



# Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner



## Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

© Sundhedsstyrelsen, 2023.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

**Elektronisk ISBN:** 978-87-7014-565-7

**Sprog:** Dansk  
**Version:** 3.0  
**Versionsdato:** 19.09.2023  
**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
September 2023

## Indhold

1	Introduktion.....	4
	Væsentligste opdateringer i denne udgivelse.....	4
	Baggrund.....	5
	Formål med kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner .....	5
	Beskrivelse af en kommunal akutfunktion.....	6
2	Målgruppe.....	7
3	Indsatser i den kommunale akutfunktion.....	9
4	Udstyr .....	11
5	Kompetencer.....	12
6	Organisering og samarbejde .....	15
	Tilrettelæggelse og tilgængelighed .....	15
	Samarbejde og rådgivning .....	16
7	Henvi sning og behandlingsansvar.....	19
	Henvi sning og visitation .....	19
	Behandlingsansvar .....	20
8	Monitorering og kvalitetsudvikling.....	22
9	Implementering og opfølgning.....	25
10	Bilag .....	27
	Bilag 1. Kommissorium for arbejdsgruppen.....	27
	Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer .....	29
	Bilag 3. Lovgrundlag, herunder bekendtgørelser og vejledninger.....	30

# 1 Introduktion

Sundhedsstyrelsen udgiver hermed opdaterede kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. Publikationen erstatter 'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen' fra 2017, som tog afsæt i Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje' fra 2014 jf. 'Handlingsplan for den ældre medicinske patient'.

Nærværende kvalitetsstandarder er udarbejdet som opfølgning på den politiske aftale i maj 2022 (sundhedsreformen) som en del af den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen. Der blev 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.

Publikationen henvender sig til beslutningstagere, planlæggere og fagpersoner på sygehus, i almen praksis og kommuner, der arbejder med at planlægge, lede og udvikle de kommunale akutfunktioner, eller samarbejder med de kommunale akutfunktioner om de fælles patientforløb.

Sundhedsstyrelsen er i forbindelse med udarbejdelsen 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 obligatorisk, at alle kommuner har etableret en kommunal akutfunktion eller har et formaliseret tværkommunalt samarbejde om en sådan.
- Målgruppen for akutfunktionen er præciseret.
- IV-behandling er en obligatorisk indsats i akutfunktionen.<sup>1</sup>
- Der er krav om adgang til rådgivning og sparring fra sygehus og almen praksis.
- Der er præciserede krav til lægeligt behandlingsansvar.
- Der er krav om, at akutfunktionen er opsøgende med henblik på at sikre, at funktionen bruges rettidigt og relevant.
- Samarbejdsflader til andre forvaltninger og lovgivningsmæssige områder i kommunen er udbygget.

---

<sup>1</sup> IV-behandling er fortsat en regional opgave, der finansieres af regionerne, men med nærværende kvalitetsstandard bliver det obligatorisk for alle kommuner at kunne varetage IV-behandling. De eksisterende regionale aftaler med kommunerne om IV-behandling danner rammerne for dette. På baggrund af de hidtidige erfaringer på området udarbejdes på sigt en overordnet national faglig ramme for varetagelse af IV-behandling i den kommunale sygepleje på vegne af regionerne.

- Der sættes i højere grad krav til kompetencer fremfor uddannelsesmæssig baggrund, og det tværsektorielle samarbejde om kompetenceudvikling er fremhævet.
- Krav til monitorering og kvalitetsudvikling er udbygget og opdateret.
- Klare, lokale samarbejdsaftaler er angivet som en forudsætning for succesfuld implementering af kvalitetsstandarderne.

## Baggrund

De senere års udvikling med tiltagende specialisering og samling af funktioner i sygehusvæsenet samt en øget kompleksitet i mange patientforløb i kommunerne har medført ændringer i opgaveløsningen og involverer flere aktører med indsatser på tværs af sektorer og lovgivningsområder. Samtidigt bliver der flere ældre, og flere lever med en eller flere kroniske sygdomme, ligesom indlæggelser på sygehus er væsentlig kortere end tidligere, hvilket også afspejler sig i de kommunale akutfunktioners opgaver.

Udviklingen giver ofte fortsat anledning til udfordringer og øger behovet for et fleksibelt og formaliseret samarbejde om det fælles patientforløb. Samtidig medfører udviklingen af befolkningens sygdomsmønstre og sundhedsvæsenets organisering, at der skal arbejdes målrettet med at etablere og anvende alternativer til indlæggelse på sygehuse i de (mange) tilfælde, hvor borgere får forværringer i deres sygdom, uden dog et egentligt behov for sygehusbehandling. Tilsvarende kræver udviklingen, at der bliver systematisk adgang til rehabilitering efter ny, akut sygdom eller forværringer i et kronisk sygdomsforløb.

Fremadrettet må der forventes et behov for kapacitetsopbygning i de kommunale akutfunktioner. Det er den enkelte kommunes ansvar løbende at vurdere behovet for akutfunktionens indsatser og justere, så de tilpasses målgruppens behov, indenfor rammerne af kvalitetstandard, og den kapacitet, der er til rådighed. Denne kapacitetsvurdering bør ske i tæt samarbejde med almen praksis og sygehuse, og sikre at vurderingen også inddrager den regionale kapacitet.

