygdom f.eks. kan manifestere sig ved almen uro, konfusion, diffuse smerter eller akut nedsat funktionsevne. Og det kan dreje sig om patienten med samtidig somatisk og psykisk lidelse, hvor det kan være vanskeligt at differentiere ift. symptombilledet og den bagvedliggende årsag.

Alt afhængig af den aktuelle situation og patientens tilstand, er der i den kommunale akutfunktion tale om forløb, hvor der er behov for en tidlig eller en opfølgende indsats. En tidlig indsats varetages med henblik på afklaring og vurdering hos patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse, eller afklaring og vurdering af patienter, hvor andet kommunalt personale har behov for sparring med akutfunktionens personale.

En opfølgende indsats varetages i den kommunale akutfunktion efter endt indlæggelse på sygehus for patienter, der fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, og hvor der kræves de sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen

Der kan også være tale om patientgrupper, der af forskellige årsager kan være udfordrede på at skulle indlægges i forbindelse med akut opstået sygdom, og kan have et forstærket behov for at forløbet kan håndteres i vante rammer. Her er det ikke nødvendigvis alvorlighedsgraden af patientens sygdom, der afgør om der er behov for indlæggelse eller et forløb i akutfunktionen, men behovet for at holde patienten i vante rammer, der er afgørende. Det kan eksempelvis dreje sig om patienter med nedsat kognitiv funktion (eksempelvis demens), der kan være særligt følsomme over for ændringer i omgivelser og vante rammer, og hvor en indlæggelse kan have en negativ indvirkning på behandlingsudfaldet med risiko for udvikling af delirium mv. Det kan også være patienter, hvor forskellige psykosociale faktorer påvirker patientens liv i en sådan grad, at et forløb i akutfunktionen vurderes mest hensigtsmæssigt frem for en indlæggelse.

Det vil altid bero på en individuel, lægefaglig vurdering, hvorvidt patienten profiterer bedst af indlæggelse eller ej.

3 Indsatser i den kommunale akutfunktion

Opsummering

- Den kommunale akutfunktion varetager indsatser, der omhandler sygeplejefaglig vurdering og kommunikation samt udvalgte instrumentelle indsatser.
- Hvis den kommunale akutfunktion varetager andre indsatser udover de angivne, kan der med fordel laves lokale aftaler herom.
- Den kommunale akutfunktion kan også varetage basale sygeplejefaglige indsatser, som ikke har akut karakter, men som understøtter det samlede patientforløb.

Nedenstående indsatser, er krav til hvad de kommunale akutfunktioner skal kunne. Andre indsatser kan fastlægges i lokale aftaler (se kap 9).

Sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, herunder:

- En helhedsorienteret vurdering af patientens behov for sygeplejefaglige indsatser og/eller andre kommunale indsatser.
- Observation og vurdering af patienten ved behov, ud fra ABCDE-metoden, samt måling af vitale parametre. Behovet vurderes af personalet i akutfunktionen i samarbejde med en læge (der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering flere gange i døgnet).
- Sikker, mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR⁴-metoden eller anden faglig anerkendt metode, med læge om observationsfund.

Instrumentelle indsatser, herunder:

- akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent)
- subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
- IV-behandling⁵

⁴ ISBAR er en tjekliste til sikker mundtlig kommunikation om patientens helbredstilstand og patientbehandling. ISBAR står for **I**dentifikation, **S**ituation, **B**aggrund, **A**nllyse, **R**åd.

⁵ Obligatorisk varetagelse af IV-behandling i den kommunale akutfunktion er afhængig af indgåelsen af en national aftale på området. Indtil en national aftale foreligger, danner de regionale aftaler om varetagelse af IV-behandling i hjemmesygeplejen rammen for indsatsen.

- parenteral ernæring, herunder til- og frakobling samt forbindingskift ved intravenøse katetre
- sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonde
- inhalationsbehandling
- pasning af dræn
- kateteranlæggelse og -pleje
- prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning

Akutfunktionen kan vælge at varetage det samlede sygeplejefaglige patientforløb og pleje og således varetage sygeplejefaglige indsatser, der ikke er en del af akutfunktionens opgaveportefølje. Dette med henblik på at understøtte sammenhængende patientforløb, hensigtsmæssig organisering og brug af personaleressourcer. Det beror altid på en lokal vurdering, hvad der vurderes mest hensigtsmæssigt.

Akutfunktionen skal ligeledes altid overveje, om der er behov for iværksættelse af andre indsatser som en del af, eller umiddelbart i forlængelse af forløbet i den kommunale akutfunktion og med inddragelse af andre faggrupper (se kapitel 6 vedr. organisering og samarbejde).

4 Udstyr

Opsummering

- Nedenstående oplistede udstyr og utensilier skal være tilgængelige i den kommunale akutfunktion.

Akutfunktionen skal kunne tilbyde forskellige indsatser, som stiller krav til udstyr og utensilier (se også kapitel 3 om indsatser). Der er derfor krav til, at akutfunktionen har det udstyr og utensilier, der er nødvendige, for at foretage relevant observation, diagnostik og behandling af patienterne i akutfunktionen.

