



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Kvalitetsstandar- der for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

- krav og anbefalinger

HØRINGSUDKAST 2. DECEMBER 2016



2016

# Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger

© Sundhedsstyrelsen, 2016.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

**Emneord:**

**Sprog:** Dansk

**Version:** Høringsversion

**Versionsdato:** 2. december 2016

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
xxxx.

**Elektronisk ISBN:**

xxxxx

# Indhold

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>5</b>
1.1	Formål	5
1.2	Baggrund	5
1.3	Lovgrundlag	6
1.4	Værdigrundlag	7
<b>2</b>	<b>Sammenfatning af krav og anbefalinger</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner</b>	<b>12</b>
3.1	Tilgængelighed og kapacitet	12
3.1.1	Akut og subakutte indsatser	12
3.2	Organisering og sammenhæng med den øvrige kommunale hjemmesygepleje	13
<b>4</b>	<b>Målgruppe for den kommunale akutfunktion</b>	<b>14</b>
4.1	Målgrupper	14
<b>5</b>	<b>Indsatser i kommunale akutfunktioner</b>	<b>16</b>
5.1	Opgaver i akutfunktionen	17
<b>6</b>	<b>Kompetencer og uddannelse</b>	<b>19</b>
6.1	Volumen	19
6.2	Personale i akutfunktionen	19
6.3	Sygeplejersker	20
6.3.1	Erhvervs erfaring	20
6.4	Social- og sundhedsassistenter	21
6.4.1	Erhvervs erfaring	21
6.5	Vedligeholdelse af kompetencer	21
<b>7</b>	<b>Udstyr og medicin i akutfunktionen</b>	<b>22</b>
7.1	Udstyr	22
7.2	Medicin og væsker	23
<b>8</b>	<b>Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats</b>	<b>24</b>
8.1	Kvalitetssikring og monitorering	24
8.2	National opfølgning	25
<b>9</b>	<b>Ansvar og samarbejde mellem sektorer</b>	<b>26</b>
9.1	Samarbejde	26
9.2	Henvisning til kommunal akutfunktion	27

9.2.1	Henvisningens indhold	27
9.3	Lægeligt behandlingsansvar	28
9.4	Brug af medhjælp til forbeholdt virksomhed	29
9.4.1	Kommunalbestyrelsens og ledelsens ansvar	30
9.4.2	Sygeplejerskens ansvar	30
9.4.3	Den ordinerende læges ansvar	30
<b>10</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>31</b>
	Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen	32
	Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer	34
	Bilag 3: Anbefaling til lokal aftale vedrørende ansvarsfordeling for patienter henvist fra sygehus til en kommunal akutfunktion i hjemmesygeplejen	35

Høringsversion

# 1 Introduktion

## 1.1 Formål

Sundhedsstyrelsen udgiver hermed kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. Kvalitetsstandarderne beskriver krav til indholdet i og tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner. Derudover indgår anbefalinger, der omhandler samarbejdet med øvrige aktører.

Formålet med kvalitetsstandarderne er:

- at sikre en ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet
- at understøtte kommunens samarbejde med sygehuse og almen praksis, som vil kunne henvise patienter til kommunale akutfunktioner af en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau.

Kvalitetsstandarderne tager afsæt i og erstatter Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje fra 2014<sup>1</sup>. De omfatter krav til kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen og anbefalinger til samarbejdet med almen praksis og sygehuse.

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

## 1.2 Baggrund

I juni 2016 indgik regeringen og partierne bag finansloven for 2016 aftale om *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – en national handlingsplan*. Handlingsplanen skal løfte den samlede indsats for den ældre medicinske patient gennem otte indsatsområder. Styrkelse af de kommunale akutfunktioner er et indsatsområde i handlingsplanen. Det skal ses i sammenhæng med de øvrige indsatsområder, herunder særligt indsatsområdet om flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis.

Kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje. Det er et tilbud til patienter<sup>2</sup>, der har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov, som ikke kan varetages af den øvrige kommunale hjemmesygepleje. Akutfunktionen har den fordel for patienten, at indsatsen kan varetages tæt på borgerens hverdagsliv og lokalmiljø. Formålet med indsatsen kan dels være at forebygge forværring af akut opstået eller kendt sygdom gennem en tidlig, proaktiv indsats, dels at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, hvis patienten efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Herigennem kan akutfunktionen medvirke til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og/eller hjemtage patienter, der ikke længere har behov for en sygehusindlæggelse, men som fortsat har brug for en særlig sygeplejefaglig indsats.

---

<sup>1</sup> Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje. Sundhedsstyrelsen. 2014.

<sup>2</sup> I kvalitetsstandarderne anvendes betegnelsen 'patient' for personer, der modtager indsatser i akutfunktionen.

På nuværende tidspunkt har de fleste kommuner en form for akutfunktion i hjemmesygeplejen. Organiseringen, udviklingen og indholdet af akutfunktionerne varierer dog fra kommune til kommune, og der er således fortsat et behov for, at kommunerne etablerer og videreudvikler akutfunktionerne med døgndækket sygepleje af høj kvalitet i samarbejde med almen praksis og sygehus. Målet er, at borgere i hele landet får mulighed for at få en særlig sygeplejefaglig indsats af ensartet høj kvalitet tæt på deres hverdag, når de har brug for det.

Det er afgørende for patientsikkerheden og kvaliteten i den kommunale akutfunktion, at der er et velfungerende samarbejde mellem akutfunktionen, sygehus og almen praksis. Det konkrete samarbejde bør derfor aftales lokalt i relevante samarbejdsfora.

### 1.3 Lovgrundlag

Kommunerne er efter sundhedslovens § 138 ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen, og kommunalbestyrelsen afgør tildeling af hjemmesygepleje. Med hjemmel i sundhedslovens § 139 kan sundheds- og ældreministeren fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning.

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen<sup>3+4</sup>.

Det fremgår af Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler<sup>5</sup>, at Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå en sundhedsaftale om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehus og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen omfatter derudover samarbejdet mellem sygehus og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen. Forhold om fælles patienter i den kommunale akutfunktion, herunder om kapacitet, lægebetjening og behandlingsansvar aftales således lokalt i regi af sundhedsaftalesamarbejdet.

Kvalitetsstandarderne tager derudover udgangspunkt i bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp<sup>6</sup>, bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje<sup>7</sup>, bekendtgørelse om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed<sup>8</sup>, vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehus mv.<sup>9</sup>, vejledning om ordination og håndtering af lægemidler<sup>10</sup>, bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på syge-

---

<sup>3</sup> Bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje.

<sup>4</sup> Vejledning nr. 102 af 11. december 2006 om hjemmesygepleje

<sup>5</sup> Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

<sup>6</sup> 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).

<sup>7</sup> Bekendtgørelse nr. 804 af 17. juni 2016 om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje.

<sup>8</sup> Lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

<sup>9</sup> Vejledning nr. 9154 af 22. februar 2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehus mv.

husafdelinger og andre behandlende institutioner<sup>11</sup>, cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret)<sup>12</sup>, bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.)<sup>13</sup>

## 1.4 Værdigrundlag

Den samlede indsats i de kommunale akutfunktioner baseres på værdighed, patient- og pårørendeinddragelse, sammenhængende forløb samt høj kvalitet og patientsikkerhed:

### *Værdighed og patient- og pårørendeinddragelse*

Alle indsatser skal have som mål at sikre patienten en værdig behandling, pleje og omsorg. Behandlingen skal baseres på patientens selvbestemmelse, uanset om den foregår på et kommunalt tilbud eller i patientens eget hjem. Der skal lægges vægt på patientens egne ønsker og egen oplevelse af livskvalitet. Den enkelte patient og eventuelle pårørende skal inddrages i planlægning og beslutninger om patientens forløb. Indsatserne skal have fokus på pårørende som en ressource for patienten.