## Formål med kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner

Formålet er:

- at understøtte ensartet og høj kvalitet i de sundhedsfaglige indsatser, der leveres af de kommunale akutfunktioner på tværs af landet.
- at understøtte kommunernes samarbejde med sygehuse, almen praksis, lægevagt/lægevagtsordninger og eventuelt præhospital beredskab, som vil kunne henvise patienter<sup>2</sup> til kommunale akutfunktioner med et kendt indhold, kompetenceniveau og kvalitet.

---

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

Dette skal ske gennem nationale krav og anbefalinger til indsatser, organisering og tværsektorielt samarbejde.

## Beskrivelse af en kommunal akutfunktion

En kommunal akutfunktion er en del af den kommunale sygepleje, og akutfunktionen er således underlagt samme lovgivning (se bilag 3 om lovgrundlag). Patientforløbet og patientens karakteristika og behov afgør, hvorvidt det er en indsats, der mest hensigtsmæssigt løses i akutfunktionen (se kapitel 2 om målgrupper). Der er tale om tidsbegrænsede indsatser af kortere varighed.

Der er indsatser, der tilbydes i både akutfunktionen og den øvrige kommunale sygepleje, ligesom der i patientens forløb kan være flere parallelle indsatser, hvor den samlede indsats for patienten tilrettelægges i et tæt samarbejde.

Personalet i akutfunktionen skal samarbejde tæt med andre kommunale aktører på tværs af forvaltninger (og dermed lovgivning) om kontinuerligt at identificere og vurdere patienter, som kan have gavn af et forløb i den kommunale akutfunktion, som alternativ til en indlæggelse<sup>3</sup>.

Indsatserne i akutfunktionen varetages i et samarbejde med sygehus og/eller almen praksis, lægevagt/lægevagtsordninger samt eventuelt læger fra det præhospitale beredskab<sup>4</sup>. En stor del af indsatserne i akutfunktionen varetages efter lægeordination og delegation fra den behandlingsansvarlige læge. Akutfunktionen varetager den lægeordnede behandling, og er løbende i dialog med behandlingsansvarlig læge om observation og vurdering af behandling, med henblik på løbende at tilpasse og justere indsatser og behandlingsplan.

Den kommunale akutfunktion kan organiseres som *selvstændige teams* (akutteams) eller som *integreret* i den kommunale sygeplejes organisering – eventuelt suppleret med *akutpladser*. Akutteams forstås som en udekørende funktion, hvor sygeplejen ydes i patientens hjem, herunder plejebolig og midlertidige døgnophold eller botilbud. Akutpladser forstås som en stationær plads på en kommunal matrikel.

---

<sup>3</sup> Læs mere i Sundhedsstyrelsens udgivelse (2017): 'Tidlig opsporing af forringet helbredtstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber.'

<sup>4</sup> En forudsætning for at henvise patienter fra det præhospitale beredskab til kommunens akutfunktion er, at borgeren er lægefagligt konfereret, og at der sikres en entydig placering af behandlingsansvaret (se afsnit om behandlingsansvar).

## 2 Målgruppe

### Opsummering

- Målgruppen for de kommunale akutfunktioner er patienter med somatisk sygdom og evt. samtidig psykisk lidelse, hvor der er akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse.
- Forløbene er overvejende kendetegnet ved at være subakutte eller akutte og komplekse, hvor der kræves de særlige sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede i akutfunktionen.

Målgruppen for den kommunale akutfunktion er subakutte og akutte patienter med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse. Forløbene er overvejende kendetegnet ved at være komplekse, hvor en kombination af flere faktorer - både instrumentelle indsatser, observation og tolkning af symptomer, undersøgelsesresultater og behandling, men også psykosociale faktorer - kan have betydning. Derudover kan kompleksiteten også relatere sig til organisatoriske forhold i sundheds- og socialvæsenet, både internt i kommunen og på tværs af sektorer<sup>5</sup>.

Høj kompleksitet kombineret med forløbenes ofte subakutte eller akutte karakter, kan medføre, at forløbene kan være uforudsigelige og/eller uafklarede, og medføre behov for tæt observation og løbende justering af indsatser og behandlingsplan.

Komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov kan eksempelvis ses hos ældre patienter med medicinske problemstillinger, hvor symptombilledet ved akut opstået eller forværret sygdom kan manifestere sig ved almen uro, konfusion, diffuse smerter eller akut nedsat funktionsevne. Eller hos patienter med samtidig somatisk sygdom og psykisk lidelse, hvor det kan være vanskeligt at differentiere ift. symptombilledet og den bagvedliggende årsag, hvilket fordrer tæt samarbejde mellem akutfunktionen der håndterer den somatiske sygdom, og andre kommunale aktører, der yder indsatser ift. psykiske lidelser (se også kapitel 6 om organisering og samarbejde).

Der er også patientgrupper, der af forskellige andre årsager kan have et forstærket behov for, at forløbet kan håndteres i vante rammer, og hvor det derfor er afgørende at sætte så tidligt ind som muligt i forløbet, så sygdom eller forværring

---

<sup>5</sup> Læs mere i VIVE's rapport (2018): Kompleksitet i den kommunale sygepleje – en analyse af sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitet i sygeplejen.

af sygdom kan forebygges. Det kan eksempelvis være patienter med nedsat kognitiv funktion (eksempelvis demens) som er særligt følsomme over for ændringer i omgivelser og rutiner. Her kan en indlæggelse i nogle tilfælde have en negativ indvirkning på behandlingsudfaldet med risiko for udvikling af delirium mv. Her er det afgørende, at der arbejdes forebyggende i tæt samarbejde med andre kommunale aktører fx personale på plejecenter (se også kapitel 6 om organisering og samarbejde). Der kan også være tale om andre patientgrupper, hvor forhold der ikke er direkte relateret til patientens sundhedstilstand, har indflydelse på patientens samlede situation og vil indgå i vurdering af, om et forløb i den kommunale akutfunktion af kommunen vurderes mest hensigtsmæssigt. Det vil altid bero på en konkret og individuel vurdering.