Udstyr og utensilier, der skal forefindes i den kommunale akutfunktion:

- Udstyr til måling af vitale parametre herunder puls, blodtryk, temperatur og iltmætning i blodet
- Udstyr til undersøgelse af urin, fx i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning
- Udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent).
- Udstyr til podninger
- Nasogastriske sonder og udstyr til anlæggelse af disse
- Katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse
- Forstøverapparat
- Rubensballon eller tilsvarende
- Værnemidler

Akutfunktionen kan vælge at have andet og mere specialiseret udstyr, som fx blærescanner, pumper til smertebehandling mv. Dette følger de almindelige bestemmelser på området, jf. afgrænsningscirkulæret⁶. Det forudsættes, at der laves lokale aftaler med henblik på at understøtte kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyret og håndtering af analyser mv.

⁶ [Afgænsningscirkulæret \(retsinformation.dk\)](https://retsinformation.dk)

5 Kompetencer og uddannelse

Opsummering

- Indsatserne i den kommunale akutfunktion varetages af erfarne sygeplejersker med mindst to års relevant, klinisk erfaring. Dele af indsatsen, kan overdrages til andre sundhedsfaglige medarbejdere med de fornødne kompetencer.
- I akutfunktionen bør der være personale med:
 - erfaring med målgruppen for den kommunale akutfunktion.
 - erfaring med tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.
 - kompetencer til at varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagning.
 - kompetencer til at arbejde helhedsorienteret, hvor også psykosociale faktorer inddrages.
- Personalet i akutfunktionen skal overvejende være beskæftiget med opgaver, der relaterer sig til målgruppen for den kommunale akutfunktion. Dette for at sikre at personalet kan vedligeholde og udvikle deres kompetencer.
- Den løbende udvikling og vedligeholdelse af kompetencer kan ske i et samarbejde mellem kommune, sygehus og almen praksis.

For at sikre at målgruppen for de kommunale akutfunktioner kan modtage en indsats af høj kvalitet, er det afgørende, at personalet i akutfunktionerne besidder de rette kompetencer og erfaring til at varetage opgaverne, samt har mulighed for løbende at vedligeholde deres kompetencer og viden.

Hvem kan varetage opgaven?

Indsatser i de kommunale akutfunktioner kan varetages af erfarne sygeplejersker med mindst to års relevant, klinisk erfaring.

Dele af opgaverne kan, efter konkret vurdering, varetages af andre sundhedsfaglige medarbejdere, eksempelvis social- og sundhedsassistenter, med de fornødne kompetencer og tilsvarende relevant klinisk erfaring. Her gælder reglerne for delegation og opgaveoverdragelse⁷.

⁷ [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\) \(retsinformation.dk\)](#)

Kompetencer og erfaring

Forløbene er som ofte kendetegnet ved at være uafklarede og/eller uforudsigelige, med behov for tæt observation og en løbende justering af indsatser og behandlingsplan. Dette kræver kliniske kompetencer til løbende at observere, vurdere, og behandle patienter i samarbejde med den behandlingsansvarlige læge, f.eks. patienter med akutte smerter, infektioner, akut nedsat funktionsniveau eller pludselig opstået konfusion og delirøse tilstande.

Personalet i de kommunale akutfunktioner skal derfor have erfaring med- og besidde kompetencer til at:

- håndtere komplekse forløb med subakutte og akutte patienter med somatisk sygdom og eventuel psykiatrisk komorbiditet. Personalet kan med fordel have erfaring med patientgruppen, de vil møde i den kommunale akutfunktion - f.eks. den ældre medicinske patient, patienter med kognitive funktionsnedsættelse og svækkelse, patienter med psykiatrisk komorbiditet, patienter der på forskellige måder er sårbare og skrøbelige mv. (Se også afsnit om målgruppe, kap. 2)
- koordinere og arbejde tværfagligt og tværsektorielt, da kompleksiteten i patientforløbene i akutfunktionen ofte indebærer, at der er mange aktører involveret i patientens samlede forløb. Personalet i akutfunktionen bør have viden om det samlede sundhedsvæsen, for at understøtte det tværsektorielle samarbejde, herunder viden om interne og eksterne samarbejdsaftaler og samarbejdsprocedurer. Det kan derudover være en fordel, at have bred viden om de kommunale velfærdsområder, så der kan sikres sammenhæng i patientforløbet samt en tværfaglig tilgang med mulighed for gensidig sparring. (Se også afsnit om organisering og samarbejde samt henvisning og behandlingsansvar, kap 6 og 7)
- varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagning, herunder kommunikere effektivt og sikkert både mono- og tværfagligt med henblik på at sikre tilrettelæggelse af det mest hensigtsmæssige patientforløb.
- arbejde helhedsorienteret og orientere sig mod patientens samlede sundhedssituation. Det kræver, at der ikke kun arbejdes med instrumentel klinisk opgaveløsning, men også sikres identifikation af behov for øvrige indsatser, fx genoptræning og rehabilitering, inddragelse af psykosociale faktorer, inddragelse af- og håndtering af pårørende mv.

