



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Kvalitetsstandar- der for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

- krav og anbefalinger til vareta-  
gelse af særlige sygeplejeindsatser



2017

# Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

**Sprog:** Dansk

Version: 2.0

**Versionsdato:** 25. oktober 2017

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
marts 2017

Elektronisk ISBN:  
978-87-7104-875-9

# Indhold

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>5</b>
1.1	Formål	5
1.2	Rammer og forudsætninger	5
1.3	Baggrund	6
1.4	Lovgrundlag	6
1.5	Værdigrundlag	8
<b>2</b>	<b>Sammenfatning af krav og anbefalinger</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner</b>	<b>14</b>
3.1	Tilgængelighed og kapacitet	14
3.2	Organisering og sammenhæng med øvrige aktører	15
<b>4</b>	<b>Målgruppe for den kommunale akutfunktion</b>	<b>16</b>
4.1	Målgrupper	16
<b>5</b>	<b>Indsatser i kommunale akutfunktioner</b>	<b>18</b>
5.1	Indsatser	19
<b>6</b>	<b>Kompetencer og uddannelse</b>	<b>21</b>
6.1	Volumen og vedligeholdelse af kompetencer	21
6.2	Personale i akutfunktionen	22
6.2.1	Sygeplejersker	22
6.2.2	Social- og sundhedsassistenter	23
<b>7</b>	<b>Udstyr og medicin i akutfunktionen</b>	<b>24</b>
7.1	Udstyr	24
7.2	Medicin og væsker	25
<b>8</b>	<b>Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats</b>	<b>27</b>
8.1	Kvalitetssikring og monitorering	27
8.2	National opfølgning	28
<b>9</b>	<b>Ansvar og samarbejde mellem sektorer</b>	<b>29</b>
9.1	Samarbejde	29
9.2	Henvisning til kommunal akutfunktion	30
9.2.1	Henvisningens indhold	31
9.3	Lægeligt behandlingsansvar	31
9.4	Brug af medhjælp til forbeholdt virksomhed	32
9.4.1	Kommunalbestyrelsens og ledelsens ansvar	33
9.4.2	Sygeplejerskens ansvar	33
9.4.3	Den ordinerende læges ansvar	34

<b>10</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>35</b>
	Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen	36
	Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer	38

# 1 Introduktion

## 1.1 Formål

Sundhedsstyrelsen udgiver hermed kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og kvalitetsstandarderne skal understøtte kvaliteten i de indsatser, der leveres af akutfunktionen. Kvalitetsstandarderne omfatter derfor krav til indholdet i og tilrettelæggelsen af de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

Derudover indgår anbefalinger, der omhandler samarbejdet med øvrige aktører, herunder særligt samarbejde med læger, som er en afgørende forudsætning for patientsikkerheden og kvaliteten i den kommunale akutfunktion.

Formålet med kvalitetsstandarderne er:

- at understøtte 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<sup>1</sup> 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>2</sup>. De omfatter krav og anbefalinger til kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, samt 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 Rammer og forudsætninger

Det er en afgørende forudsætning for patientsikkerheden, ensartetheden og kvaliteten i de kommunale akutfunktioner, at der er et velfungerende samarbejde mellem akutfunktionen, sygehus og almen praksis. Dette indebærer et velfungerende samarbejde vedrørende behandlingsansvar og kompetenceudvikling, men også et velfungerende samarbejde vedrørende kapacitetsvurdering i kommuner og regioner, m.v. (se også kapitel 3.1 om kapacitet). Det konkrete samarbejde skal derfor aftales lokalt i relevante tværfaglige samarbejdsfora.

Da akutfunktionerne er under fortsat udvikling, og der for nuværende ikke er meget viden på området, vil Sundhedsstyrelsen senest primo 2020 vurdere behovet for en revision af kvalitets-

---

<sup>1</sup> I kvalitetsstandarderne anvendes betegnelsen 'patient' for personer, der modtager indsatser i akutfunktionen.

<sup>2</sup> Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje. Sundhedsstyrelsen. 2014.

standarderne. På dette tidspunkt forventes der også at foreligge relevant data fra den nationale opfølgning (se også kapitel 8.2), som kan bidrage til en kvalificering af standarderne.