Hvorvidt en sygehusindlæggelse er påkrævet eller ej, vil altid bero på en individuel, lægefaglig vurdering. Her bør viden om patientens habituelle og aktuelle tilstand samt akutfunktionens mulige indsatser indgå.

Målgruppen for de kommunale akutfunktioner kan i forvejen være i kontakt med fx (syge)plejen, beboere i plejebolig og lignende. Omvendt kan der også være tale om patienter, der ikke i forvejen er visiteret til kommunale indsatser, men som er omfattet af målgruppen for de kommunale akutfunktioner.



### 3 Indsatser i den kommunale akutfunktion

#### Opsummering

- Den kommunale akutfunktion varetager indsatser, der omhandler sygepleje og behandling, herunder observation, undersøgelse og vurdering samt udvalgte instrumentelle indsatser i henhold til nærværende standarder og lokale aftaler. Hvis den kommunale akutfunktion varetager andre indsatser, kan der med fordel laves lokale aftaler herom.
- Den kommunale akutfunktion kan varetage basale sygeplejefaglige indsatser, som ikke har en udpræget akut karakter, men som hensigtsmæssigt indgår i et integreret forløb.

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 ved fortsatte komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, hvor der kræves de sundhedsfaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen; fx efter endt indlæggelse på sygehus.

Nedenstående indsatser skal kommunale akutfunktioner kunne varetage. Andre indsatser kan fastlægges i lokale aftaler (se kapitel 9 om implementering og opfølgning).

De faglige indsatser bør følge gældende faglige retningslinjer. I tilfælde hvor der ikke foreligger sådanne, bør almindelig god praksis på området følges.

*Sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, herunder:*

- En helhedsorienteret vurdering, der adresserer såvel sundhedsfaglige som psykosociale faktorer af patientens behov for sygeplejefaglige indsatser og/eller andre kommunale indsatser
- Udførelse af- og opfølgning på lægeordineret behandling, herunder relevante lægeordnede observationer

- Observation og vurdering af patienten ved behov fx ud fra ABCDE-metoden<sup>6</sup> samt måling af vitale parametre; behovet vurderes af personalet i akutfunktionen i samarbejde med en læge; der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglige vurderinger flere gange i døgnet
- Sikker, mundtlig kommunikation fx inspireret af ISBAR<sup>7</sup>-metoden med læge om observationer og vurdering

*Instrumentelle indsatser, herunder:*

- akutte bed-side blodprøver, kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent
- subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
- IV-behandling<sup>8</sup>
- parenteral ernæring, herunder til- og frakobling samt forbindingsskift ved intravenøse katetre
- sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
- inhalationsbehandling
- pasning af dræn
- kateteranlæggelse og -pleje
- prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning

Det er forbeholdt læger at udføre en række af de ovenstående indsatser som fx anlæggelse af kateter og genanlæggelse af sonder, der imidlertid kan delegeres til personale i akutfunktionen jf. delegationsreglerne (se bilag 3 om lovgrundlag).

Kommunen kan vælge, at akutfunktionen varetager patientens samlede sygeplejefaglige behov og således varetager indsatser, der ikke indgår i akutfunktionens indsatsportefølje. Formålet er at understøtte sammenhængende patientforløb samt effektiv anvendelse af organiseringen og personaleressourcerne. Det beror på en lokal vurdering, hvad der er 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 om organisering og samarbejde).

---

<sup>6</sup> ABCDE-metoden: A (Airway – luftvej), B (Breathing – vejrtrækning), C (Circulation – kredsløb), D (Disability – neurologisk status), E (Exposure – eksponering)

<sup>7</sup> ISBAR er en standardiseret og strukturerende tjekliste om mundtlig kommunikation om patientens helbredstilstand og patientbehandling. ISBAR står for **I**dentifikation, **S**ituation, **B**aggrund, **A**nalyse, **R**åd.

<sup>8</sup> IV-behandling er fortsat en regional opgave, der finansieres af regionerne, men med nærværende kvalitetsstandard bliver det obligatorisk for alle kommuner at kunne varetage IV-behandling. De eksisterende regionale aftaler med kommunerne om IV-behandling danner rammerne for dette. På baggrund af de hidtidige erfaringer på området udarbejdes på sigt en overordnet national faglig ramme for varetagelse af IV-behandling i den kommunale sygepleje på vegne af regionerne.

## 4 Udstyr

### Opsummering

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

Akutfunktionen skal kunne tilbyde forskellige indsatser, som forudsætter visse udstyr og utensilier, for at foretage relevant observation, diagnostik og behandling af patienterne i akutfunktionen (se også kapitel 3 om indsatser).

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 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 udstyr, som fx personvægt, blærescanner, pumper til smertebehandling mv. Dette følger de almindelige bestemmelser, jf. Vejledning om kommunal sygepleje (se bilag 3 om lovgivning). Det forudsættes, at der laves lokale aftaler med henblik på at understøtte kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyret og håndtering af analyser mv.