### *Sammenhæng i patientens forløb*

Behandlingsforløb og -tilbud skal integreres og koordineres på tværs af faggrupper og sektorer. Forløbet i akutfunktionen skal altid være koordineret og aftalt med de ansvarlige sundhedspersoner. På samme vis skal samarbejdet på tværs af sektorer og faggrupper være præget af kontinuitet og en klar ansvarsfordeling af opgaver i patientens forløb, ligesom det lægelige behandlingsansvar skal være klart og entydigt, så det er tydeligt for personalet i akutfunktionen, hvor de skal henvende sig ved spørgsmål vedrørende det konkrete patientforløb. Der skal være klare og ensartede måder at udveksle information og en aftalt og koordineret opgaveoverdragelse på tværs af sektorer og der skal foreligge en behandlingsplan, når patienten starter en forløb i akutfunktionen.

### *Høj kvalitet og patientsikkerhed*

Tilbuddet i den kommunale akutfunktion har den fordel for patienten, at pleje og behandling kan varetages tæt på borgerens hverdagsliv og lokalmiljø. Det er vigtigt at understrege, at tilbuddet i akutfunktionen ikke kan erstatte en sygehusindlæggelse, hvis patienten har behov for dette.

Der skal være en ensartet høj kvalitet i behandlingen i akutfunktionerne på tværs af landet. Medarbejderne skal have de fornødne kompetencer til at varetage behandling og pleje på for-svarlig vis. Sundhedspersoner skal have let adgang til faglig rådgivning fra andre dele af sundhedsvæsenet, og der skal arbejdes systematisk med patientsikkerhed i akutfunktionen.

---

<sup>10</sup> Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler.

<sup>11</sup> Bekendtgørelse nr. 1222 af 7. december 2005 om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner.

<sup>12</sup> Cirkulære nr. 9079 af 22. februar 2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret).

<sup>13</sup> Bekendtgørelse nr. 1090 af 28. juli 2016 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler.

## 2 Sammenfatning af krav og anbefalinger

Sundhedsstyrelsen krav og anbefalinger vedrørende kommunale akutfunktioner er opsummeret nedenfor. De enkelte krav og anbefalinger er uddybet i de efterfølgende kapitler.

### Tilrettelæggelse

En kommunal akutfunktion skal:

- være tilgængelig døgnet rundt alle ugens syv dage
- løbende og i samarbejde med almen praksis og sygehus vurdere behovet for akutfunktionens ydelser, herunder fx varetagelse af nye målgrupper og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter.

Det anbefales:

- at indsatsen i den kommunale akutfunktion er tæt integreret og koordineret med den øvrige kommunale hjemmesygepleje, almen praksis og sygehuse samt med andre kommunale indsatser fx trænings-, rehabiliterings- og ernæringsindsatser
- at kommunerne i relevant omfang og henset til volumen indgår i tværkommunale samarbejder om varetagelsen af opgaver i den kommunale akutfunktion

### Målgruppe

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage:

- patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling
- patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen.

### Indsats

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage følgende opgaver:

- sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, herunder:
  - observation og vurdering af patienten med måling af vitale parametre (ABCD-princippet) ved behov. (Der skal kunne foretages en opfølgende sygeplejefaglig vurdering med interval på 3 timer)
  - sikker mundtlig kommunikation, fx ISBAR-metoden, med læge omkring observationsfund
  - helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser.
- instrumentelle indsatser, herunder:



- akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent)
- intravenøs væskebehandling
- intravenøs og subcutan medicinadministration, herunder smertebehandling
- intravenøs og parenteral ernæringsterapi, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
- inhalationsbehandling, sug af luftveje
- pasning af palliative dræn og ascites-dræn
- kateteranlæggelse og -pleje
- prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning
- anlæggelse af perifert venekateter.

Der skal foreligge lokale instrukser for alle opgaver i akutfunktionen.

Det anbefales:

- at der laves lokale aftaler i forhold til venøs blodprøvetagning, samt i forhold til hvilke opgaver den kommunale akutfunktion eventuelt varetager udover de angivne.

### **Kompetencer og uddannelse**

I en kommunal akutfunktion varetages opgaverne af erfarne sygeplejersker med følgende uddannelse og kompetencer:

- autoriseret sygeplejerske og have gennemført sygeplejerskeuddannelsen
- som udgangspunkt tre til fem års, og minimum to års relevant, klinisk erfaring.

Grundlæggende sygeplejeopgaver kan under nogle omstændigheder varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter med følgende kompetencer:

- autoriseret social- og sundhedsassistent og have gennemført social- og sundhedsassistent uddannelsen
- som udgangspunkt tre til fem års, og minimum to års, relevant klinisk erfaring.

Personalet i akutfunktionen skal overvejende være beskæftiget med de særlige opgaver, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje.

Personalets kompetencer skal løbende udvikles og vedligeholdes

## Udstyr

I en kommunal akutfunktion skal der være følgende udstyr til rådighed:

- udstyr til måling af vitale parametre herunder puls, blodtryk, temperatur, respirationsfrekvens og iltmætning i blodet<sup>23</sup>
- udstyr til undersøgelse af urin i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning
- udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent)
- udstyr til venøs blodprøvetagning
- udstyr til podninger
- sonder og udstyr til anlæggelse af disse
- katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse
- sug
- forstøverapparat
- udstyr til anlæggelse af perifært venekateter.

## Kvalitetssikring og dokumentation

En kommunal akutfunktion skal:

- følge relevante kliniske retningslinjer
- løbende kvalitetssikre indsatserne, fx ved at udføre journalaudits og/eller ved at monitorere og følge op på relevante indikatorer.

## Ansvar og samarbejde

Det anbefales:

- at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis
- at henvisende læge udformer en skriftlig henvisning på henvisningstidspunktet
- at læger på sygehuse, i almen praksis sikrer de fornødne aftaler, så det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål omkring patientens behandling
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af praktiserende læge ligger hos den praktiserende læge
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af sygehuslæge, i tilfælde hvor den igangsatte behandling på sygehuset ikke afsluttes ved udskrivelse, aftales lokalt, og at behandlingsan-

svaret ved overdragelse til den praktiserende læge sker mundtligt og efter aftale med den praktiserende læge

- at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at der fra sygehuset lægges en plan for behandlingen, samt at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling som udgangspunkt bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktion
- at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes.

Høringsversion

## 3 Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner

### Krav til tilrettelæggelse

En kommunal akutfunktion skal:

- være tilgængelig døgnet rundt alle ugens syv dage
- løbende og i samarbejde med almen praksis og sygehus vurdere behovet for akutfunktionens ydelser, herunder fx varetagelse af nye målgrupper og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter.

Det anbefales:

- at indsatsen i den kommunale akutfunktion er tæt integreret og koordineret med den øvrige kommunale hjemmesygepleje, almen praksis og sygehuse samt med andre kommunale indsatser fx trænings-, rehabiliterings- og ernæringsindsatser
- at kommunerne i relevant omfang og henset til volumen, indgår i tværkommunale samarbejder om varetagelsen af opgaver i den kommunale akutfunktion.

### 3.1 Tilgængelighed og kapacitet

Den kommunale akutfunktion er kendetegnet ved stor fleksibilitet i forhold til tilgængelighed. Behovet for observation, pleje og/eller behandling kan opstå på tidspunkter som weekender og sene aften-nattetimer, hvorfor indsatserne skal kunne ydes 24 timer i døgnet alle ugens dage, ligesom de skal være tilgængelige for telefonisk kontakt fra henvisende læger og patienter, der modtager en indsats fra kommunal akutfunktion, i dette tidsrum.

Kommunen skal løbende vurdere behovet for akutfunktionens ydelser, herunder fx varetagelse af nye målgrupper, og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter. Det er kommunen som visiterer til akutfunktionen, mens det er kommunalbestyrelsen, som fastlægger den fornødne kapacitet i akutfunktionen under hensyntagen til omkostningseffektivitet og herunder har ansvaret for, at akutfunktionen har tilstrækkelig kapacitet til at modtage relevante patienter døgnet rundt og året<sup>14</sup>. Rammer for samarbejdet mellem akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Samarbejdsaftalen skal blandt andet afstemme forventninger til kapacitet.