### 1.3 Baggrund

Med finanslovsaftalen for 2016 blev der afsat midler til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Handlingsplanen skal løfte den samlede indsats for den ældre medicinske patient gennem otte indsatsområder, hvor styrkelse af kommunale akutfunktioner indgår som et indsatsområde. Styrkelsen sker i to faser. Fra 2016 har akutfunktionerne i fase I skullet leve op til dele af Sundhedsstyrelsens eksisterende faglige anbefalinger fra 2014. I fase II skal kommunerne fra 2018 leve op til nærværende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Styrkelsen af de kommunale akutfunktioner skal ses i sammenhæng med handlingsplanens initiativer vedrørende tidlig opsporing og rettidig indsats, kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje samt videreudviklingen af udgående sygehusfunktioner og adgangen for hjemmesygeplejen og almen praksis til sygehusenes specialviden.

Kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og varetager dermed indsatser i forbindelse hermed. Det er et tilbud til patienter, der ikke har behov for en sygehusindlæggelse, men som har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov, som ikke kan varetages af den øvrige kommunale hjemmesygepleje (se også kapitel 4.1 om målgrupper).

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 levere en indsats tæt på borgerens hverdagsliv og lokalmiljø og samtidig 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.

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.

### 1.4 Lovgrundlag

Kommunerne er efter sundhedslovens § 138 ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen og afgør tildeling af hjemmesygepleje. Med hjemmel i sundhedslovens § 139 kan sundhedsministeren 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 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.

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

---

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

<sup>4</sup> Vejledning nr. 102 af 11. december 2006 om hjemmesygepleje. Det skal bemærkes, vejledningen er under revision.

<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. 1356 af 23. oktober 2016 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

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

<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)

(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.)<sup>13</sup>, bekendtgørelse om apoteker-nes åbningstid og vagttjeneste<sup>14</sup>.

Med hjemmel i ovenstående er der i kvalitetsstandarderne beskrevet krav til kommunerne vedrørende tilrettelæggelse, målgruppe, indsats, kompetence og uddannelse, udstyr, samt kvalitets-sikring og dokumentation i akutfunktionen.

Derudover er der med hjemmel i blandt andet bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoor-dinationsudvalg og sundhedsaftaler beskrevet anbefalinger til samarbejdet med eksterne samar-bejds partnere.

## 1.5 Værdigrundlag

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

### *Værdighed og patient- og pårørende inddragelse*

Alle indsatser skal have som mål at sikre patienten en værdig behandling, pleje og omsorg. Be-handlingen 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 behov, samt patientens egen oplevelse af livskvalitet. Den enkelte patient og eventuelle pårørende skal inddrages i planlægning og beslutninger om patientens forløb. Indsatserne skal have fokus på at inddrage pårørende som en hjælp for patienten, i de tilfælde hvor det er relevant, og efter sam-tykke fra 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 konti-nuitet og en klar ansvarsfordeling af opgaver i patientens forløb, ligesom det lægelige behand-lingsansvar 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 pleje- og behandlingsplan fra henvisende læge, når patienten starter et 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 vigtig at understrege, at tilbud-det i akutfunktionen ikke kan erstatte en sygehusindlæggelse, hvis patienten har behov for dette.

---

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

<sup>14</sup> Bekendtgørelse nr. 1763 af 27. december 2016 om apotekers vagttjeneste og åbningstid



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 forsvarlig vis. Sundhedspersoner skal have let, entydig og fleksibel adgang til faglig rådgivning fra andre dele af sundhedsvæsenet, og der skal arbejdes systematisk med patientsikkerhed i akutfunktionen.

## 2 Sammenfatning af krav og anbefalinger

Sundhedsstyrelsens 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 vurdere behovet for akutfunktionens indsatser og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter.

Det anbefales:

- at kapacitetsvurderingen i kommuner og regioner sker i samarbejde med almen praksis og sygehus
- at kommuner med et lille patientgrundlag indgår i tværkommunale samarbejder om varetagelsen af opgaver i den kommunale akutfunktion
- at tilrettelægge indsatsen så den er koordineret med den øvrige kommunale hjemmesygepleje, almen praksis og sygehuse samt med andre kommunale indsatser fx trænings-, rehabiliterings- og ernæringsindsatser.

### Målgruppe

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage:

- lægehenviste patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse
- lægehenviste 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
- patienter, henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale, med henblik på hjælp til vurdering eller indsats.