Der skal foreligge instrukser eller funktionsbeskrivelser for de funktioner, der skal varetages af sygeplejersker i akutfunktionen.

Volumen og vedligeholdelse af kompetencer

Vedligeholdelse og udvikling af kompetencer til håndtering af målgruppen, kræver et vist volumen af patienter, og at personalet overvejende er beskæftiget med de opgaver, der relaterer sig til målgruppen for den kommunale akutfunktion. For at understøtte kvalitet i akutfunktionerne, skal indsatser, hvor patientgrundlaget er lille, derfor forankres hos få personer med rette færdigheder og kompetencer. Kommuner med et lille patientgrundlag kan hensigtsmæssigt indgå i tværkommunale

samarbejder for at sikre et tilstrækkelig patientgrundlag for akutfunktionen til, at personalet kan vedligeholde deres kompetencer.

Personalet skal have adgang til kontinuerlig kompetenceudvikling for til stadighed at kunne varetage akutfunktionens indsatser.

Sparring og rådgivning fra almen praksis og sygehus medvirker til den løbende kompetenceudvikling af personalet i akutfunktionen (se kapitel 6.2. om samarbejde og rådgivning). Det kan f.eks. være når der er behov for at udvikle særlige færdigheder og kompetencer i forhold til nyt udstyr eller behandlingsmetoder.

Det anbefales at der indgås samarbejde om kompetenceudvikling mellem sygehus, kommune og almen praksis. Aftaler for implementering af- og metoder til kompetenceudviklingen af personalet i de kommunale akutfunktioner, kan med fordel drøftes i regi af sundhedsklyngerne (se kapitel 9 om implementering).

Derudover skal der sikres relevant kompetenceudvikling internt i kommunen, der alt efter de lokale behov, kan bestå af efter- og videreuddannelser, supervision mv.

6 Organisering og samarbejde

Opsummering

- Kommuner skal have en akutfunktion, eller et formaliseret tværkommunalt samarbejde om en sådan.
- Akutfunktionen skal have en udekørende funktion.
- Akutfunktionen skal være tilgængelig døgnet rundt, året rundt og indsatserne skal kunne etableres og leveres med kort varsel.
- Akutfunktionen skal have en opsøgende rolle, med henblik på at understøtte kendskab til og rettidig brug af akutfunktionen.
- Akutfunktionen skal understøtte helhed og sammenhæng i patientens forløb, ved at akutfunktionens indsatser er integreret og koordineret med øvrige kommunale indsatser.
- Personalet i akutfunktionen skal have direkte adgang til relevant rådgivning fra almen praksis, lægevagt/1813 og sygehus.

Tilrettelæggelse og tilgængelighed

Det er obligatorisk, at alle kommuner skal have etableret en kommunal akutfunktion eller har et formaliseret tværkommunalt samarbejde om en sådan. Varetagelsen af opgaverne i den kommunale akutfunktion skal organiseres som akutteams (selvstændige eller hvor opgaverne er integreret i den kommunale sygepleje), eventuelt suppleret af akutpladser. Hvordan kommunerne organiserer akutfunktionen beror på en konkret vurdering i den enkelte kommune, på baggrund af blandt andet befolkningsgrundlag, population, geografi, kommunestørrelse, afstand til sygehus, lægebetjening mv.

Akutfunktionen skal kunne modtage relevante patienter jf. målgruppe, døgnet rundt, dog under hensyntagen til akutfunktionens kapacitet. Den kommunale akutfunktion skal være tilgængelige døgnet rundt for telefonisk kontakt fra henvisende læger samt patienter, der modtager en indsats fra kommunal akutfunktion og evt. deres nærmeste pårørende.

Akutfunktionen varetager både akutte (indenfor få timer) og subakutte indsatser (indenfor et døgn). Det er således ikke en indsats, der kræver en reaktion indenfor få minutter. Aftaler om både akutte og subakutte indsatser skal kunne ske på alle tider af døgnet.

Indsatser i sene aften- og nattetimer kan organisatorisk tilrettelægges i regi af den almene kommunale sygepleje på betingelse af, at de beskrevne kompetencer er til stede (jf. kap 5).

Da kommunerne er forskellige, hvad angår størrelse, geografi, kapacitet, patientgrundlag samt befolknings- og ressourcemæssige forudsætninger, kan det være hensigtsmæssigt, fx for kommuner med et lille patientgrundlag, at indgå i et tværkommunalt samarbejde om løsning af de opgaver, der skal løses i den kommunale akutfunktion. Det kan fx foregå ved, at en akutfunktion, efter indgåelse af relevante aftaler herom, dækker flere kommuner eller ved at lade særlige kompetencer i akutfunktionen blive brugt på tværs af kommuner.

Samarbejde og rådgivning

Kommunalt samarbejde og rådgivning

Akutfunktionen skal være opsøgende i forhold til at sikre, at akutfunktionen bruges rettidigt og relevant, samt at sikre helhed og sammenhæng i patientens forløb på tværs af det kommunale sundhedsområde, forvaltninger og lovgivninger i kommunen. De ofte komplekse patientforløb kan desuden nødvendiggøre et behov for, at akutfunktionen indhenter rådgivning fra andre kommunale samarbejdspartnere.