#### 3.1.1 Akut og subakutte indsatser

I forbindelse med beskrivelsen af de kommunale akutfunktioner anvendes begreberne akut og subakut indsats på en anden måde, end de gør på sygehuse.

*En akut indsats* er defineret som en indsats, der etableres og leveres med kort varsel – det vil sige inden for få timer - og som kan iværksættes på alle tider af døgnet og alle ugens dage, inklusiv søn- og helligdage.

<sup>14</sup> Vejledning nr. 102 af 11. december 2006 om hjemmesygepleje

*En subakut indsats* er defineret som en indsats, der leveres dagen efter henvendelse, og som kan iværksættes alle dage i løbet af ugen, mens aftale herom normalt bør kunne ske på alle tider af døgnet.<sup>15</sup>

### 3.2 Organisering og sammenhæng med den øvrige kommunale hjemmesygepleje

Varetagelsen af opgaverne i den kommunale akutfunktion er organiseret forskelligt i kommunerne, oftest som akutteams og akutpladser. Den primære forskel mellem de to organisationsformer er, at den sygeplejefaglige indsats i akutteams sker i patientens eget hjem eller plejebolig, eller som sygeplejefaglig backup på kommunens midlertidige døgndækkede pladser, mens den sygeplejefaglige indsats på akutpladser sker på en stationær plads på en kommunal institution.

Samarbejdet med den øvrige kommunale hjemmesygepleje afhænger af, hvordan kommunen har organiseret sig. I akutteams dækker akutfunktionens indsats som udgangspunkt den del af patientens forløb, der kræver særlige kompetencer<sup>16</sup>, og som ikke kan varetages i den øvrige kommunale hjemmesygepleje. Det betyder, at den samlede indsats for patienten ydes i et tæt samarbejde mellem akutfunktionen og den øvrige kommunale hjemmesygepleje. Dette tætte samarbejde sikrer, at patienten kan modtage det særlige observations-, pleje- eller behandlingstilbud samtidig med, at de modtager den grundlæggende sygepleje (fx stomiskift/pleje), de må have behov for.

Hvordan kommunerne organiserer akutfunktionen, må bero på en konkret vurdering i den enkelte kommune på baggrund af blandt andet befolkningsgrundlaget, geografien og størrelsen på kommunen, afstand til sygehus, lægebetjening mv. Kvalitetsstandarderne gælder akutfunktioner, uanset hvordan de er organiseret.

Da kommunerne er forskellige, hvad angår størrelse, geografi, kapacitet, befolknings- og ressourcemæssige forudsætninger, kan det i nogle tilfælde være hensigtsmæssigt, at kommunerne indgår i et samarbejde om løsning af de opgaver, der skal løses i hjemmesygeplejen, herunder i en kommunal 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<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Definitionen på subakutte og akutte kommunale indsatser er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL i 2012.

<sup>16</sup> For en uddybning af de krævede kompetencer, se kap. 6.

<sup>17</sup> I henhold til bekendtgørelse nr. 1601 af 21/12/2007 om hjemmesygepleje, kan kommunalbestyrelsen tilrettelægge hjemmesygeplejen ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at ansætte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andet personale.

## 4 Målgruppe for den kommunale akutfunktion

### Krav til målgruppe

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage:

- patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling
- patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer som er til stede i akutfunktionen.

### 4.1 Målgrupper

Målgruppen for kommunale akutfunktioner er patienter, som har behov for observation, pleje og/eller behandling, som bedst varetages i et sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige kompetencer tæt på patientens hverdag, familie og netværk. Det kan fx være ældre medicinske patienter, patienter med kronisk sygdom, patienter i en terminal fase eller patienter med akut nedsat funktionsevne, fx i forbindelse med sygdom, og et manglende eller svagt socialt netværk.

Det drejer sig overordnet om følgende målgrupper:

#### *Patienter med behov for en tidlig indsats med henblik på afklaring*

Patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom, hvor det efter en konkret vurdering ved en praktiserende læge, vagtlæge eller læge fra 1813<sup>18</sup> vurderes, at observation, pleje og/eller behandling af patienten bedst varetages i en kommunal akutfunktion.

Indsatsen i akutfunktionen varetages i et samarbejde mellem akutfunktion og almen praksis samt eventuelt lægevagten. Udredning af patienten er påbegyndt eller planlagt. Det drejer sig både om patienter, der i forvejen er i kontakt med hjemmesygeplejen, og patienter der ikke er.

For denne patientgruppe er opgaven overordnet at yde observation, pleje og/eller behandling af patienten, hvor tilstanden ikke er stabil. I nogle tilfælde vil patienten stabiliseres og mobiliseres og bedre sig tilstrækkeligt uden yderligere tiltag. I andre tilfælde vil observation og sygeplejefaglig udredning synliggøre et behov for en sygehusindlæggelse.

Det kan endvidere være patienter, som i forvejen har kontakt til den almindelige hjemmesygepleje, og hvor hjemmesygeplejen vurderer, at der er behov for akutfunktionens kompetencer. Behandlingen varetages i et samarbejde mellem akutfunktionen og almen praksis. Ofte vil der foreligge en behandlingsplan, som akutfunktionen følger.

#### *Patienter med behov for en opfølgende indsats*

Den opfølgende indsats omfatter patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver særlige sygeplejefaglige kompetencer (se kap. 6 om kompetencekrav).

---

<sup>18</sup> Vagtlæger og læger i 1813-ordningen benævnes fremover samlet som vagtlæger

Indsatsen i akutfunktionen varetages i henhold til behandlingsplan fra sygehuset og i et samarbejde mellem akutfunktionen, sygehuset og almen praksis.

For denne patientgruppe, der er henvist fra hospital, kan opgaven fx bestå i iv-behandling med antibiotika eller væske, kateteranlæggelse og -pleje, sondeernæring, eller dehydrering af patienter (se også kapitel 5 om indsatser i akutfunktionen).

De konkrete målgrupper for den kommunale akutfunktion vil forandre og udvikle sig over tid. Blandt andet vil nye behandlingsmetoder medføre, at andre indsatser og målgrupper vil kunne varetages i den kommunale akutfunktion. Derudover vil en stigning i antallet af patienter med samme behandlingsbehov kombineret med løbende kompetenceudvikling betyde, at nogle opgaver kan varetages af den øvrige kommunale hjemmesygepleje. De konkrete målgrupper for akutfunktionen skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftalen og praksisplanudvalg og være afstemt med de indsatser, som den kommunale akutfunktion varetager.

## 5 Indsatser i kommunale akutfunktioner

### Krav til indsats

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage følgende opgaver:

- sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, herunder:
  - observation og vurdering af patienten med måling af vitale parametre (ABCD-princippet) ved behov. (Der skal kunne foretages en opfølgende sygeplejefaglig vurdering med interval på tre timer)
  - sikker mundtlig kommunikation, fx ISBAR-metoden, med læge omkring observationsfund
  - helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser.
- instrumentelle indsatser, herunder:
  - akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent)
  - intravenøs væskebehandling
  - intravenøs og subcutan medicinadministration, herunder smertebehandling
  - intravenøs og parenteral ernæringsterapi, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
  - inhalationsbehandling, sug af luftveje
  - pasning af palliative dræn og ascites-dræn
  - kateteranlæggelse og -pleje
  - prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning
  - anlæggelse af perifert venekateter.

Der skal foreligge lokale instrukser for alle opgaver i akutfunktionen.

Det anbefales:

- at der laves lokale aftaler i forhold til venøs blodprøvetagning, samt i forhold til hvilke opgaver den kommunale akutfunktion eventuelt varetager udover de angivne.



## 5.1 Opgaver i akutfunktionen

Det særlige ved indsatsen i den kommunale akutfunktion sammenlignet med den øvrige kommunale hjemmesygepleje er, at patienterne ofte er ustabile og har et komplekst sygdomsbillede præget af omskiftelighed.