### Indsats

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage følgende opgaver:

- Sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, herunder:
  - observation og vurdering af patienten ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet). Behovet vurderes af læge og akutfunktion i fællesskab (der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering flere gange i døgnet)
  - sikker mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR-metoden, med læge om 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)
  - subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
  - sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
  - parenteral ernæring herunder til- og frakobling samt forbindingsskift ved intravenøse katetre
  - inhalationsbehandling
  - pasning af dræn
  - kateteranlæggelse og -pleje
  - prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning

Det anbefales:

- at der, såfremt den kommunale akutfunktion vælger at varetage opgaver udover de angivne, fx venøs blodprøvetagning og intravenøs væske og medicinadministration, også laves underliggende aftaler herom.

### **Kompetencer og uddannelse**

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

- Autoriseret sygeplejerske.
- Svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.

Grundlæggende sygeplejeopgaver kan efter konkret vurdering varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter med følgende kompetencer:

- Autoriseret social- og sundhedsassistent.
- Svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.

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 og iltmætning i blodet<sup>21</sup>.
- Udstyr til undersøgelse af urin, fx i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning.
- Udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent).
- Udstyr til podninger.
- Nasogastriske sonder og udstyr til anlæggelse af disse.
- Katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse.
- Forstøverapparat.
- Rubens ballon eller tilsvarende.
- Værnemidler.

## Kvalitetssikring og dokumentation

En kommunal akutfunktion skal:

- følge relevante kliniske retningslinjer, og der skal foreligge lokale instrukser for alle opgaver, der varetages i akutfunktionen efter lægelig delegation.
- løbende kvalitetssikre indsatserne, fx ved at udføre journalaudits og/eller ved at monitorere og følge op på relevante indikatorer.

Det anbefales:

- at monitorering og evaluering af indsatsen udføres med fælles og standardiserede kvalitetsindikatorer, så kvaliteten løbende kan dokumenteres.

## Ansvar og samarbejde

Det anbefales:

- at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en underliggende aftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Aftalen skal blandt andet, jævnfør kapitel 9 i øvrigt, afstemme forventninger til kapaciteten i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud
- at henvisende læge tager telefonisk kontakt med akutfunktionen og udformer en skriftlig korrespondance på henvisningstidspunktet
- at læger på sygehuse og i almen praksis sikrer de fornødne aftaler, så det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om patientens behandling

- at behandlingsansvaret for patienter henvist af praktiserende læge ligger hos praktiserende læge i dagtid og vagtlæge uden for åbningstid
- 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 praktiserende læge sker mundtligt og efter aftale med 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 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.

## 3 Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner

### Krav til tilrettelæggelse

En kommunal akutfunktion skal:

- være tilgængelig døgnet rundt alle ugens syv dage
- løbende vurdere behovet for akutfunktionens indsatser, herunder fx varetagelse af nye målgrupper og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter.

Det anbefales:

- at kapacitetsvurderingen sker i samarbejde med almen praksis og sygehus
- at kommuner med et lille patientgrundlag indgår i tværkommunale samarbejder om varetagelsen af opgaver i den kommunale akutfunktion
- at tilrettelægge indsatsen, så den er integreret og koordineret med den øvrige kommunale hjemmesygepleje, almen praksis og sygehuse samt med andre kommunale indsatser fx trænings-, rehabiliterings- og ernæringsindsatser.

### 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. Indsatser i sene aften- og nat-timer kan organisatorisk tilrettelægges i regi af hjemmesygeplejen på betingelse af, at de i standarden beskrevne kompetencer er til stede.

Det er kommunens ansvar løbende at vurdere behovet for akutfunktionens indsatser, herunder fx varetagelse af nye målgrupper og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter. Det anbefales, at denne kapacitetsvurdering sker i tæt samarbejde med almen praksis og sygehus, og at vurderingen også inddrager den regionale kapacitet. Det er ligeledes kommunen, som visiterer til akutfunktionen, og det er kommunalbestyrelsens ansvar, at akutfunktionen kan modtage relevante patienter døgnet rundt, dog under hensynstagen til kapacitet.

Rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en underliggende aftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Aftalen skal afstemme forventninger til kapaciteten i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud.

## 3.2 Organisering og sammenhæng med øvrige aktører

Varetagelsen af opgaverne i den kommunale akutfunktion er organiseret forskelligt i kommunerne, oftest som akutteams og/eller 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. Hvordan kommunerne organiserer akutfunktionen, beror på en konkret vurdering i den enkelte kommune på baggrund af blandt andet befolkningsgrundlag, geografi, kommunestørrelse, afstand til sygehus, lægebetjening mv.

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, 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 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.