Der kan desuden anvendes digitalt udstyr til understøttelse af indsatserne, fx videokonsultation.

## 5 Kompetencer

### Opsummering

- Indsatserne i den kommunale akutfunktion varetages af autoriseret sundhedsfagligt personale med den nødvendige viden, erfaring og kompetencer.
- I akutfunktionen bør der være personale med kompetencer, viden og erfaring med:
  - målgruppen for den kommunale akutfunktion
  - tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
  - varetagelse af klinisk lederskab og klinisk beslutningstagning
  - at arbejde helhedsorienteret
  - at inddrage og samarbejde med patient og dennes pårørende/netværk
  - at håndtere relevante digitale løsninger
- Personalet i akutfunktionen skal overvejende være beskæftiget med indsatser omfattet af den kommunale akutfunktion og som relaterer sig til målgruppen for den kommunale akutfunktion for at kunne vedligeholde og udvikle kompetencerne.
- Den løbende vedligeholdelse og udvikling af kompetencer bør ske i et samarbejde mellem kommune, sygehus og almen praksis.

For at målgruppen for de kommunale akutfunktioner kan modtage indsatser 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 og udvikle disse.

### *Kompetencer og erfaring*

Indsatser i de kommunale akutfunktioner skal varetages af autoriserede sundhedspersoner, fx sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Ledelsen er ansvarlig for, at akutfunktionen er bemandet med de fornødne kompetencer, og at opgaver og aktiviteter varetages af medarbejdere, der har kompetencerne hertil jf. reglerne om delegation og opgaveoverdragelse (se bilag 3 om lovgrundlag).

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

- håndtere komplekse forløb og yde grundlæggende samt specialiseret sygepleje til subakutte og akutte patienter med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse. Personalet skal have erfaring med patientgruppen, de vil møde i den kommunale akutfunktion (se kapitel 2 om målgruppe).
- observere, vurdere, justere indsatser og behandlingsplan og behandle patienter i samarbejde med den behandlingsansvarlige læge, fx patienter med akutte smerter, infektioner, akut nedsat funktionsniveau eller pludselig opstået konfusion og delirøse tilstande.
- koordinere og arbejde tværfagligt og tværsektorielt, da kompleksiteten i patientforløbene i akutfunktionen ofte indebærer, at der er mange aktører involveret i patientens samlede forløb. For at understøtte samarbejdet bør personalet i akutfunktionen have viden om det samlede sundhedsvæsen, for at understøtte det tværsektorielle samarbejde, herunder viden om interne og eksterne samarbejdsaftaler og samarbejdsprocedurer, samt viden om de kommunale velfærdsområder (se kapitel 6 om organisering og samarbejde samt kapitel 7 om henvisning og behandlingsansvar).
- varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagning, herunder kommunikere effektivt og sikkert 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, palliation, inddragelse af psykosociale faktorer mv.
- inddrage patienten og dennes eventuelle pårørende.
- håndtere digitale løsninger, fx ved at understøtte patientens brug af telemedicin, virtuelle kontakter og selvmonitorering, til gavn for det samlede patientforløb.

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

#### *Vedligeholdelse af kompetencer*

Vedligeholdelse og udvikling af kompetencer kræver, at personalet overvejende er beskæftiget med de opgaver, der relaterer sig til målgruppen for den kommunale akutfunktion. For at understøtte kvaliteten af indsatsen og patientsikkerheden bør indsatser, for hvem patientgrundlaget er lille, forankres hos få personer med rette færdigheder og kompetencer.

Kommuner med et lille patientgrundlag bør indgå i tværkommunale samarbejder for at sikre et tilstrækkelig patientgrundlag for akutfunktionen, til at indsatsen er tilgængelig, samt at personalet kan vedligeholde deres kompetencer.

Ledelsen er ansvarlig for at personalet har adgang til kompetenceudvikling for, til stadighed, at kunne varetage indsatserne.

Sparring og rådgivning fra almen praksis og sygehus medvirker til løbende kompetenceudvikling af personalet i akutfunktionen (se kapitel 6 om samarbejde og rådgivning). Det kan fx være, når der er behov for at udvikle særlige kompetencer i forhold til nyt udstyr eller behandlinger.

Det anbefales, at der samarbejdes 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 og opfølgning).

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

## 6 Organisering og samarbejde

### Opsummering

- Kommuner skal have en akutfunktion – hvis ikke drevet af kommunen selv, så via et formaliseret tværkommunalt samarbejde.
- Akutfunktionen skal have en udekørende funktion.
- Akutfunktionen skal være tilgængelig hele døgnet, året rundt, og indsatserne skal kunne leveres med kort varsel.
- Akutfunktionen skal være opsøgende med henblik på at udbrede og vedligeholde kendskabet til brug af akutfunktionen.
- Akutfunktionen skal samarbejde tæt med den kommunale sygepleje og øvrige relevante kommunale aktører.
- Personalet i akutfunktionen skal have direkte adgang til relevant rådgivning fra almen praksis, lægevagt/lægevagtsordninger og sygehus.