Samtidigt kan patientens tilstand ændre sig med kort varsel, og behovet for en indsats kan derfor opstå på alle tider af døgnet alle ugens dage. Det er derfor kendetegnet for opgaverne i akutfunktionen, at indsatsen skal kunne leveres hurtigt og for ustabile patienter (jf. kapitel 4 om målgruppen for akutfunktionen), samt at opgaverne kan varetages både på akutpladser og/eller af akutteams.

Hjemmesygeplejen i kommunerne varetager typisk planlagte sygeplejeopgaver, som kan være både almene sygeplejeopgaver, der kan varetages af det meste personale i hjemmesygeplejen, og særlige sygeplejeopgaver, der kræver særlige kompetencer hos personalet i hjemmesygeplejen. De sygeplejeopgaver, der varetages i de kommunale akutfunktioner, kræver særlige kompetencer hos de involverede sundhedspersoner (se kap. 6 om kompetencekrav).

Specifikt skal nedenstående opgaver kunne varetages i den kommunale akutfunktion:

*Sygeplejefaglig vurdering og kommunikation*, herunder:

- Observation og vurdering af patienten med måling af vitale parametre (ABCDE-princippet) ved behov. (Der skal kunne foretages en opfølgende sygeplejefaglig vurdering med interval på tre timer)
- Sikker mundtlig kommunikation, fx ISBAR-metoden, med læge omkring observationsfund
- Helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser
- Instrumentelle indsatser, herunder:
  - Akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent)
  - Intravenøs væskebehandling
  - Intravenøs og subcutan medicinadministration, herunder smertebehandling
  - Intravenøs og parenteral ernæringsterapi, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
  - Inhalationsbehandling, sug af luftveje
  - Pasning af palliative dræn og ascites-dræn
  - Kateteranlæggelse og -pleje
  - Prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning
  - Anlæggelse af perifert venekateter.

Det er endvidere et krav, at der foreligger lokale instrukser for alle opgaver i akutfunktionen.

Listen over de opgaver, som akutfunktionen varetager, vil være dynamisk og kan derfor ændre sig over tid, da det forventes, at akutfunktionen vil kunne varetage nye former for opgaver. Nogle kommunale akutfunktioner kan varetage flere og andre opgaver, end de ovenfor anførte. Det skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftalesamarbejdet, hvilke opgaver den kommunale akutfunktion eventuelt varetager udover de angivne. Det kan fx være behandling af børn, behandling med kemoterapi eller behandling af følger i relation til kemoterapibehandling og dialysebehandling.

Herudover kræver det lokale aftaler, hvis akutfunktionen fx skal varetage venøs blodprøvetagning, da varetagelse af denne indsats i akutfunktionen afhænger af de lokale laboratoriers organisering, fx i forhold til afhentning af blodprøver.

Høringsversion

## 6 Kompetencer og uddannelse

### Krav til kompetencer og uddannelse

I en kommunal akutfunktion varetages opgaverne af erfarne sygeplejersker med følgende uddannelse og kompetencer:

- autoriseret sygeplejerske og have gennemført sygeplejerskeuddannelsen
- som udgangspunkt tre til fem års, og minimum to års, relevant, klinisk erfaring.

Grundlæggende sygeplejeopgaver kan under nogle omstændigheder varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter med følgende kompetencer:

- autoriseret social- og sundhedsassistent og have gennemført social- og sundhedsassistent uddannelsen
- som udgangspunkt tre til fem års, og minimum to års, relevant klinisk erfaring.

Personalet i akutfunktionen skal overvejende være beskæftiget med de særlige opgaver, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje

Personalets kompetencer skal løbende udvikles og vedligeholdes.

### 6.1 Volumen

Af hensyn til kvaliteten af indsatsen og patientsikkerheden skal indsatsen med, hvor patientgrundlaget er lille, forankres hos få personer med særlige færdigheder og de nødvendige kliniske kompetencer. Det er et krav, at personalet i akutfunktionen overvejende er beskæftiget med de særlige opgaver af akut karakter, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje. Herved er det muligt at sikre den nødvendige volumen i opgavevaretagelsen og understøtte, at personalet i akutfunktionen løbende vedligeholder og udvikler deres kompetencer, samt er opdateret i forhold til viden om de nyeste behandlingsmetoder. Kommuner med et lille patientgrundlag kan eventuelt indgå i tværkommunale samarbejder for at sikre et tilstrækkelig patientgrundlag til at personalet kan vedligeholde deres kompetencer.

### 6.2 Personale i akutfunktionen

Personalet på akutfunktionerne skal besidde kliniske kompetencer samt relationelle, kommunikative og samarbejdskompetencer. Derudover skal personalet besidde en række særlige kompetencer relateret til akutfunktionens opgaver, fx erfaring med komplekse forløb, akutte situationer og brug af udstyr i relation hertil.

Indsætterne i akutfunktionen varetages som udgangspunkt af sygeplejersker. Dele af opgaverne kan i nogle tilfælde varetages af social- og sundhedsassistenter. Dette vil dog udelukkende være grundlæggende sygeplejeopgaver. Dette forudsætter, at den behandlingsansvarlige læge ikke har angivet, at videredelegation af opgaven ikke må finde sted.

Nedenfor beskrives kravene til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter uddannelse og kompetencer.

## 6.3 Sygeplejersker

Sygeplejersker ansat i en akutfunktionen skal være autoriserede og have gennemført sygeplejerskeuddannelsen<sup>19</sup> eller en uddannelse, der er blevet sidestillet hermed, fx fra et andet land.

Sygeplejersker i kommunale akutfunktioner er kendetegnet ved at skulle have særlige kompetencer til at vurdere, diagnosticere, påbegynde initiale undersøgelser indtil der er lægelig backup, og justere i behandlingen af patienterne inden for et afgrænset område.

Ligeledes er det nødvendigt at have kompetencer, der orienterer sig mod borgerens livssituation og livsverden. Det betyder, at sygeplejersker i akutfunktionen ikke kun arbejder med en instrumentel klinisk opgaveløsning. Det kræver en bred orientering og et nuanceret blik på hele patientens sundhedssituation, hvor fx sociale og mentale sundhedsfaktorer samt ulighed i sundhed også har betydning. Derudover skal sygeplejersken besidde pædagogiske kompetencer, selvledelse og kunne tage ansvar for det akutte og uforudsigelige.

Sygeplejersker med særlige kompetencer inden for det akutte kliniske sygeplejefelt i de kommunale akutfunktioner skal dermed have en bred viden og kompetencer, der rækker ud over akutsygeplejen, således at sygeplejerskerne kan håndtere de mest komplekse patientforløb.

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

### 6.3.1 Erhvervs erfaring

Rutine i varetagelse af sygeplejeopgaver, herunder håndteringen af akutte patienter med komplekse og omskiftelige problemstillinger, opnås for mange sygeplejersker først i løbet af ansættelser på kliniske sygehusafdelinger efter afsluttet uddannelse. Derfor skal sygeplejersker inden ansættelsen i akutfunktionen have tilegnet sig relevant erhvervs erfaring, fx fra ansættelser på kliniske sygehusafdelinger og gerne også fra hjemmesygeplejen.

Sygeplejersker skal som udgangspunkt have tre til fem års, og minimum to års, relevant erhvervs erfaring i fuldtidsstilling som sygeplejerske inden ansættelse. Erhvervs erfaringen opnås fx ved ansættelse i en fælles akutmodtagelse eller fra andre enheder med patienter i akutte forløb eller tilsvarende, suppleret med erfaring fra ansættelse på øvrige kliniske sygehusafdelinger og hjemmesygeplejen.

I disse ansættelser bør sygeplejersken blandt andet have opnået:

- færdigheder og erfaring med sygeplejehandlinger og behandling i forhold til fx patienter med smerter, patienter med ændret perception, patienter med ernærings- og væskeproblemer eller patienter med en infektion
- erfaring med teambaseret patientbehandling og sygepleje.

---

<sup>19</sup> Bekendtgørelse nr. 804 af 17. juni 2016 om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje.