Oftentimes vil patienter i akutfunktionen have behov for en bred rehabiliterende indsats<sup>15</sup>. Disse indsatser bør indtænkes og koordineres tæt med akutfunktionens indsatser. Derfor er samarbejdet med andre faggrupper, fx fysio- og ergoterapeuter vigtigt. Det kan fx være i forhold til en initial vurdering af funktionsevne, basal mobilisering, lejrning, vurdering af behov for hjælpemidler, dysfagi, respiration, mv.

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>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Indsatsen kan ske efter sundhedsloven § 140 eller serviceloven § 83a

<sup>16</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:

- lægehenviste patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse
- lægehenviste 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
- patienter, henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale, med henblik på praktisk hjælp til vurdering eller indsats.

### 4.1 Målgrupper

Målgruppen for kommunale akutfunktioner er patienter med somatisk sygdom, som har ikke-indlæggelseskrævende 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 med demens, patienter med organisk delir, patienter med psykiatrisk komorbiditet, 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 og vurdering*

Indsatsen i akutfunktionen varetages som udgangspunkt i et samarbejde mellem akutfunktion og almen praksis samt eventuelt lægevagten/1813<sup>17</sup>. Udredning af patienten er påbegyndt eller planlagt. Det drejer sig både om patienter, der i forvejen er i kontakt med hjemmesygeplejen, plejebolig og lignende, og patienter, der ikke er. Det kan endvidere være patienter, som i forvejen har kontakt til den øvrige hjemmesygepleje, og hvor hjemmesygeplejen finder behov for sparring med akutfunktionens personale med henblik på praktisk hjælp til vurdering eller indsats.

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

---

<sup>17</sup> Vagtlæger og læger i 1813-ordningen benævnes samlet som vagtlæger



og bedre sig tilstrækkeligt uden yderligere tiltag. I andre tilfælde vil observation og sygeplejefaglig udredning synliggøre et behov for en sygehusindlæggelse. Behandlingen varetages i et samarbejde mellem akutfunktionen og almen praksis. Der skal foreligge en behandlingsplan og/eller ordination, som akutfunktionen følger. Det anbefales, at behandlingsplanen er skriftlig.

Det kan endvidere være patienter, som i forvejen har kontakt til den øvrige hjemmesygepleje, og hvor hjemmesygeplejen vurderer, at der er behov for akutfunktionens kompetencer.

#### *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 også kapitel 6 om kompetencekrav).

Der skal foreligge en behandlingsplan og/eller ordination, som akutfunktionen følger, så indsatsen i akutfunktionen varetages i henhold til behandlingsplanen og i et samarbejde mellem akutfunktionen, sygehuset og almen praksis.

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

De konkrete målgrupper for den kommunale akutfunktion kan forandre og udvikle sig over tid. Blandt andet vil nye behandlingsmetoder kunne medføre, at andre indsatser og målgrupper vil kunne varetages i den kommunale akutfunktion.

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, akutfunktionens kapacitet i øvrigt og regionale tilbud til målgruppen.

## 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 ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet). Behovet vurderes af læge og akutfunktion i fællesskab (der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering flere gange i døgnet)
  - sikker mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR-metoden, med læge om 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)
  - subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
  - sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
  - parenteral ernæring, herunder til- og frakobling samt forbindings-skift ved intravenøse katetre
  - inhalationsbehandling
  - pasning af dræn
  - kateteranlæggelse og -pleje
  - prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning

Det anbefales:

- at der, såfremt den kommunale akutfunktion vælger at varetage opgaver udover de angivne, fx venøs blodprøvetagning og intravenøs væske og medicinadministration, også laves underliggende aftaler herom.

## 5.1 Indsatser

Hjemmesygeplejen i kommunerne varetager typisk planlagte sygeplejeopgaver, som kan være både almene sygeplejeopgaver, der kan varetages 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 også kapitel 6 om kompetencekrav). Derudover varetager akutfunktionen både akutte og subakutte indsatser, som i kommunalt regi forstås som hhv. 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, og 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>18</sup>. Det er således ikke indsats, der kræver en reaktion inden for få minutter, eller hvor der er tale om en trussel mod livet eller behov for en sygehusindlæggelse.

I akutfunktionen varetages størstedelen af indsatserne efter ordination fra en læge og på delegation. Opgavevaretagelsen følger den gældende lovgivning for delegation af lægeforholdt virksomhed<sup>6</sup>.