Et bredt kendskab til akutfunktionen i kommunen skal understøtte, at akutfunktionen inddrages tidligt i patientens forløb, således at det er muligt at forebygge en indlæggelse eller genindlæggelse, eller undgå forværring af sygdom. Relevante kommunale samarbejdspartnere bør således informeres om, hvornår det er relevant at kontakte akutfunktionen, samt hvordan akutfunktionen kontaktes.

Der er eksempelvis erfaringer med, at akutfunktionen deltager i triageringsmøder med den kommunale hjemme(syge)pleje mhp. at understøtte samarbejde omkring opsporing af borgere med begyndende sygdom, der kan være i risiko for indlæggelse⁸.

Det er vigtigt, at akutfunktionens indsatser altid ses som en del af det samlede patientforløb og således altid koordineres og integreres med andre kommunale indsatser. Der kan f.eks. være tale om patienter med psykiatrisk komorbiditet, der har behov for, eller allerede modtager psykosocial støtte, og hvor de psykosociale indsatser fra socialområdet iværksættes eller gives sideløbende med akutfunktionens indsatser. Der skal være særlig opmærksomhed på at skabe sammenhæng for patienter, der modtager indsatser på tværs af social- og sundhedsområdet.

Der kan også være patienter i den kommunale akutfunktion, der får behov for andre sundhedsfaglige indsatser, såsom sekretmobilisering ved samtidig akut opstået respiratorisk sygdom, hvilket kan kræve inddragelse af kompetencer fra andre faggrupper. Tilsvarende kan der være behov for indsatser, der iværksættes i umiddelbar forlængelse af akutfunktionens indsatser. Dette kan være tilfældet, hvis der er behov for vurdering af årsager til den akut opståede sygdom og fremadrettede forebyggelse af samme - eksempelvis faldudredninger, dysfagi-screeninger, vurdering

⁸ Se bl.a. VIVE 2021 *Det kommunale akutområde - Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner*.
Januar 2023

af tandstatus, ernæringsvurderinger, som også kræver involvering af en række andre faggrupper. Ligeledes er det vigtigt, at personalet i akutfunktionen har blik for det fortsatte patientforløb og allerede i den akutte fase tænker rehabilitering ind og overvejer, hvordan patienten opretholder eller genvinder et evt. funktionstab, der følger den akutte sygdom.

Derudover kan akutfunktionen og de kommunale samarbejdspartnere rådgive og sparre på tværs af fagområder afhængig af det enkelte patientforløb og behov. Et eksempel kan være en borger på botilbud eller i eget hjem, med kendt psykisk lidelse, der får forværring i kendt somatisk sygdom, og får behov for indsats fra den kommunale akutfunktion. Her kan de mentale udfordringer nødvendiggøre behov for rådgivning fra den kommunale socialpsykiatri, ligesom der ofte kan være behov for regional rådgivning (se afsnit nedenfor om tværsektoriel rådgivning og samarbejde). Der kan også være tale om patienter, der er kendt med en demenssygdom, neurologisk lidelse mv., og hvor der findes særlige videnspersoner i kommunen med specialistviden indenfor området, der kan rådgive den kommunale akutfunktion.

Der skal i den enkelte kommune være klare aftaler for, hvordan der sikres rettidigt brug af akutfunktionen, samt hvordan man i akutfunktionen samarbejder med andre kommunale aktører om fælles borgerforløb, både i den enkelte kommune og tværkommunalt, samt hvordan der sparreres og rådgives på tværs. Det forudsætter, at ledelsen understøtter samarbejdet omkring dette. Aftaler og samarbejdet herom kan forankres i eksisterende samarbejdsfora, samarbejdsaftaler og instrukser (se også kap 0 om implementering og samarbejdsaftaler).

Rådgivning og samarbejde med almen praksis og sygehus

Personalet i akutfunktionen skal have adgang til relevant rådgivning fra hhv. almen praksis (lægevagt/1813 udenfor almen praksis' åbningstid) og sygehus. Dette kan være lægefaglig rådgivning eller rådgivning fra andre faggrupper med særlige kompetencer. Der skal være mulighed for, at akutfunktionen på daglig basis og ved behov kan få relevant rådgivning fra sygehuse og almen praksis⁹. 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).

Rådgivning kan være i relation til et konkret patientforløb i akutfunktionen eller vedrøre problemstillinger af mere generel karakter f.eks. i forbindelse med tilrettelæggelse af tværgående patientforløb. Eksempelvis kan personalet i akutfunktionen have behov for rådgivning om håndtering af patienten med multisygdom eller patienten med somatisk sygdom og samtidig svær demens eller patienter med psykiatrisk komorbiditet, hvor der ofte ses en vis grad af kompleksitet.