## 6.4 Social- og sundhedsassistenter

Som nævnt ovenfor vil specifikke dele af opgaverne i nogle tilfælde kunne varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter. Social- og sundhedsassistenter i en kommunal akutfunktion skal være autoriserede og have social- og sundhedsassistentuddannelsen<sup>20</sup> eller en uddannelse, der er blevet sidestillet hermed, fx fra et andet land.

Der bør konkret tages stilling til og udarbejdes ledelsesmæssige instrukser for de funktioner, der kan varetages af social- og sundhedsassistenter.

### 6.4.1 Erhvervs erfaring

Rutine i varetagelse af opgaver indenfor specifikke sygdomsgrupper opnår en social- og sundhedsassistent almindeligvis først i løbet af ansættelser efter afsluttet uddannelse. Således skal social- og sundhedsassistenter, der varetager opgaver i akutfunktioner, inden ansættelsen som udgangspunkt have tre til fem års, og minimum to års, relevant erhvervs erfaring inden ansættelse. Det anbefales dog, at social- og sundhedsassistenterne i de kommunale akutfunktioner har tre til fem års erfaring eller mere. Erhvervs erfaringen opnås fx ved ansættelse i en fælles akutmodtagelse eller fra andre enheder med patienter i akutte forløb eller tilsvarende, suppleret med erfaring fra ansættelse på øvrige kliniske sygehusafdelinger.

I disse ansættelser bør social- og sundhedsassistenter blandt andet have opnået erfaring med:

- sygeplejehandlinger i forhold til blandt andet patienter med smerter, patienter med ændret perception, patienter med ernærings- og væskeproblemer og patienter med en infektion
- observation af den akutte og/eller dårlige patient.

## 6.5 Vedligeholdelse af kompetencer

Vedligeholdelse af kompetencer kræver et vist volumen af opgaver. Det er derfor afgørende, at personalet i akutfunktionen har et tilstrækkeligt volumen af opgaver inden for arbejdsområdet, så deres kompetencer opbygges og holdes ved lige. Der kan derudover være behov for særlige færdigheder og kompetencer relateret til akutfunktionens opgaver og oplæring i forhold til nyt udstyr eller behandlingsmetoder, hvor der kræves særlige kompetencer. Kompetenceudvikling kan ske via fx efteruddannelse, færdighedskurser og samarbejde med sygehus om supervision eller fælles skolebænk og kan både foregå lokalt eller ved tværsektorielt samarbejde mellem sygehuse og kommune.

Det er afgørende for varetagelsen af opgaverne, at der er fokus på fortsat kompetenceudvikling for personalet i akutfunktionen. Personalet i akutfunktionen skal i forhold til det konkrete patientforløb, og bør generelt, have adgang til kontinuerlig rådgivning og vejledning fra læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale på sygehuset.

## 7 Udstyr og medicin i akutfunktionen

### Krav til udstyr

I en kommunal akutfunktion skal der være følgende udstyr til rådighed:

- udstyr til måling af vitale parametre herunder puls, blodtryk, temperatur, respirationsfrekvens og iltmætning i blodet<sup>23</sup>
- udstyr til undersøgelse af urin i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning
- udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent)
- udstyr til venøs blodprøvetagning
- udstyr til podninger
- sonder og udstyr til anlæggelse af disse
- katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse
- sug
- forstøverapparat
- udstyr til anlæggelse af perifært venekateter.

### 7.1 Udstyr

Akutfunktionerne skal kunne yde forskellige indsatser, som stiller krav til udstyr og utensilier (jf. indsatser beskrevet i kapitel 5). Der stilles derfor krav til, at akutfunktionen har udstyr og utensilier, der er nødvendig for at foretage relevant observation, diagnostik og behandling af en række sygdomstilstande. Det drejer sig om følgende:

- udstyr til måling af vitale parametre herunder puls, blodtryk, temperatur, respirationsfrekvens og iltmætning i blodet<sup>21</sup>
- udstyr til undersøgelse af urin i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning
- udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent)
- udstyr til venøs blodprøvetagning
- udstyr til podninger
- sonder og udstyr til anlæggelse af disse
- katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse

---

<sup>21</sup> Jf. 'Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter. Værktøjer til hverdagsobservationer' (Sundhedsstyrelsen 2013).

- sug
- forstøverapparat
- udstyr til anlæggelse af perifært venekateter.

Andet mere specialiseret udstyr, som fx udstyr til behandling med intravenøs medicin og - væsker og pumper til smertebehandling følger de almindelige bestemmelser på området jf. afgrænsningscirkulæret<sup>22</sup>.

## 7.2 Medicin og væsker

Akutfunktionen kan som udgangspunkt ikke opbevare medicin. Opbevaring af lægemidler, som er ordineret til en patient på fx plejecentre, midlertidige døgnpladser og andre institutioner, som ikke er behandlende institutioner, skal ske i henhold til vejledning om ordination og håndtering af lægemidler<sup>23</sup>, det vil sige hos patienten selv, medmindre det findes hensigtsmæssigt og relevant for hjælp til opbevaring og håndtering, at institutionen stiller opbevaringsmuligheder til rådighed i form af selvstændige bokse, skabe eller lignende.

Akutfunktionen kan kun i helt særlige tilfælde opbevare medicin, som ikke er udskrevet til en konkret patient. Det er i de tilfælde, hvor akutfunktionen kan betragtes som en behandlende institution<sup>24</sup> i henhold til bekendtgørelsen om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner<sup>25</sup> eller hvor der er tale om sygeplejerskers opbevaring af adrenalin til brug i praksis, jf. bekendtgørelsen om recepter<sup>26</sup>.

Patienterne skal således købe deres lægemidler på apotek eller hos en detailforhandler, som har tilladelse til salg af håndkøbslægemidler, med mindre de har fået medicin med fra henvisende læge (patienten, der bliver udskrevet fra sygehus, har typisk fået udleveret lægemidler fra sygehuset, så de kan fortsætte behandlingen, indtil de kan komme på apotek).

---

<sup>22</sup> Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (CIR 9079 af 22/02/2013), der definerer hvad behandlingsredskaber er, og afgrænser disse over for tilgrænsende kategorier af redskaber og hjælpemidler, hvortil udgiften typisk afholdes af kommunerne.

<sup>23</sup> Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler.

<sup>24</sup> Begrebet behandlende institution tolkes som institutioner, som er sygdomsbehandlende og som er midlertidigt opholdssted, inden patienten bliver indlagt til behandling på sygehus, og efter patienten er blevet udskrevet, fx hvor patienten er i et aktivt behandlingsforløb inden og efter indlæggelsen på sygehus. Der skal til en behandlende institution være tilknyttet en læge, som har ansvaret for, at bekendtgørelsen overholdes, jf. § 6. Er der ikke en fast tilknyttet læge, kan ansvaret delegeres til en anden person med tilstrækkeligt kendskab til håndtering af lægemidler. Ordination af lægemidler, som opbevares i henhold til reglerne i denne bekendtgørelse, kan kun foretages af en læge, som er tilknyttet den behandlende institution. Sundhedsstyrelsen kan kontaktes med henblik på at få vurderet, om institutionen kan betragtes som en behandlende institution. En behandlende institution kan som udgangspunkt ikke være et plejecenter eller lignende.

<sup>25</sup> Bekendtgørelse nr. 1222 af 7. december 2005 om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner.

<sup>26</sup> Bekendtgørelse nr. 1671 af 12. december 2013 om recepter

## 8 Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats

### Krav til kvalitetssikring og dokumentation

En kommunal akutfunktion skal:

- følge relevante kliniske retningslinjer
- løbende kvalitetssikre indsatserne, fx ved at udføre journalaudits og/eller ved at monitorere og følge op på relevante indikatorer.

### 8.1 Kvalitetssikring og monitorering

Akutfunktionen skal have fokus på kvalitet og patientsikkerhed i opgaveløsningen og skal derfor arbejde evidensbaseret og følge relevante kliniske retningslinjer.