Nedenstående opgaver skal kunne varetages i den kommunale akutfunktion:

*Sygeplejefaglig vurdering og kommunikation*, herunder:

- observation og vurdering af patienten ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet). Behovet vurderes af læge og personalet i akutfunktion i fællesskab (der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering flere gange i døgnet)
- sikker mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR-metoden, med læge om 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)
- subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
- sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder

---

<sup>18</sup> Definitionen på subakutte og akutte kommunale indsatser er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL i 2012.

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

Nogle kommunale akutfunktioner vil eventuelt kunne varetage flere og andre opgaver, end de ovenfor anførte. Det bør aftales lokalt i regi af sundhedsaftalesamarbejdet, hvilke opgaver den kommunale akutfunktion eventuelt varetager udover de angivne.

## 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.
- Svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.

Grundlæggende sygeplejeopgaver kan efter konkret vurdering varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter med følgende kompetencer:

- Autoriseret social- og sundhedsassistent.
- Svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.

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 og vedligeholdelse af kompetencer

Vedligeholdelse af kompetencer kræver et vist volumen af opgaver, så for at understøtte kvaliteten af indsatsen og patientsikkerheden skal indsatsen, hvor patientgrundlaget er lille, forankres hos få personer med særlige færdigheder og de nødvendige kliniske kompetencer. Det er derfor et krav, at personalet i akutfunktionen overvejende er beskæftiget med de særlige opgaver, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje, så deres kompetencer opbygges og holdes ved lige. 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. Der kan derudover være behov for særlige færdigheder og kompetencer relateret til akutfunktionens opgaver og oplæring i forhold til nyt udstyr eller behandlingsmetoder. 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 relevante parter, herunder sygehus og almen praksis.

Kommuner med et lille patientgrundlag kan hensigtsmæssigt indgå i tværkommunale samarbejder for at sikre et tilstrækkeligt patientgrundlag for akutfunktionen til, at personalet kan vedligeholde deres kompetencer.

## 6.2 Personale i akutfunktionen

Personalet i 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 af en afgrænset gruppe sygeplejersker. Dele af opgaverne kan efter konkret vurdering ligeledes varetages af en afgrænset gruppe social- og sundhedsassistenter.

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

### 6.2.1 Sygeplejersker

Sygeplejersker ansat i en akutfunktionen skal være autoriserede og dermed 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 have særlige kompetencer til at vurdere patienter, påbegynde initiale undersøgelser på delegation, vurdere behov for lægelig kontakt/sparring, og justere i behandlingen af patienterne iht. en behandlingsplan.

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, men også overskuer behov for øvrige indsatser, fx genoptræning og rehabilitering. Det kræver en bred orientering og et nuanceret blik på hele patientens sundhedssituation, hvor fx sociale og mentale sundhedsfaktorer også har betydning. Derudover skal sygeplejersken besidde pædagogiske kompetencer, selvledelse, kunne tage ansvar for det akutte og uforudsigelige samt håndtere krise hos pårørende.

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.

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.

---

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

Sygeplejersker skal som minimum have erfaring svarende til to års relevant erhvervs erfaring i fuldtidsstilling som sygeplejerske inden ansættelse i akutfunktionen. Det anbefales dog, at sygeplejerskerne i de kommunale akutfunktioner har tre-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 og i 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, demente og/eller delirøse patienter, eller patienter med en infektion
- erfaring med teambaseret patientbehandling og sygepleje.

### **6.2.2 Social- og sundhedsassistenter**

Specifikke dele af opgaverne vil efter konkret vurdering kunne varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter. Social- og sundhedsassistenter i en kommunal akutfunktion skal være autoriserede og dermed 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.

Rutine i varetagelse af opgaver indenfor specifikke sygdomsgrupper opnår en social- og sundhedsassistent almindeligvis først i løbet af ansættelser efter afsluttet uddannelse. Således bør social- og sundhedsassistenter, der varetager opgaver i akutfunktioner, inden ansættelsen i akutfunktionen som minimum have erfaring svarende til to års relevant erhvervs erfaring i fuldtidsstilling. Det anbefales dog, at social- og sundhedsassistenterne i de kommunale akutfunktioner har tre-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.

---

<sup>20</sup> Bekendtgørelse nr. 816 af 20. juli 2007 om uddannelserne i den erhvervsfaglige fællesindgang sundhed, omsorg og pædagogik.

## 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 og iltmætning i blodet<sup>21</sup>.
- Udstyr til undersøgelse af urin, fx i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning.
- Udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent).
- Udstyr til podninger.
- Nasogastriske sonder og udstyr til anlæggelse af disse.
- Katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse.
- Forstøverapparat.
- Rubens ballon eller tilsvarende.
- Værnemidler.