Rådgivning er ikke nødvendigvis afhængig af, hvem der har behandlingsansvaret, men er der tale om lægefaglig rådgivning og vurdering af konkret, patientrettet behandling ved akut opstået sygdom eller forværring af tilstanden, følger rådgivningen behandlingsansvaret. Det kan også være, at der i det enkelte forløb træffes en faglig individuel beslutning om, at rådgivningsfunktion og behandlingsansvar fordeles anderledes mellem hhv. almen praksis og sygehus. I disse

⁹ Adgang til rådgivning beskrives også i overenskomstteksten for almen praksis (OK22) og i aftale om akutplanen fra februar 2023. Januar 2023

tilfælde skal det sikres, at der ikke er tvivl om ansvarsfordelingen, og at aftaler vedr. dette tydeligt dokumenteres.

Når der er tale om lægefaglig rådgivning af konkret patientrettet behandling, skal der sikres mulighed for adgang til rådgivning døgnet rundt og via direkte telefonnummer.

I mange tilfælde vil almen praksis være den primære sparringspartner for den kommunale akutfunktion ift. de patienter, der er tilknyttet deres lægepraksis og modtager en indsats i akutfunktionen. Almen praksis har med sit kendskab til patienten og dennes helbredsproblematikker mv. de bedste forudsætninger for at rådgive om almenmedicinske problemstillinger til akutfunktionen om patientens forløb. For patienter der tilknyttes akutfunktionen efter en indlæggelse, kender almen praksis ikke nødvendigvis indlæggelsesforløbet og baggrund for behandling, før der foreligger en epikrise. I perioden efter udskrivning er udskrivende afdeling på sygehuset derfor en vigtig sparringspartner.

Uanset form, skal det være tydeligt, hvordan der sikres direkte adgang til rådgivning, og hvad indgangen til rådgivningen er, og der skal foreligge lokale aftaler herom (se også kapitel 8 om implementering og samarbejdsaftaler).

7 Henvisning og behandlingsansvar

Opsummering

- Praktiserende læge, vagtlæge og sygehuslæge kan henvise patienter til den kommunale akutfunktion. Det er kommunen, der visiterer til akutfunktionen.
- Behandlingsansvaret ligger hos den læge, der har henvist til den kommunale akutfunktion, indtil det overdrages.
- Overdragelse af behandlingsansvar ved komplekse patientforløb fra sygehus til almen praksis bør forudgås af mundtlig dialog, så det sikres, at almen praksis er fagligt i stand til at overtage behandlingsansvaret fra sygehuset.
- Alle aftaler vedr. behandlingsansvar skal fremgå af den skriftlige elektroniske kommunikation.
- Den kommunale akutfunktion skal hele døgnet have en direkte adgang til kontakt med den behandlingsansvarlige læge.

Henvisning og visitation

Både praktiserende læger, vagtlæger og sygehuslæger kan henvise patienter til en kommunal akutfunktion, såfremt patienterne er i målgruppen (se også kapitel 3, målgruppe) og har brug for indsatser, der varetages af akutfunktionen (se også kapitel 4, indsatser). I forbindelse med henvisningen skal der ske telefonisk kontakt til akutfunktionen med henblik på en afklaring af, om patientens situation egner sig til at blive henvist til den kommunale akutfunktion eller håndteres bedre andetsteds, samt om der er kapacitet til at modtage patienten. Det er kommunen, der visiterer til akutfunktionen. Henvisning skal ske skriftligt som elektronisk kommunikation indeholdende behandlingsplan samt oplysninger om, hvem der er behandlingsansvarlige læge¹⁰.

Behandlingsansvar

Behandlingsansvaret ligger hos den læge, der har henvist patienten til den kommunale akutfunktion, indtil det overdrages. Behandlingsansvaret indebærer det

¹⁰ [Henvisning til kommunale akutfunktioner - MedCom](#)

lægefaglige ansvar for forløbet i akutfunktionen, herunder at sikre overensstemmelse mellem forløbet i akutfunktionen og patientens øvrige behandlinger.

Der må aldrig være tvivl om, hvilken læge der har behandlingsansvaret for den konkrete patient i den konkrete situation. Alle aftaler vedr. behandlingsansvar skal således fremgå af den skriftlige elektroniske kommunikation. Når behandlingsansvaret overdrages, skal den skriftlige kommunikation suppleres af en mundtlig aftale.

Sundhedsfaglige i akutfunktionen skal have et døgndækket, direkte telefonnummer¹¹ til den behandlingsansvarlige læge, så behandlingen ikke forsinkes af unødigt ventetid.

For patienter henvist fra praktiserende læge ligger behandlingsansvaret hos den henvisende praktiserende læge i dennes åbningstid, og hos vagtlæge uden for lægens åbningstid. For patienter henvist af vagtlæge uden for praktiserende læges åbningstid, overtager patientens praktiserende læge behandlingsansvaret, når denne har åbningstid.

For færdigbehandlede patienter henvist fra sygehus, overdrages behandlingsansvaret til almen praksis ved udskrivelse¹². Det forudsætter, at der er de rette kompetencer tilstede. Der skal i den sammenhæng være en særlig opmærksomhed på komplekse patientforløb, hvor sygehus bør gå i dialog med almen praksis i forhold til, om denne ser sig fagligt i stand til at overtage behandlingsansvaret.