Akutfunktionen skal løbende sikre, at indsatserne i akutfunktionen har den fornødne kvalitet, fx ved at gennemføre journalaudits samt at registrere og følge op på relevante indikatorer.

Følgende indikatorer bør registreres og følges op:

- varighed af patientens tilknytning til akutfunktionen
- indsatser (på patientniveau) fra de involverede aktører i akutfunktionen samt sundhedsvæsenet i øvrigt, fx lægefaglig behandling, sygepleje og træning mv.
- henvisningsårsag til akutfunktionen
- antal indlæggelser og genindlæggelser på sygehus for patienter tilknyttet akutfunktionen
- årsag til afslutning, herunder dødsfald
- funktionsevne hos patienter tilknyttet akutfunktionen
- utilsigtede hændelser
- patienttilfredshed.

Registreringen kan hensigtsmæssigt foretages på baggrund af eksisterende databehandlings- og indberetningssystemer.

Registrering og opfølgning på indikatorerne vil bidrage til den løbende kvalitetsudvikling og -sikring af de indsatser, der leveres i akutfunktionen samt bidrage til den overordnede tilrettelæggelse af akutfunktionen, fx i forhold til organisering og kompetencer, som eventuelt ændres i takt med udviklingen af det øvrige sundhedsvæsen.



## 8.2 National opfølgning

Kommunerne skal i august 2018 gøre status på, hvordan midlerne er blevet anvendt til at styrke de kommunale akutfunktioner siden 2016, samt redegøre for hvordan midlerne vil blive brugt fremadrettet. Endvidere afsættes midler til en løbende udvikling og opfølgning, herunder dokumentation af de kommunale akutfunktioner. På den baggrund gennemføres til og med 2019 en årlig status med fokus på udviklingen af de kommunale akutfunktioner. Den årlige status bør følge op på, om kommunerne lever op til kvalitetsstandarderne, samt i videst muligt omfang omfatte en beskrivelse af blandt andet målgrupper og leverede indsatser med henblik på en løbende vurdering af udvikling i kapacitet og opgaveomfang.

Høringsversion

## 9 Ansvar og samarbejde mellem sektorer

### Anbefalinger til ansvar og samarbejde

Det anbefales:

- at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud, herunder kommunal kapacitet, fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis
- at henvisende læge udformer en skriftlig henvisning på henvisningstidspunktet
- at læger på sygehuse, i almen praksis sikrer de fornødne aftaler, så det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål omkring patientens behandling
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af praktiserende læge ligger hos den praktiserende læge
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af sygehuslæge, i tilfælde hvor den igangsatte behandling på sygehuset ikke afsluttes ved udskrivelse, aftales lokalt, og at behandlingsansvaret ved overdragelse til den praktiserende læge sker mundtligt og efter aftale med den praktiserende læge
- at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at der fra sygehuset lægges en plan for behandlingen, samt at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling som udgangspunkt bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktion
- at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes.

### 9.1 Samarbejde

Den kommunale akutfunktion er afhængig af et tæt samarbejde med læger. Akutfunktionen varetager mange akutte og særlige behandlingsopgaver, som er ordineret af læger i almen praksis og på sygehus, og hvor der er behov for fortsat samarbejde om patientens behandling. For at sikre en høj kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i patientforløb er det vigtigt, at der er fokus på god kommunikation mellem patient/pårørende, læger, øvrige hjemmesygepleje og akutfunktionen.

De specifikke rammer for samarbejdet mellem den kommunale akutfunktion og de regionale behandlingstilbud skal fastlægges i en samarbejdsaftale/underliggende aftaler mellem region og kommune i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. De regionale behandlingstilbud er i den forbindelse både de lokale almen praksis, vagtlæger og sygehuse, herunder de fælles akutmodtagelser, samt eventuelle udgående funktioner.

Den lokale samarbejdsaftale skal af patientsikkerhedsmæssige årsager have fokus på klare rammer for ansvarsfordeling og opgaveoverdragelsen mellem sektorer. Særligt de mundtlige aftaler forud for patientens udskrivelser fra sygehus og overdragelse til egen læge er af stor betydning for patientsikkerheden. Endvidere skal der være aftaler i forhold til sygebesøg for så vidt angår lægebetjening af akutfunktioner organiseret som stationære pladser, da patienter her kan befinde sig i mere end 15 km<sup>27</sup> væk fra den praktiserende læge.

## 9.2 Henvisning til kommunal akutfunktion

Det er kommunen, der visiterer patienterne til den kommunale akutfunktion. Både praktiserende læger og vagtlæger kan henvise til en kommunal akutfunktion. Når lægen henviser til en akutfunktion skal der foreligge en udrednings- og/eller behandlingsplan udarbejdet på tidspunktet for henvisningen.

Læger kan henvise patienter til akutfunktioner, såfremt de er i målgruppen (se også kapitel 4) og har brug for indsatser, der ydes i akutfunktionen (se også kapitel 5), men ikke har brug for indlæggelse. I forbindelse med henvisningen skal der ske telefonisk kontakt til akutfunktionen med henblik på en afklaring af, om patientens situation egner sig til akutfunktionens tilbud.

### 9.2.1 Henvisningens indhold

Med henblik på at sikre patientsikkerhed og en entydig opgaveoverdragelse, anbefales det, at henvisningen indeholder:

- skriftligt henvisningsnotat fra læge med:
  - beskrivelse af patientens tilstand, problemstillingen, samt hvilke tiltag der er foretaget i udredningen/behandlingen
  - behandlings- eller udredningsplan for patienten, herunder beskrivelse af delegerede opgaver. Ved henvisning fra sygehuslæge kan dette med fordel udgøres af epikrisen, hvori det beskrives, at patienten udskrives til indsats i akutfunktion (det kræver, at epikrisen kan sendes på henvisningstidspunktet). Behandlingsplanen skal indeholde oplysninger om, hvornår behandlingsansvaret overdrages
- kontaktoplysninger (navn og telefonnummer) til den behandlingsansvarlige læge. Ved henvisning fra sygehuslæge kan kontaktoplysningerne med fordel være på funktionsniveau, det vil sige telefonnummer på afdelingens vagthavende (bagvagt), da vagtskifte vil vanskeliggøre én behandlingsansvarlig læge
- kontaktoplysninger på patientens nærmeste pårørende
- oplysninger om patientens samtykke til, at der videregives oplysninger om patienten til akutfunktionen.

Det anbefales, at der laves lokale samarbejdsaftaler/underliggende aftaler mellem region og kommune, der omhandler indholdet af henvisningen fra læge til den kommunale akutfunktion.

---

<sup>27</sup> 5 km hvis patienten har bopæl i København, Frederiksberg, Tårnby eller Dragør kommune.

### 9.3 Lægeligt behandlingsansvar

Det er væsentligt for patientsikkerheden, at opgaverne i akutfunktionen varetages inden for klare rammer og med en klar ansvarsplacering. Dette gælder generelt i hjemmesygeplejen, men er særlig vigtigt i kommunale akutfunktioner, da personalet i akutfunktionen i vidt omfang udfører lægeforbeholdte opgaver med patientsikkerhedsmæssige risici, fx intravenøs behandling og anlæggelse af perifert venekateter. Der bør derfor aldrig være tvivl om, hvilken læge der har behandlingsansvaret for den konkrete patient i den konkrete situation. Det betyder, at personalet i akutfunktionen hurtigt skal kunne tage kontakt til den rette læge ved behov for lægefaglig sparring.

Da akutfunktionen modtager patienter både fra almen praksis og vagtlæger samt patienter udskrevet fra sygehusafdelinger, er der behov for klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har behandlingsansvaret for patienten. Ansvarsfordelingen i forhold til behandling af patienter aftales som ovenfor nævnt lokalt, med særlig fokus på de situationer, hvor flere læger har behandlingsansvar for forskellige områder i patientens samlede forløb.