### 7.1 Udstyr

Akutfunktionerne skal kunne yde forskellige indsatser, som stiller krav til udstyr og utensilier (se også kapitel 5 om indsatser). 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 og iltmætning i blodet<sup>21</sup>.
- Udstyr til undersøgelse af urin, fx i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning.
- Udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent).
- Udstyr til podninger.

---

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



- Nasogastriske sonder og udstyr til anlæggelse af disse.
- Katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse.
- Forstøverapparat.
- Rubens ballon eller tilsvarende.
- Værnemidler<sup>22</sup>.

Andet mere specialiseret udstyr, som fx pumper til smertebehandling, følger de almindelige bestemmelser på området, jf. afgrænsningscirkulæret<sup>23</sup>. Det forudsættes, at der laves lokale aftaler med henblik på at understøtte kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyret og analyser i den kommunale akutfunktion.

## 7.2 Medicin og væsker

Akutfunktionen kan som udgangspunkt ikke opbevare medicin. Opbevaring af lægemidler, som er ordineret til en patient skal ske i henhold til vejledning om ordination og håndtering af lægemidler<sup>24</sup> og medicinskabsbekendtgørelsen<sup>25</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.

Patienterne skal således købe deres lægemidler på apotek<sup>26</sup> eller hos en detailforhandler, som har tilladelse til salg af håndkøbslægemidler, med mindre de har fået medicin med fra henvisen-

---

<sup>22</sup> Værnemidler anvendes for at beskytte huden og personalets arbejdsdragt mod forurening, ansigtet mod stænk og sprøjt samt personalet mod smitte og mod at kunne videregive smitte. Værnemidler kan anvendes ved patienter, som er udskrevet til akutfunktionen fra isolation på sygehus. Jf. *Supplerende nationale infektionshygiejniske retningslinjer*, anbefales det, at isolation ikke skal finde sted i primærsektoren, hvorfor patienter som har fortsat behov for isolation ikke kan udskrives til en akutfunktion.

<sup>23</sup> Cirkulære nr. 9079 af 22. februar 2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret)

<sup>24</sup> Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler

<sup>25</sup> Jævnfør bekendtgørelse nr. 1222 af 7. december 2005 om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner. Begrebet behandlende institution fortolkes 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. Er der ikke en fast tilknyttet læge, kan ansvaret delegeres til en anden person med tilstrækkeligt kendskab til håndtering af lægemidler, jf. bekendtgørelsens § 6. 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>26</sup> For udbringning af lægemidler mv., se bekendtgørelse nr. 1763 § 6 af 27. december 2016

de 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).

## 8 Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats

Krav til kvalitetssikring og dokumentation

En kommunal akutfunktion skal:

- følge relevante kliniske retningslinjer, og der skal foreligge lokale instrukser for alle opgaver, der varetages i akutfunktionen på lægelig delegation
- løbende kvalitetssikre indsatserne, fx ved at udføre journalaudits og/eller ved at monitorere og følge op på relevante indikatorer.

Det anbefales:

- at monitorering og evaluering af indsatsen udføres med fælles og standardiserede kvalitetsindikatorer, så kvaliteten løbende kan dokumenteres.

### 8.1 Kvalitetssikring og monitorering

Akutfunktionen skal have fokus på kvalitet og patientsikkerhed i opgaveløsningen og skal derfor arbejde evidensbaseret og følge eksisterende, 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. Det anbefales, at monitorering og evaluering af indsatsen udføres med fælles og standardiserede kvalitetsindikatorer, så kvaliteten løbende kan dokumenteres.

Det vil være relevant at registrere og følge op på følgende indikatorer:

- Antal af patienter og varighed af patientens tilknytning til akutfunktionen.
- Henvisningsårsag til akutfunktionen.
- Antal indlæggelser og genindlæggelser på sygehus.
- 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 er der afsat midler til en løbende udvikling og opfølgning, herunder dokumentation af de kommunale akutfunktioner. På den baggrund gennemføres der til og med 2019 en årlig status med fokus på udviklingen af de kommunale akutfunktioner, herunder en løbende vurdering af udviklingen i henvisninger, kapacitet og opgaveomfang.

Det anbefales, at kommunerne løbende er i dialog med samarbejdspartnerne på sygehus og almen praksis om udviklingen i akutfunktionen, herunder om der er behov for justeringer af kvalitetsstandarderne.