### Tilrettelæggelse og tilgængelighed

Det er obligatorisk, at alle kommuner skal have etableret en kommunal akutfunktion, eventuelt via et formaliseret, tværkommunalt samarbejde. Varetagelsen af opgaverne i den kommunale akutfunktion skal organiseres som udekørende akutteams (selvstændige eller integreret i den kommunale sygepleje), der eventuelt kan være suppleret med 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. Indsatser i sene aften- og nattetimer kan organisatorisk tilrettelægges i regi af den kommunale sygepleje under forudsætning af, at de beskrevne kompetencer er tilstede (jf. kap 5).

Akutfunktionen skal være tilgængelig døgnet rundt for telefonisk kontakt fra henvisende praktiserende læger, lægevagt/lægevagtsordninger, eventuelt præhospital beredskab, samt øvrige kommunale funktioner som fx personale på plejecentre samt patienter (eller pårørende hertil), der modtager en indsats fra

akutfunktionen. Såfremt patienten modtager andre kommunale indsatser, kan kontakten fra patient til akutfunktion indledningsvis gå via andet personalet under betingelse af, at det ikke skaber unødige gene eller ventetid for patienten.

Akutfunktionen varetager både akutte (indenfor få timer) og subakutte indsatser (indenfor et døgn). Det er således ikke indsatser, der kræver en reaktion indenfor få minutter. Aftaler om akutte og subakutte indsatser skal kunne ske på alle tider af døgnet. Det vil bero på en individuel vurdering, hvor hurtigt en indsats skal iværksættes i det konkrete patientforløb<sup>9</sup>.

Det er den enkelte patients tilstand, og den indsats der leveres af akutfunktionen, der afgør hvor ofte og hvordan en patient skal observeres. Dette aftales mellem akutfunktionen og den behandlingsansvarlige læge. Det lægges til grund for vurderingen, om akutfunktion i samarbejde med den behandlingsansvarlige læge kan levere de nødvendige indsatser, hvis der ikke er påkrævet egentlig sygehusbehandling.

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 varetagelse af akutfunktionens indsatser. 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. Kommuner kan ligeledes vælge at indgå i et tværkommunalt samarbejde om tildelingen af sygeplejen (visitation) i den kommunale akutfunktion, hvor kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune kan delegeres ansvaret for myndighedsopgaven til øvrige kommuner<sup>10</sup>.

## Samarbejde og rådgivning

### *Kommunalt samarbejde og rådgivning*

Akutfunktionen skal være opsøgende for at udbrede og vedligeholde kendskabet til akutfunktionen, så den anvendes i overensstemmelse med intentionen. Det gælder i det generelle tværsektorielle og tværkommunale samarbejde organisation til organisation og i konkrete tilfælde med udgangspunkt i en konkret patient

Der skal i den enkelte kommune være klare aftaler om, hvordan der sikres rettidigt brug af akutfunktionen, samt hvordan man i akutfunktionen samarbejder med andre kommunale aktører om fælles forløb, både i den enkelte kommune og tværkommunalt, samt hvordan der spares og rådgives på tværs. Det forudsætter,

---

<sup>9</sup> jf. præciseringen af akutte og subakutte indsatser (øverst s. 15), og at der er tale om tidsbegrænsede indsatser af kortere varighed (jf. afsnit 'Beskrivelse af en kommunal akutfunktion').

<sup>10</sup> Beskrives i lovforslag 'L 103 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. (Rammer for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, smidiggørelse af regler for etablering og drift af regionsklinikker, mulighed for særligt vederlag til læger i områder med lægemangel og regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen)' Lov forventes endeligt vedtaget inden udgangen af 2023.



at ledelsen understøtter samarbejdet omkring dette. Der skal ligeledes aftales rammer for brug af digitale løsninger til konsultation/konference, med akutfunktionens samarbejdspartnere.

Et bredt kendskab til akutfunktionen i kommunen skal understøtte, at akutfunktionen inddrages rettidigt i patientens forløb, således at det er muligt at forebygge sygdom eller forværring af sygdom. Akutfunktionen har derfor en særlig vigtig rolle ift. at være opsøgende overfor relevante kommunale samarbejdspartnere, så det sikres, at disse har viden om, hvornår det er relevant at inddrage akutfunktionen, samt hvordan akutfunktionen kontaktes.

Der er eksempelvis erfaringer med, at akutfunktionen deltager i triageringsmøder i ældreplejen mhp. at understøtte samarbejde omkring opsporing af patienter med begyndende sygdom, særligt den ældre medicinske patient, der kan være i risiko for indlæggelse<sup>11</sup>.

Det er vigtigt, at akutfunktionens indsatser betragtes som en del af det samlede patientforløb og således altid koordineres og integreres med andre kommunale indsatser. Der kan fx være tale om patienter med somatisk sygdom og samtidig psykisk lidelse, der 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 tilknyttet den kommunale akutfunktion, der får behov for andre sundhedsfaglige indsatser, såsom sekretmobilisering ved samtidig akut opstået respiratorisk sygdom, hvor der kan inddrages kompetencer fra andre faggrupper. Tilsvarende kan der være behov for indsatser, der iværksættes samtidig med eller 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 af tandstatus, ernæringsvurderinger, som også kræver involvering af en række andre faggrupper, fx fysio- og ergoterapeuter og diætister. Ligeledes er det vigtigt, at personalet i akutfunktionen har blik for det fortsatte patientforløb og allerede i den akutte fase indtænker rehabilitering og overvejer, hvordan patienten opretholder eller genvinder et evt. funktionstab, der følger den akutte sygdom, og/eller har øje for behov for en lindrende indsats og samarbejder med relevante samarbejdspartnere i kommunen herom.