Følgende fordeling af behandlingsansvar anbefales:

#### *Behandlingsansvar for patienter henvist fra almen praksis og lægevagten*

For patienter henvist fra praktiserende læge eller vagtlæge anbefales det, at behandlingsansvaret ligger hos den praktiserende læge i dennes åbningstid, og hos vagtlæge uden for lægens åbningstid.

#### *Behandlingsansvar for patienter henvist fra sygehusafdeling*

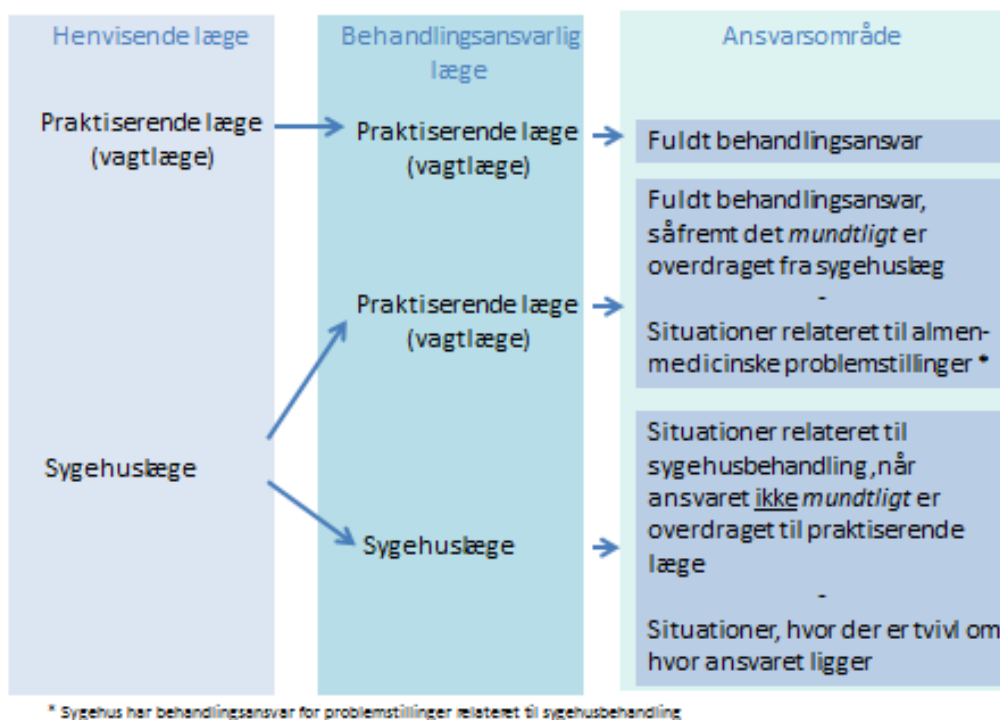
For patienter, der er henvist fra sygehus, anbefales det, at behandlingsansvaret overgår til den praktiserende læge, når sygehusbehandlingen/indsatsen afsluttes ved udskrivelse. I tilfælde, hvor en igangsat behandling på sygehus ikke afsluttes ved udskrivelse, kan behandlingsansvaret ligge hos sygehuslæge eller hos praktiserende læge/vagtlæge afhængig af, om problemstillingen vedrører den behandling, der er iværksat på sygehuset, eller vedrører en anden problemstilling. Det anbefales, at behandlingsansvaret, så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra sygehuslæge til praktiserende læge, såfremt patientens praktiserende læge ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient.

Overdragelsen bør ske ved *telefonisk kontakt* mellem lægerne og med en efterfølgende skriftlig behandlingsplan. I tilfælde af længerevarende ferie hos praktiserende læge, er det den vikarierende læge, der skal tage stilling til overtagelse af behandlingsansvaret eller ikke. For et mere konkret forslag til en lokal aftale vedrørende ansvarsfordeling for patienter henvist fra sygehus til akutfunktion henvises til bilag 3.

Det anbefales i forhold til intravenøs medicinsk behandling, at det som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at der fra sygehuset lægges en plan for behandlingen, samt at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling som udgangspunkt bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktion.

Figur 1 nedenfor illustrerer Sundhedsstyrelsens anbefaling til fordeling af behandlingsansvar.

Figur 1: Behandlingsansvar i den kommunale akutfunktion



## 9.4 Brug af medhjælp til forbeholdt virksomhed

Autoriserede sundhedspersoner skal under udøvelse af deres virksomhed udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationsloven § 17<sup>28</sup>. Det er i bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp<sup>29</sup> præciseret, hvordan en autoriseret sundhedsperson kan leve op til kravet om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med sin brug af medhjælp. Bekendtgørelse og vejledning beskriver de krav og det ansvar, der stilles til medhjælpen, ledelsen og til de autoriserede sundhedspersoner der bruger medhjælp.

Når en sygehuslæge eller en praktiserende læge fx ordinerer en behandling til en patient, som det i henhold til autorisationslovens regler er forbeholdt læger at udføre, og akutfunktionen skal varetage udførelsen af behandlingen, er der tale om, at personalet ved akutfunktionen arbejder som medhjælp<sup>30</sup>.

Reglerne for brug af medhjælp fremgår af ovenfor nævnte bekendtgørelse og vejledning og vil ikke blive omtalt i detaljer i disse kvalitetsstandarder. Det skal dog påpeges, at det er af allerstørste vigtighed, at personalet i akutfunktionen er bevidst om, hvem de er medhjælp for i relation til patientens forskellige behandlinger, og at det altid er muligt for personalet at komme i kontakt med en relevant sundhedsperson (typisk en læge), hvis der skulle opstå spørgsmål eller problemer i relation til patientens behandling.

<sup>28</sup> Bekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

<sup>29</sup> Bekendtgørelse nr. 1219 og vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

<sup>30</sup> Eksempler på lægeforbeholdte opgaver i akutfunktionen er medicinbehandling inklusiv intravenøs behandling og iltbehandling, anlæggelse af sonder, venflon, katetre m.m., måling af blodsukker samt blodprøvetagning.

#### **9.4.1 Kommunalbestyrelsens og ledelsens ansvar**

Det er en almindelig forudsætning for patientsikkerheden og for kvaliteten af den behandling, der varetages i akutfunktionen, at personalet i akutfunktionen har de fornødne kvalifikationer og kompetencer til varetagelse af observation, pleje og behandling (jf. kapitel 5).

Kommunalbestyrelsen har det overordnede ansvar for at sikre, at akutfunktionen har de nødvendige uddannelses- og ledelsesmæssige kvalifikationer, således at arbejdstilrettelæggelsen kan tilgodese patientsikkerheden. Ledelsen af akutfunktionen har ansvar for:

- at personalet har de fornødne kompetencer til at udføre sygeplejen, herunder at udføre de behandlingsopgaver, som varetages i akutfunktionen på delegation af læger
- at udarbejde de nødvendige instrukser for personalets udførelse af delegerede opgaver
- at føre et overordnet tilsyn med personalets opgaveløsning.

Hvis ledelsen finder, at personalet i akutfunktionen ikke har de nødvendige kompetencer til at udføre en konkret, lægeforbeholdt, ordineret behandling, har ledelsen ansvaret for at gøre den ordinerende læge opmærksom på, at personalet ikke kan varetage ordinationen. Den ordinerende læge vil herefter være forpligtet til at tage stilling til, om personalet vil kunne varetage ordinationen efter yderligere instruktion, eller om patienten i stedet skal indlægges på sygehus.

#### **9.4.2 Sygeplejerskens ansvar**

Personalet i akutfunktionen skal følge de generelle instrukser, som ledelsen har udarbejdet for udførelsen af arbejdet med de forbeholdte opgaver, fx medicingivning. Personalet skal derudover følge den konkrete instruks, som lægen måtte give i forbindelse med ordinationen. Skulle der være problemer, fx uoverensstemmelse mellem ledelsens instrukser og instruksen givet af den ordinerende læge, eller hvis personalet ikke er i stand til at udføre behandlingen, skal personalet gøre den ordinerende læge og egen ledelse opmærksom herpå. Det er personalets ansvar at sige fra overfor den ordinerende læge, såfremt de ikke har kompetencen til at løse opgaven.