## 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 fastlægges i en underliggende aftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Aftalen skal afstemme forventninger til kapaciteten i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud
- at henvisende læge tager telefonisk kontakt med akutfunktion og udformer en skriftlig korrespondance på henvisningstidspunktet
- at læger på sygehuse og 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 praktiserende læge i dagtid og vagtlæge uden for åbningstid
- 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 praktiserende læge sker mundtligt og efter aftale med 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 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

For at opnå en ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet, er et fleksibelt samarbejde med regioner og almen praksis afgørende. 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 mellem region og kommune i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. De regionale behandlingstilbud omfatter i den forbindelse både al-

men praksis, vagtlæger og akutordninger og sygehuse, herunder de fælles akutmodtagelser, samt eventuelle udgående funktioner.

Den underliggende aftale i regi af sundhedsaftalen skal af patientsikkerhedsmæssige årsager have fokus på klare rammer for ansvarsfordeling og opgaveoverdragelsen mellem sektorer, herunder behandlingsplan samt klare aftaler for adgang til rådgivning og vejledning fra læger, sygeplejersker og andet personale på sygehuset, i de tilfælde hvor det er relevant. Aftalen skal herudover afstemme forventninger til kapaciteten i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud. 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 en praktiserende læge.

## 9.2 Henvisning til kommunal akutfunktion

Både praktiserende læger, vagtlæger og sygehuslæger kan henvise patienter til en kommunal akutfunktion, såfremt patienterne er i målgruppen (se også kapitel 4 om målgruppe) og har brug for indsatser, der ydes i akutfunktionen (se også kapitel 5 om indsatser), men ikke har brug for indlæggelse eller er klar til udskrivelse fra sygehus. I forbindelse med henvisningen skal der ske telefonisk kontakt til akutfunktionen, som har visitationsretten, med henblik på en afklaring af, om patientens situation egner sig til akutfunktionens tilbud. Når lægen henviser til en akutfunktion, skal der, på tidspunktet for henvisningen, foreligge en skriftlig henvisning indeholdende en udrednings- og/eller behandlingsplan, som også tydeligt angiver behandlingsansvarlig læge og eventuelt ansvarsfordelingen, hvis flere læger har behandlingsansvar (se afsnit nedenfor om behandlingsansvar for patienter henvist fra sygehusafdeling). Ved henvisning fra sygehuslæge kan den skriftlig udrednings- og/eller behandlingsplan med fordel udgøres af en kopi af epikrisen, hvori det dermed fremgår, at patienten udskrives til indsats i akutfunktion, sendt som korrespondancemeddelelse til akutfunktionen.

For vagtlæger bør behandlings- eller udredningsplanen fremgå af vagtlægenotatet, da det dermed også sikrer, at patientens praktiserende læge får rette information i tide (behandlingsansvaret overdrages automatisk til praktiserende læge indenfor lægens åbningstid<sup>28</sup>). Det gælder for henvisning fra både sygehuslæger og vagtlæger, at såfremt henholdsvis epikrisen og vagtlægenotatet skal kunne bruges som skriftlig henvisning til akutfunktionen, skal epikrise og vagtlægenotat kunne sendes til akutfunktionen på henvisningstidspunktet. Der kan være forskellige lokale løsninger på, hvordan den elektroniske kommunikation sker. Henvisningen fra sygehus og vagtlæge kan ske gennem en korrespondancemeddelelse (REF 01) til kommunen.

---

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

<sup>28</sup> Overdragelse af behandlingsansvar for en patient henvist fra vagtlæge til akutfunktionen vil almindeligvis ske gennem vagtlægenotatet, og ikke telefonisk, på grund af manglende overlap i åbningstider. Ved henvisning af patienter fra lægevagten til akutfunktionen bør der indgå overvejelser omkring dette i vurderingen 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/henvisningsårsag, samt hvilke tiltag der er foretaget i udredningen/behandlingen
- behandlings- eller udredningsplan for patienten, herunder beskrivelse af ordinerede opgaver og instruktioner hvor der er relevant
- 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 den behandlingsansvarlige læge kan være gået hjem efter endt vagt
- kontaktoplysninger på patientens nærmeste pårørende
- oplysninger om patientens samtykke til, at der videregives oplysninger om patienten til akutfunktionen.

### 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. Der må 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 anbefales at følge den ansvarsfordeling, der gælder i øvrigt, og skal som ovenfor nævnt aftales lokalt.