Derudover kan akutfunktionen og de kommunale samarbejdspartnere rådgive og sparre på tværs af fagområder, afhængigt af den enkelte patients behov. Et eksempel kan være en borger på botilbud eller i eget hjem med kendt psykisk lidelse, der får akut opstået somatisk sygdom eller forværring i kendt somatisk sygdom, og får behov for indsats fra den kommunale akutfunktion. Her kan der være behov for rådgivning fra den kommunale socialpsykiatri, ligesom der kan

---

<sup>11</sup> Se bl.a. VIVE 2021 Det kommunale akutområde - Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner. September 2023

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 eventuelle særlige videnspersoner i kommunen med specialistviden indenfor området, kan rådgive den kommunale akutfunktion.

### *Rådgivning og samarbejde med almen praksis og sygehus*

Personalet i akutfunktionen skal have adgang til relevant rådgivning fra hhv. almen praksis (udenfor almen praksis' åbningstid, lægevagts/lægevagtsordning) og sygehus. Dette kan omfatte rådgivning fra læger eller andre faggrupper med særlige kompetencer. Der skal være mulighed for, at akutfunktionen på daglig basis og ved behov kan få relevant, faglig kvalificeret rådgivning fra sygehuse og almen praksis<sup>12</sup>. 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 fx i forbindelse med tilrettelæggelse af tværsektorielle 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 patienten med somatisk sygdom og samtidig psykisk lidelse, hvor der ofte ses en vis grad af kompleksitet.

Når der er tale om lægefaglig rådgivning og vurdering af konkret, patientrettet behandling ved akut opstået sygdom eller forværring af tilstanden, følger rådgivningen behandlingsansvaret, og der skal gives mulighed for rådgivning døgnet rundt og via direkte telefonnummer. I det enkelte forløb kan der træffes en beslutning om, at rådgivningsfunktion og behandlingsansvar fordeles anderledes mellem hhv. almen praksis og sygehus. I disse tilfælde skal det sikres, at der ikke er tvivl om ansvarsfordelingen, og at aftaler tydeligt dokumenteres.

I mange tilfælde vil almen praksis være den primære indgang til lægefaglige rådgivning for den kommunale akutfunktion ift. de patienter, der er tilknyttet deres praksis og modtager en indsats i akutfunktionen. For patienter, der tilknyttes akutfunktionen efter en indlæggelse, har almen praksis ikke nødvendigvis kendskab til indlæggelsesforløbet og baggrund for behandling, før der foreligger en epikrise. Her vil udskrivende afdeling på sygehuset derfor være den primære indgang til lægefaglige rådgivning ved behov.

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 9 om implementering og opfølgning).

---

<sup>12</sup> Adgang til rådgivning beskrives også i overenskomstteksten for almen praksis (OK22) og i aftale om akutplanen fra februar 2023.

## 7 Henvisning og behandlingsansvar

### Opsummering

- Praktiserende læge, lægevagt/lægevagtsordning, sygehusansatte læger samt læger fra det præhospitale beredskab kan henvise patienter til den kommunale akutfunktion; kommunen visiterer hertil.
- Behandlingsansvaret ligger hos den læge, der har henvist til den kommunale akutfunktion, indtil det måtte 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 vedrørende behandlingsansvar skal fremgå af den skriftlige elektroniske kommunikation.
- Den kommunale akutfunktion skal hele døgnet have en direkte adgang til at kunne kontakte den behandlingsansvarlige læge.

### Henvisning og visitation

Praktiserende læger, lægevagt/lægevagtsordninger (fx "Akuttelefonen 1813" i Region Hovedstaden), sygehusansatte læger samt læger fra det præhospitale beredskab kan henvise patienter til en akutfunktion, såfremt patienterne er i målgruppen (se også kapitel 2 om målgruppe) og har brug for indsatser, der varetages af akutfunktionen (se også kapitel 3 om indsatser). Det er kommunen, der visiterer til akutfunktionen. 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 varetages bedre andetsteds. I tilfælde af, at den enkelte kommune oplever kapacitetsudfordringer i den kommunale akutfunktion, drøftes eventuelt alternative muligheder for patienten, fx i den øvrige kommunale sygepleje eller via udgående regional funktion.

Henvisning skal efterfølgende ske skriftligt som elektronisk kommunikation indeholdende behandlingsplan og oplysninger om, hvem der er behandlingsansvarlig læge<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> [Henvisning til kommunale akutfunktioner - MedCom](#)

## Behandlingsansvar

Behandlingsansvaret ligger hos den læge, der har henvist patienten til den kommunale akutfunktion, indtil det måtte overdrages. Behandlingsansvaret indebærer det lægefaglige ansvar for behandlingen i akutfunktionens regi, herunder at sikre overensstemmelse med patientens øvrige behandlinger.

Der må aldrig være tvivl om, hvilken læge der har behandlingsansvaret for den konkrete patient i den konkrete situation. Alle konkrete aftaler om behandlingsansvar skal således fremgå af den skriftlige elektroniske kommunikation. Når behandlingsansvaret overdrages, skal den skriftlige kommunikation suppleres af en mundtlig aftale. Det er et lægefagligt ansvar at sikre en entydig placering af behandlingsansvaret.