#### **9.4.3 Den ordinerende læges ansvar**

Den ordinerende læge er forpligtet til at sikre, at ordinationen er klar og entydig. Ordinationen skal være beskrevet på en sådan måde, at der ikke kan være tvivl om, hvordan den skal udføres. Lægen skal give de nødvendige oplysninger om behandlingen således, at personalet kan håndtere den konkrete ordination og sikre, at de aktuelle lægemiddelordinationer på det Fælles Medicin Kort afspejler den aktuelle medicinering på ajourføringstidspunktet. Den ordinerende læge har imidlertid ikke ansvar for at udvælge, instruere eller føre tilsyn med det personale, der er tilknyttet akutfunktionen, da personalet er tilknyttet en anden arbejdsplads end lægen. Dette ansvar ligger hos ledelsen af akutfunktionen og i sidste ende hos kommunalbestyrelsen.

Den læge, der har ansvaret for behandlingen (sygehuslægen eller den praktiserende læge/vagtlæge), tager stilling til behandlingen af den konkrete patient. Lægen kan ordinere lægemidler i faste doseringer og/eller i doseringer efter patientens aktuelle behov, eventuelt indenfor en nærmere fastsat ramme. I sidstnævnte tilfælde vil personalet løbende skulle vurdere patientens aktuelle behov for lægemidler. Betingelserne for disse faglige skøn, fremgangsmåde mv. skal være beskrevet i lokale instrukser.

Personalet skal journalføre ordinationer og instruktioner i de sygeplejefaglige optegnelser.

## 10 Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Kommissorium for arbejdsgruppen
- Bilag 2:** Arbejdsgruppens medlemmer
- Bilag 3:** Anbefaling til lokal aftale vedrørende ansvarsfordeling for patienter henvist fra sygehus til en kommunal akutfunktion i hjemmesygeplejen

Høringsversion

## Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen

### Faglig arbejdsgruppe til udarbejdelse af kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

#### Baggrund

I juni 2016 indgik regeringen og partierne bag finansloven for 2016 aftale om *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – en national handlingsplan*. Handlingsplanen skal løfte den samlede indsats for den ældre medicinske patient gennem otte indsatsområder, hvoraf styrkelse af de kommunale akutfunktioner er én af indsatserne. Handlingsplanen tager afsæt i Sundhedsstyrelsens faglig oplæg fra 2016<sup>31</sup>, der er udarbejdet i en bred inddragende proces med rådgivning fra bl.a. Sundhedsstyrelsens følgegruppe for den ældre medicinske patient.

Med handlingsplanen er der afsat 445 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 170 mio. kr. til, at kommunerne kan styrke de kommunale akutfunktioner. Styrkelsen af de kommunale akutfunktioner sker i to faser. Fra 2016 skal akutfunktionerne i fase I leve op til op til dele af Sundhedsstyrelsens eksisterende faglige anbefalinger fra 2014<sup>32</sup>.

Sundhedsstyrelsen skal med frist primo 2017 udarbejde kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, som kommunerne i fase II skal leve op til fra 2018.

I den forbindelse nedsætter Sundhedsstyrelsen en faglig arbejdsgruppe, der skal rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af kvalitetsstandarder.

#### Arbejdsgruppens opgave

Den faglige arbejdsgruppe skal drøfte og kvalificere Sundhedsstyrelsens udkast til kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Udarbejdelsen af kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner vil tage afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje fra 2014.

Kvalitetsstandarderne forventes at indeholde konkrete krav til akutfunktionerne i forhold til:

- Indhold
- Målgruppe
- Visitation
- Volumen
- Kompetencer
- Samarbejde

---

<sup>31</sup> Styrket indsats for den ældre medicinske patient. Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2016-2019 (Sundhedsstyrelsen, 2016)

<sup>32</sup> Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje (Sundhedsstyrelsen, 2014)



Kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner skal foreligge primo 2017.

### **Arbejdsgruppens sammensætning**

Den faglige arbejdsgruppe har repræsentation af følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)
- Danske Regioner/regioner (1+1)
- Kommunernes Landsforening/kommuner (1+3)
- Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (2)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Selskab for Geriatri (1)
- Ældre Sagen (1)
- Danske Patienter (1)

Øvrige parter, herunder Praktiserende Lægers Organisation, Dansk Sygeplejeråd, kan blive inddraget ved behov.

### **Arbejdsgruppens møder**

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne, som den faglige arbejdsgruppe drøfter og kvalificerer. Dagsorden og beslutningsreferat udsendes cirka en uge før og efter mødets afholdelse.

Der forventes afholdt tre til fire møder i den faglige arbejdsgruppe.

## Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer

### Medlemmer af Arbejdsgruppen vedr. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen:

Dansk Selskab for Geriatri  
Kim Otto Jacobsen

Dansk Selskab for Almen Medicin  
Marianne Puge Nielsen

Danske Patienter  
Lotte Linnemann

Dansker Regioner  
Anne Cederlund Rytter (2. møde)  
Rikke Verner Agergaard (1. og 3. møde)

Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne  
Inge Jekes  
Pia Ravnsbæk Bjærge

KL  
Karen Marie Myrndorff

Kommunale repræsentanter  
Aarhus Kommune: Anja Thoft Bach  
Ballerup Kommune: Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk  
Varde Kommune: Rigmor Jensen

Regional repræsentant  
Region Syddanmark: Anders Fournaise

Sundheds- og Ældreministeriet  
Louise Filt

Ældre Sagen  
Mirjana Saabye

*Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion.*

## Bilag 3: Anbefaling til lokal aftale vedrørende ansvarsfordeling for patienter henvist fra sygehus til en kommunal akutfunktion i hjemmesygeplejen

### **Oplæg til lokal aftale vedrørende ansvarsfordeling for patienter henvist fra sygehus til akutfunktion**

Det er afgørende for opgavevaretagelsen i en kommunal akutfunktion i hjemmesygeplejen, at personalet ved hvem de skal kontakte i tilfælde af behandlingsspørgsmål ved en given patient. For så vidt angår patienter henvist fra sygehus, anbefales nedenstående ansvarsfordeling.

Sygehuslægen (eller læge i samme funktion - ofte bagvagt på henvisende afdeling) har som udgangspunkt behandlingsansvaret for den behandling, der er iværksat på sygehuset, og som er årsag til det særlige sygeplejebehov ved udskrivelsen – med mindre behandlingsansvaret efter aftale er overdraget til praktiserende læge. For patienter, der fortsætter i ambulante forløb efter udskrivelse fra sygehus, anbefales det, at sygehuslægen fortsat har behandlingsansvaret for den sygdom/tilstand, patienten følges ambulante for, på samme måde som det i øvrigt gælder i hjemmesygeplejen.

Hvis der i perioden, hvor patienten modtager en indsats fra akutfunktionen, opstår andre symptomer/tilstande, som kræver kontakt til læge, men som ikke har med den sygehusbehandlede tilstand at gøre, vil det som udgangspunkt være patientens praktiserende læge/vagtlæge, der skal kontaktes.

Der kan opstå situationer, hvor akutfunktionen har behov for at kontakte en læge, men hvor der er tvivl om, hvorvidt den konkrete tilstand er relateret til den behandling patienten har modtaget på sygehuset, eller om tilstanden er opstået uafhængigt heraf. I sådanne tilfælde anbefales det, at akutfunktionens personale kontakter den læge, der i situationen vurderes mest sandsynlig at have ansvaret. Det kan i sådanne situationer ske, at den praktiserende læge kontaktes, men vurderer, at det er en problemstilling, der relaterer sig til sygehusbehandlingen. Akutfunktionen kan derfor være nødt til efterfølgende at kontakte sygehuslægen. Det er ønskeligt, at uklarheden løses i samarbejde mellem de to læger, men det endelige behandlingsansvar i sådanne situationer, anbefales som udgangspunkt at ligge hos sygehuslægen, som henvisende læge, med mindre den praktiserende læge tidligere i forløbet mundtligt har accepteret at overtage behandlingsansvaret for patienten.