Det anbefales at der er fuldt behandlingsansvar enten hos praktiserende læge eller hos sygehuslæge:

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

For patienter henvist fra praktiserende læge eller vagtlæge anbefales det, at behandlingsansvaret ligger hos praktiserende læge i dennes åbningstid, og hos vagtlæge uden for lægens åbningstid. Tilgængelighed til vagtlægen er central for en akutfunktion, og der anbefales derfor at være fokus herpå i underliggende aftaler mellem regioner og kommuner.

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

For patienter, der er henvist fra sygehus, anbefales det, at behandlingsansvaret ligger hos sygehuslægen (eller læge i samme funktion – ofte bagvagt på henvisende afdeling). Det anbefales endvidere, at behandlingsansvaret, så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra syge-

huslæge til praktiserende læge, såfremt patientens praktiserende læge fagligt ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient. For patienter, der fortsætter i ambulante forløb efter udskrivelse fra sygehus, anbefales det, at sygehuslægen fortsat har behandlingsansvaret for den sygdom/tilstand, patienten følges ambulant for, på samme måde som det i øvrigt gælder i sundhedsvæsenet.

Overdragelsen bør ske ved *telefonisk kontakt* mellem lægerne, som bør følges op med en korrespondancemeddelelse til akutfunktionen, hvori videre behandlingsplan og behandlingsansvar fremgår tydeligt. I tilfælde af længerevarende ferie hos praktiserende læge, er det den vikarierende læge, der skal tage stilling til overtagelse af behandlingsansvaret eller ikke.

Det anbefales, at intravenøs medicinsk behandling, såfremt kommunens akutfunktion vælger at varetage denne, 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.

Det skal bemærkes, at såfremt der opstår en almenmedicinsk problemstilling i perioden, hvor patienten modtager en indsats fra akutfunktionen, der af personalet vurderes at kunne vente fem dage (normal responstid i almen praksis), skal der tages kontakt til praktiserende læge som vanligt.

Opstår en problemstilling af almenmedicinsk karakter, hvor det af personalet vurderes at kontakt til læge skal ske hurtigere end normal responstid for almen praksis, vil kontakt som udgangspunkt være til henvisende læge (det vil sige sygehuslæge, medmindre ansvaret er overdraget til praktiserende læge). Det anbefales, at problemstillingen løses i samarbejde mellem sygehuslæge og praktiserende læge.

#### 9.4 Brug af medhjælp til forbeholdt virksomhed

Autoriserede sundhedspersoner skal under udøvelse af deres virksomhed udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationsloven § 17<sup>29</sup>. Det er i bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp<sup>30</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

---

<sup>29</sup> Lovbekendtgørelse nr. 1356 af 23. oktober 2016 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

<sup>30</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)



varetage udførelsen af behandlingen, er der tale om, at personalet ved akutfunktionen arbejder som medhjælp<sup>31</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.

#### **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 (se også kapitel 6 om kompetencer).

Kommunalbestyrelsen har det overordnede ansvar for at sikre, at akutfunktionen har de nødvendige uddannelses- og ledelsesmæssige kvalifikationer, således at arbejdstilrettelæggelsen kan tilgodesee 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.

---

<sup>31</sup> Eksempler på lægeforbeholdte opgaver i akutfunktionen er medicinhandling inklusiv intravenøs behandling og iltbehandling, anlæggelse af sonder, venflon, katetre m.m., måling af blodsukker samt blodprøvetagning.

### **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.

Den læge, der har ansvaret for behandlingen (sygehuslægen eller 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

### **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>32</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>33</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

---

<sup>32</sup> Styrket indsats for den ældre medicinske patient. Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2016-2019 (Sundhedsstyrelsen, 2016)

<sup>33</sup> Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje (Sundhedsstyrelsen, 2014)

- Kompetencer
- Samarbejde

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 Den faglige arbejdsgruppe vedr. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen:

#### Dansk Selskab for Geriatri

Kim Otto Jacobsen

#### Dansk Selskab for Almen Medicin

Christian Rosendahl (4. møde)

Marianne Puge Nielsen (1., 2. og 3. møde)

#### Danske Patienter

Kristine Skovgaard Bossen (1. møde)

Lotte Linnemann (2. og 3. møde)

Søren Worsøe Laursen (4. møde)

#### Dansker Regioner

Anne Cederlund Rytter (2. møde)

Marie Lundstrøm (4. 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.