Personalet i den kommunale akutfunktion skal have et døgndækket, direkte telefonnummer<sup>14</sup> 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 lægevagt/lægevagtsordninger uden for lægens åbningstid. For patienter henvist af lægevagt uden for praktiserende læges åbningstid, overtager patientens praktiserende læge behandlingsansvaret, når denne atter har åbningstid. For patienter henvist fra en læge i det præhospitale beredskab, overdrages behandlingsansvaret som udgangspunkt til patientens praktiserende læge. For færdigbehandlede patienter henvist fra sygehus overdrages behandlingsansvaret til almen praksis ved udskrivelse, med mindre andre lokale aftaler foreligger<sup>15</sup>. 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 sygehuset kan gå i dialog med patientens praktiserende læge, fx ved behov for sparring, rådgivning eller tilsyn, mens patienten er tilknyttet akutfunktionen.

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

---

<sup>14</sup>Jf. overenskomstteksten for almen praksis (OK22), hvor der står, at almen praksis skal stille med et bagomtelefonnummer til rådighed for hjemmeplejen.

<sup>15</sup> Jf. aftale om akutplanen fra februar 2023, skal der ske en national udbredelse af model for 72-timers udvidet behandlingsansvar.

Det skal bemærkes, at såfremt der opstår en almen medicinsk problemstilling i perioden, hvor patienten er tilknyttet akutfunktionen, der af personalet vurderes at kunne vente op til tre dage (normal responstid i almen praksis<sup>16</sup>), skal der tages kontakt til almen praktiserende læge som vanligt.

Der kan lokalt aftales andre måder at placere behandlingsansvaret på, hvilket skal beskrives i aftaler mellem region, almen praksis og kommune (se kapitel 9 om Implementering og opfølgning).

## 8 Monitorering og kvalitetsudvikling

### Opsummering

- Der skal ske en systematisk monitorering af akutfunktionens indsatser med henblik på planlægning og kvalitetsudvikling.
- Monitorering og kvalitetsudvikling skal ske i samarbejde mellem kommune, almen praksis og sygehus og udvikles i takt med tilgængeligheden af datagrundlag og udviklingsbehov.

Formålet med monitorering og kvalitetsudvikling er løbende at udvikle kvaliteten af akutfunktionens indsatser, organisering og samarbejde. Derudover er formålet at danne grundlag for den løbende tilpasning af akutfunktionen, herunder dimensionering af kapacitet, tilrettelæggelse af at de rette indsatser og kompetencer er tilstede, samt at der sikres en effektiv organisering og ressourceudnyttelse i forhold til den lokale kontekst i nærområdet, fx geografiske forhold, andre tilbud mv.

Monitorering og kvalitetsudvikling i den kommunale akutfunktion bygger videre på igangværende arbejde i den øvrige kommunale sygepleje. På samme vis som i den øvrige kommunale sygepleje, bygger kvalitetsudvikling på, at der i den enkelte kommune er en læringsorienteret kultur med sparring og ledelsesmæssig opbakning.

Monitorering og kvalitetsudvikling i akutfunktionen kan blandt andet bygge på arbejdet med at etablere et fælles kommunalt datagrundlag gennem Fælles Sprog III, anvendelse af data via den fælleskommunale ledelsesinformation [FLIS] samt Sundhedsdatastyrelsens værktøjer som fx Sundhedsdata på tværs.

Den enkelte kommune har et ansvar for at have en kvalitetsorganisation, hvor der systematisk indsamles og analyseres data samt iværksættes forbedringstiltag.

Arbejdet med monitorering og kvalitetsudvikling skal samtidig understøtte omstillingen til det primære sundhedsvæsen, hvor muligheden for fælles viden om de sundhedsfaglige kommunale indsatser fremadrettet 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 ligger til grund for kvalitetsudvikling. 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 disse<sup>17</sup>, fx ved at genanvende data fra den dokumentation, der kontinuerligt finder sted i de kommunale akutfunktioner.

Afhængig af formål med monitoreringen, kan der anvendes forskellige data og metoder.

For at se på aktiviteten i akutfunktionen samt kvalitet i indsatserne, kan det for eksempel være relevant at se på:

- hvilke patienter, der henvises til akutfunktionen
- henvisningsårsag, samt hvilke indsatser der iværksættes
- antal patienter, der henvises til akutfunktionen
- match mellem henviste og visiterede
- varighed af forløb i akutfunktionen
- kvalitetsindikatorer for de sygeplejefaglige indsatser, samt effekt af disse

Der kan også tages udgangspunkt i data fra eksempelvis journalaudit, patienttilfredshedsundersøgelser mv., hvor der kan inddrages perspektiver om patienters oplevede kvalitet, om patientens tilstand forbedres ved et forløb i akutfunktionen mv.

Derudover kan aktørerne med fordel evaluere og gøre status på samarbejdet mellem kommune, sygehus og almen praksis samt monitorere på mønstre ift. utilsigtede hændelser med henblik på at uddrage videre læring heraf.

### *Tværasektorielt samarbejde om kvalitetsudvikling*

Det anbefales, at akutfunktionerne arbejder med kvalitetsudvikling i samarbejde med almen praksis og sygehus. Kommuner, almen praksis og sygehus kan med fordel forankre aftaler om kvalitetsudvikling i regi af sundhedsklyngerne.

Almen praksis kan også, som del i klyngesamarbejdet, få støtte til kvalitetsudvikling via KiAP<sup>18</sup>, der har udviklet en klyngepakke<sup>19</sup> til almen praksis omkring samarbejde med de kommunale akutfunktioner.