For patienter, hvor sygehusbehandlingen fortsætter efter endt sygehusophold, har sygehuset behandlingsansvaret indtil sygehusbehandlingen er afsluttet. Dette gælder hele døgnet. Det er således den til enhver tid vagthavende læge i det udskrivende sygehusafsnit, der har behandlingsansvaret. Den behandlingsansvarlige læge på sygehus kan dog gå i dialog med egen læge, fx ved behov for sparring, rådgivning eller tilsyn, mens borgeren er i akutfunktionen.

Når forløbet i akutfunktionen afsluttes, skal behandlingsansvarlig læge have besked herom via skriftlig elektronisk kommunikation.

Det skal bemærkes, at såfremt der opstår en almen medicinsk problemstilling i perioden, hvor patienten modtager indsatser i akutfunktionen, der af personalet vurderes at kunne vente op til tre dage (normal responstid i almen praksis¹³), skal der tages kontakt til almen praktiserende læge som vanligt.

Der kan lokalt aftales andre modeller for behandlingsansvaret. Dette beskrives i lokale aftaler mellem region, almen praksis og kommune (se kapitel 8).

¹¹Jf. overenskomstteksten for almen praksis (OK22), hvor der står, at almen praksis skal stille med et bagom-telefonnummer til rådighed for hjemmeplejen.

¹² Jf. aftale om akutplanen fra februar 2023, skal der ske en national udbredelse af model for 72 timers udvidet behandlingsansvaret.

¹³ Jf. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

8 Kvalitetssikring og monitorering

Opsummering

- Der skal sikres en systematisk og ensartet monitorering af akutfunktionens indsatser med henblik på kvalitetssikring, planlægning og opfølgning.
- Kvalitetssikring og monitorering skal ske i samarbejde mellem kommune, almen praksis og sygehus og udvikles i takt med en øget tilgængelighed af data og bedre datakvalitet.

Kvalitetssikring og monitorering i den kommunale akutfunktion bygger ovenpå det igangværende arbejde med kvalitetssikring og monitorering i den øvrige kommunale sygepleje.

Der skal sikres en ensartet, systematisk monitorering og kvalitet af akutfunktionen internt i kommunen, på tværs af kommuner og tværsektorielt. Dette for at kvalitetssikre planlægningen af akutfunktionens indsatser, organisering, det tværsektorielle samarbejde og kompetenceudvikling. Samtidig danner det grundlag for den løbende tilpasning af akutfunktionens indsatser i forhold til den lokale kontekst i nærområdet, f.eks. geografiske forhold, andre tilbud mv.

Arbejdet med kvalitetssikring og monitorering skal samtidig understøtte omstillingen til det primære sundhedsvæsen, hvor muligheden for mere behandling af høj kvalitet i eget hjem fremadrettet fortsat skal styrkes.

Monitorering og data

Det er centralt, at der samarbejdes tværsektorielt og videndeles om forløb i den kommunale akutfunktion. 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. Nogle data kan anvendes på lokalt niveau og andre er anvendelige til at sammenligne på tværs af kommuner, regionalt og/eller nationalt. Der skal inddrages data, der rummer både det kliniske, organisatoriske og brugeroplevede perspektiv.

Man kan med fordel se på, hvilke rutineopsamlede data, man allerede kan modtage og tage udgangspunkt i disse¹⁴.

Det kan for eksempel være relevant at se på:

- hvilke patienter, der henvises til akutfunktionen
- henvisningsårsag, samt hvilke indsatser der iværksættes

¹⁴ Rutinebaseret data – både lokalt og fælleskommunalt via FKI (den fælleskommunale informationsmodel). Data som opsamles rutinebaseret via Fælles Sprog III og Fælles Faglige Begreber ([Fælleskommunal informationsmodellering \(kl.dk\)](#))
Januar 2023

- antal patienter, der henvises til akutfunktionen
- varighed af forløb i akutfunktionen
- andre aktivitetsdata
- populationsdata

Der kan være andre relevante data og metoder til at arbejde med kvalitetssikring. Der kan også arbejdes mere kvalitativt med data fra eksempelvis journalaudit, patienttilfredshedsundersøgelser mv. Derudover kan aktørerne med fordel evaluere og gøre status på samarbejdet mellem kommune, sygehus og almen praksis samt monitorere på mønstre og tendenser ift. utilsigtede hændelser med henblik på at uddrage videre læring heraf.

Tværasektorielt samarbejde om kvalitetssikring- og udvikling

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.

Almen praksis kan også, som del i klyngesamarbejdet, få støtte til kvalitetsudvikling via KiAP¹⁵, der har udviklet en klyngepakke¹⁶ til almen praksis omkring samarbejde med de kommunale akutfunktioner.

Fremtidig dataunderstøttelse

Programmet 'Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen' indsamler nationale data fra det nære sundhedsvæsen, herunder data fra den kommunale hjemmesygepleje. Dette skal lede frem til, at der etableres et nationalt datagrundlag i form af sundhedsregistre. Sundhedsregisteret vil give indsigt i aktivitet og kvalitet i almen praksis, speciallægepraksis og kommuner. Eksempelvis vil det blive muligt at koble kommunale data om fx aktiviteter på hjemmeplejeområdet med øvrige data fra bl.a. sygehuse. Programmet skal samtidigt sikre, at data bliver anvendt og leveret på en tilgængelig måde til sundhedsvæsenets aktører, herunder sundhedsklyngerne. Dette med henblik på at understøtte datadrevet kvalitetsudvikling, sammenhængende patientforløb, planlægning mv.

Datakilderne prioriteres og udstilles via programmet 'Sundhedsdata på tværs'¹⁷. Eksempelvis kan data om kroniske sygdomme, forebyggelige indlæggelser, antal indlæggelser mv. sammenlignes og udstilles i programmets digitale løsning.

¹⁵ Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) er etableret i 2018 som led i overenskomstaftalen mellem PLO og RLTN (Regionernes Lønnings- og Takstnævn) og arbejder tæt med bl.a. PLO-E (Praktiserende Lægers Organisation-Efteruddannelse) og de regionale kvalitetsenheder. KiAP har til formål at fremme og understøtte etableringen af klynger som omdrejningspunkt for kvalitetsudvikling i almen praksis.

¹⁶ Læs mere om klyngepakken på kiap.dk

¹⁷ Via 'Sundhed på tværs' er det muligt at sammenstille data fra kommuner, almen praksis og sygehus (link indsættes når tilgængeligt).

9 Implementering og samarbejdsaftale

Opsummering

- Kvalitetsstandarderne implementeres og forankres i praksis gennem lokale aftaler.
- Sundhedsaftaler, sundhedsklynger, praksisaftaler og andre relevante fora danner ramme for udarbejdelse af lokale aftaler og implementering af kvalitetsstandarderne.

For at understøtte at 'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner' giver det tilsigtede kvalitetsløft, er det væsentligt at sikre implementering og forankring lokalt. Dette sker mest hensigtsmæssigt gennem lokale aftaler, der tilpasser og konkretiserer kvalitetsstandarderne til lokal kontekst, herunder geografi, population, øvrige tilbud i kommune og region mv. Dette kræver en indsats både i den enkelte kommune, på tværs af kommunegrænser og sektorer med fælles fokus på det gode, sammenhængende patientforløb.

Regioner, kommuner og almen praksis har allerede i regi af sundhedsaftaler og praksisaftaler, samt de nyligt etablerede sundhedsklynger¹⁸, en struktur for at indgå aftaler for samarbejde. Kvalitetsstandarderne forventes drøftet i disse samarbejdsfora og indarbejdet i aftalerne.

I aftalerne kan lokale modeller for organisering af samarbejde, ansvar og rådgivning beskrives nærmere. Der ses i dag forskellige modeller for samarbejde, der er tilpasset lokale forhold. Der ses bl.a. eksempler på, at sygehus og kommune, i samarbejde, har iværksat fleksible og smidige arbejdsgange med henblik på at forebygge indlæggelser på sygehus og forværring af akut opstået eller kendt sygdom. Endvidere ses etablering af subakutte enheder på sygehus med både vurderingsafsnit og telefonisk rådgivning. Der er også etableret forskellige former for regionale udekørende funktioner, brug af telemedicinske løsninger til vurdering af borgere i eget hjem, styrket samarbejde med almen praksis mv. Der ses tillige mange eksempler på udvidet behandlingsansvar (fx 72 timer efter udskrivelse)¹⁹⁺²⁰. Modellerne kan bruges som inspiration og fastlægges, drøftes og erfaringer bringes ind i sundhedsklyngerne eller lign.

Hensigtsmæssig udnyttelse af kapaciteten kræver et velfungerende samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis. De lokale samarbejdsaftaler bør derfor afstemme forventninger til behandlingsansvar og kompetencer samt kapaciteten i

¹⁸ [lovforslag 191. Fodnote opdateres]

¹⁹ Jf. aftale om akutplanen fra februar 2023, skal der ske en national udbredelse af model for 72 timers udvidet behandlingsansvaret.

²⁰ Eksempelvis AVA (Akut VisitationsAfsnit) på Bispebjerg Hospital, E-hospital Region Sjælland, Aftale om 72 timers udvidet behandlingsansvar Region Hovedstaden.

hhv. den kommunale akutfunktion og regionale behandlingstilbud, således aktørerne i fællesskab skaber løsninger, der øger kvaliteten og sammenhængen i forløbet.

10 Bilag

Bilag 1. Kommissorium for arbejdsgruppen

Kommissorium for Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe for revidering af 'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser'

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe, der skal rådgive Sundhedsstyrelsen i forbindelse med revidering af 'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser' (2017). Revideringen sker som en del af opfølgningen på det politiske udspil 'Tættere På II' og regeringens udspil til en sundhedsreform. Igangsættelsen af arbejdet sker derfor med forbehold for de politiske forhandlinger.

Sundhedsstyrelsen har siden udgivelsen af eksisterende kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner været opmærksomme på behovet for en revidering. Det fremgår både i 'Kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (2017)' ligesom det også adresseres i Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom, og skade (2020)'.