Kvalitet i Kommunerne [KIK] kan også være med til at understøtte arbejdet med databaseret kvalitetsudvikling og forbedringsarbejde lokalt i kommunerne.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> Rutineopsamlede data, både lokalt og fælleskommunalt, via FKI (den FællesKommunale Informationsmodel), via Fælles Sprog III og via Fælles Faglige Begreber ([Fælleskommunal informationsmodellering \(kl.dk\)](#))

<sup>18</sup> Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) er etableret i 2018 som led i overenskomststafalen 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.

<sup>19</sup> Læs mere om klyngepakken på [kiap.dk](#)

<sup>20</sup> [KIK - Kvalitet i kommunerne \(kl.dk\)](#)

### *Fremtidig dataunderstøttelse*

Programmet 'Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen' indsamler nationale data fra det primære sundhedsvæsen, herunder data fra den kommunale sygepleje. Dette skal lede frem til, at der etableres et nationalt datagrundlag i form af et sundhedsregister. 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 og kommunal sygepleje 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 vil kunne prioriteres, sammenstilles og udstilles via programmet 'Sundhedsdata på tværs', med data fra både kommune, almen praksis og sygehus om eksempelvis kroniske sygdomme, antal indlæggelser, forebyggelige indlæggelser mv.



## 9 Implementering og opfølgning

### Opsummering

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

For at understøtte at Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner giver det tilsigtede kvalitetsløft, er det væsentligt at de implementeres og forankres med lokalt ejerskab og ledelsesmæssig opbakning. Det skal sikres, at lokale aftaler tilpasser og konkretiserer kvalitetsstandarderne til lokal kontekst, herunder geografi, population, øvrige tilbud i kommune og region mv. Dette kræver en indsats både fra den enkelte ledelse, 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, sundhedsklynger samt sundhedssamarbejdsudvalget<sup>21</sup>, 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 den kommunale akutfunktion 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 patienter i eget hjem, styrket samarbejde med almen praksis mv. Der ses tillige mange eksempler på udvidet behandlingsansvar (fx 72 timer efter udskrivelse)<sup>22+23</sup>. Aftaler om brug af digitale løsninger, i samarbejde

<sup>21</sup> Jf. Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg, BEK nr. 1248 af 05/09/2022

<sup>22</sup> Jf. aftale om akutplanen fra februar 2023, skal der ske en national udbredelse af model for 72 timers udvidet behandlingsansvar.

<sup>23</sup> Eksempelvis AVA (Akut VisitationsAfsnit) på Bispebjerg Hospital, E-hospital Region Sjælland, Aftale om 72 timers udvidet behandlingsansvar Region Hovedstaden.

mellem akutfunktionen og sygehuset, til fx virtuel konsultation/konference, bør også fremgå i lokale aftaler. Modellerne kan bruges som inspiration og fastlægges og drøftes, og erfaringer bringes ind i sundhedsklyngerne eller lignende.

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 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

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

## Bilag 3. Lovgrundlag, herunder bekendtgørelser og vejledninger

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner er udstedt i medfør af § 118 b i sundhedsloven<sup>24</sup> og bekendtgørelse om kvalitetsstandarder<sup>25</sup>.

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

Det fremgår desuden af bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, 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.

Nedenfor er oplyst lovgrundlag, herunder bekendtgørelser og vejledninger, som de kommunale akutfunktioner arbejder ud fra. Listen er ikke udtømmende.

- Bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen<sup>26+27</sup>
- Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler, patientinddragelsesudvalg og praksisplan for almen praksis<sup>28</sup>
- Bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (medhjælpsvejledningen)<sup>29</sup>
- Lovbekendtgørelse om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed<sup>30</sup>
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler<sup>31</sup>
- Bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner<sup>32</sup>

---

<sup>24</sup> Sundhedsloven, Lovbekendtgørelse nr. 1011 af 17/06/2023

<sup>25</sup> Bekendtgørelse nr. 1015 af 21/06/2023 om kvalitetsstandarder

<sup>26</sup> Bekendtgørelse nr. 1601 af 21/12/2007 om hjemmesygepleje. [planlagt revideret]

<sup>27</sup> Vejledning nr. 102 af 11/12/2006 om hjemmesygepleje. [planlagt revideret]

<sup>28</sup> Bekendtgørelse nr. 1248 af 05/09/2022 med de ændringer der følger af bekendtgørelse nr. 999 af 21. juni 2023

<sup>29</sup> Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 og vejledning nr. 115 af 11/12/2009

<sup>30</sup> Lovbekendtgørelse nr. 122 af 24/01/2023

<sup>31</sup> Vejledning nr. 9079 af 12/02/2015

<sup>32</sup> Bekendtgørelse nr. 1222 af 07/02/2005

- Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret)<sup>33</sup>
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.)<sup>34</sup>
- Vejledning om sygeplejefaglig journalføring<sup>35</sup>
- Vejledning om vederlagsfri hjemmesygepleje ved kommunale akutfunktioner (herunder ved kommunale akutpladser)<sup>36</sup>
- Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> Cirkulære nr. 9079 af 22/02/2013

<sup>34</sup> Bekendtgørelse nr. 530 af 24/05/2018

<sup>35</sup> Vejledning nr. 9521 af 01/07/2021

<sup>36</sup> Vejledning nr. 9235 af 21/03/2019

<sup>37</sup> Vejledning nr. 115 af 11/12/2009