Arbejdsgruppens opgave

Medlemmerne af arbejdsgruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen i forhold til revidering af anbefalingerne og kan i den forbindelse blive bedt om skriftlige bidrag og/eller mødeoplæg. I revideringen vil der særligt være fokus på at beskrive og præcisere:

- Målgruppen for de kommunale akutfunktioner, herunder snitflade mellem somatisk og psykisk sygdom
- Samarbejde, faglig sparring og behandleransvar
- IV-behandling
- Rettidig brug af akutfunktionen
- Sundhedsfaglige kompetencer i den kommunale akutfunktion
- Muligheder for monitorering af indsatser og kvalitet

Der er mulighed for at indhente supplerende viden eller indkalde nye medlemmer til arbejdsgruppen undervejs i revideringsprocessen.

Arbejdsgruppens sammensætning og organisering

Arbejdsgruppen etableres med følgende sammensætning: Sundhedsministeriet (1)

- Danske Patienter (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) (2)

- Fagligt selskab for akutsygepleje (DAENA) (1)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Selskab for geriatri (1)
- Kommunernes Landsforening (1)
- Kommuner (3)
- Danske Regioner (1)
- Regioner (2)
- Ældre Sagen (1)

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsbetjening.

KL og Danske Regioner bedes udpege hhv. kommuner og regioner til arbejdsgruppen.

Dagsorden til møderne udsendes cirka en uge før afholdelse. Sundhedsstyrelsen udarbejder efterfølgende referat, der sendes til kommentering i arbejdsgruppen.

Tidsplan

Der afholdes som udgangspunkt 3 møder i arbejdsgruppen i Sundhedsstyrelsen, forventeligt mellem juni 2022 og december 2022.

Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer

| Medlem: | Udpeget af: |
|---|---|
| Lone Kjær Jensen | Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne |
| Pia Ravnsbæk Bjærge | Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne |
| Inge Jekes | Kommunernes Landsforening |
| Marianne Krarup | Kommunernes Landsforening |
| Karen Marie Myrndorff | Kommunernes Landsforening |
| Jacob Meller Jacobsen | Kommunernes Landsforening |
| Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk | Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) |
| Bente Høy | Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) |
| Sara Storm Egeskov | Indenrigs- og Sundhedsministeriet |
| Maja Sørensen | Indenrigs- og Sundhedsministeriet |
| Mirjana Saabye | Ældre Sagen |
| Kate Dybdal Gjerstrup | Danske Patienter |
| Sidsel Vinge | Danske Patienter |
| Martin Schultz | Dansk Selskab for geriatri |
| Julie Jung Overgaard Larsen | Fagligt selskab for akutsygepleje (DAENA) |
| Karen-Dorthe Bach Nielsen | Dansk Selskab for Almen Medicin |
| Dan Brun Petersen | Danske Regioner |
| Kristine Skovgaard Bossen | Danske Regioner |
| Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion: | |
| Line Riddersholm | Sektionsleder, formand |
| Elsa Eriksen | Chefkonsulent |
| Stine Vestergaard | Sygeplejerske |
| Naja Vyberg | Specialkonsulent |

Bilag 3. Lovgrundlag, herunder bekendtgørelser og vejledninger

Kommunerne er efter sundhedslovens §138 ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenviisning til personer med ophold i kommunen. Kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen²¹⁺²².

Det fremgår af bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler²³⁺²⁴, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå en sundhedsaftale om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen omfatter derudover samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen. I sundhedsaftalen er det obligatorisk at indgå aftaler bl.a. vedrørende behandling og pleje, hvorfor det forventes, at parterne indgår lokale aftaler i regi af sundhedsaftalesamarbejdet om fælles patienter i den kommunale akutfunktion, herunder koordinering af kapacitet i regioner og kommuner, lægebetjening og behandlingsansvar. Lokale modeller kan med fordel drøftes i regi af sundhedsklyngerne.

Rammerne, som de kommunale akutfunktioner arbejder ud fra, består af et lovgrundlag herunder bekendtgørelser og vejledninger. Det drejer sig om nedenstående. Listen er ikke udtømmende:

- Vejledning for hjemmesygeplejen²⁵⁺²⁶
- Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler, praksisplan for almen praksis og patientinddragelsesudvalg²⁷⁺²⁸⁺²⁹

²⁵ Bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje [revideres]

²⁶ Vejledning nr. 102 af 11. december 2006 om hjemmesygepleje. [revideres]

²⁷ Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud.

²⁸ Vejledning under udarbejdelse

²⁹ Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

- Bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (medhjælpsvejledningen)³⁰
- Lovbekendtgørelse om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed³¹
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler³²
- Bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner³³
- Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret)³⁴
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler. (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.)³⁵
- Vejledning om sygeplejefaglig journalføring³⁶
- Vejledning om vederlagsfri hjemmesygepleje ved kommunale akutfunktioner (herunder ved kommunale akutpladser).
- Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)³⁷

³⁰ Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 og vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig virksomhed)

³¹ Lovbekendtgørelse nr. 1356 af 23. oktober 2016 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

³² Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler

³³ Vejledning nr. 9079 af 12/02/2015

³⁴ Cirkulære nr. 9079 af 22. februar 2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret)

³⁵ Bekendtgørelse nr. 1090 af 28. juli 2016 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler

³⁶ <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9521>

³⁷ Vejledning nr. 115 af 11/12/2009