

The background of the entire page is a photograph of an elderly woman sitting in a wheelchair, wearing glasses and a dark cardigan. A younger woman in a white short-sleeved shirt stands behind her, smiling. The entire image is overlaid with a semi-transparent blue filter. Two thin white diagonal lines cross the image from the top left to the bottom right.

God praksis i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen



God praksis i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

© KL 2014

Pjecen er udarbejdet af KL
Design: Kontrapunkt
Foto: Colourbox
Sats: Kommuneforlaget A/S
Produktion: Kommuneforlaget A/S

Produktionsnr. 830086-pdf

KL
Weidekampsgade 10
2300 København S
Tlf. 33 70 33 70
kl@kl.dk
www.kl.dk

Indhold

1. Forord	4
2. Sammenfatning	5
3. Arbejdsgruppe om kommunale akutfunktioner	6
4. Nye tendenser i sundhedsvæsenet	8
5. Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner	10
6. Indsatser i kommunale akutfunktioner	15
7. Sygeplejefaglige kompetencer, færdigheder og viden i kommunale akutfunktioner	19
Bilag 1	21

1. Forord

Kommunerne har i disse år et særligt fokus på kompetenceudvikling, kvalitetssikring og ensartning af ydelserne i det nære sundhedsvæsen. For at understøtte denne udvikling har KL igangsat faglige udviklingsprojekter, bl.a. omkring god praksis i kommunale akutfunktioner.

De kommunale akutfunktioner er udviklet for at håndtere de pleje- og behandlingsmæssige udfordringer, udviklingen i sygehusvæsenet med nye behandlingsmetoder, ny teknologi, kortere indlæggelsestider og øget ambulans behandling, stiller kommunerne over for. Samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis om akutte behandlings- og plejeindsatser til borgere med behov herfor er i den forbindelse afgørende, og behandling og pleje er derfor også et af de obligatoriske indsatsområder i Sundhedsstyrelsens reviderede vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

En del kommuner har i en årrække arbejdet med kommunale akutfunktioner. Andre kommuner er ved at etablere akutfunktioner og trækker bl.a. på de erfaringer, der allerede er gjort rundt om i landets kommuner vedr. tilrettelæggelse, krav til særlige sygeplejekompetencer og samarbejde med læger i almen praksis, lægevagt og på sygehus.

KL nedsatte i 2013 en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Sygeplejeselskab, Københavns Kommune, Helsingør Kommune, Greve Kommune, Aabenraa Kommune, Holstebro Kommune, Varde Kommune og Frederikshavn Kommune. Arbejdsgruppens opgave var at indsamle og beskrive erfaringer om praksis i kommunale akutfunktioner. Det er disse erfaringer, der udgør fundamentet for denne publikation. Hensigten er at give konkrete praksisnære råd til kommuner, der arbejder med akutfunktioner.

Parallelt med dette arbejde har Sundhedsstyrelsen i 2014 offentliggjort faglige anbefalinger for kvaliteten i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje

Læsevejledning

I kapitel to sammenfattes arbejdsgruppens anbefalinger til god praksis i kommunale akutfunktioner.

I kapitel tre redegøres for udbredelsen af akutfunktioner i kommunerne og rammerne for arbejdsgruppe om basisindhold i sygeplejefaglige kompetencer i akuttilbud præsenteres.

I kapitel fire gennemgås centrale nye tendenser i sundhedsvæsenet, og deres betydning for den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet vurderes.

I kapitel fem beskrives tilrettelæggelse af indsatser i kommunale akutfunktioner. Bl.a. beskrives akutfunktioners samarbejde med den almindelige hjemmesygepleje. Herudover beskrives akutfunktioners samarbejde med sygehuse og almen praksis.

I kapitel seks beskrives basisindhold i kommunale akutfunktioner. I kapitlet beskrives dels kriterier for inklusion af borgere til kommunale akutfunktioner, dels karakteristika ved sygeplejefaglige indsatser i kommunale akutfunktioner.

I kapitel syv beskrives indhold i sygeplejefaglige kompetencer i kommunale akutfunktioner, herunder rekruttering og vedligeholdelse af sygeplejefaglige færdigheder og kompetencer.

2. Sammenfatning

Udviklingen af det nære sundhedsvæsen, omlægningen af aktiviteten i sygehusvæsenet og udviklingen i demografi, et ændret sygdomsmønster med flere borgere med kronisk sygdom og flere ældre medicinske patienter stiller større krav til kommunernes forebyggelses- og plejeindsats. Kommunerne arbejder derfor med udvikling af sygeplejefaglige kompetencer i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen med det formål at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og hjemtage borgere, der efter at være afsluttet på sygehus fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov.

Centrale aspekter ved god praksis i de kommunale akutfunktioner er sammenfattet neden for:

- Kommunale akutfunktioner er kendetegnet ved at være fleksible på tid og opgavetyper og er tilgængelige 24 timer i døgnet. Henvisningen til kommunale akutfunktioner sker typisk via praktiserende læge, vagtlæge eller via sygehus, fx i forbindelse med at en patient udskrives. Sker henvisningen fra et kommunalt tilbud, afgør akutfunktionen i samråd med en læge, hvorvidt patienten skal indlægges eller modtage ydelser fra akutfunktionen.
- Kommunale akutfunktioner kan understøtte arbejdet i den almindelige hjemmesygepleje og medvirke til at opkvalificere denne. Det kan konkret ske, når nye kommunale sygeplejeindsatser, der bl.a. på grund af begrænset volumen varetages i kommunale akutfunktioner, med tiden bliver del af den almindelige hjemmesygepleje i takt med, at volumen øges og i takt med, at kompetencer og færdigheder i den almindelige hjemmesygepleje styrkes. Akutfunktionen kan hér have en konsulentfunktion i forhold til at introducere disse nye sygeplejefaglige opgaver i den almindelige hjemmesygepleje.
- Akutfunktionen kan styrke kommunens dialog med alment praktiserende læge, vagtlæge og sundhedsfagligt personale på sygehus.
- Målgruppen for indsatser i kommunale akutfunktioner er borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af sygdom, herunder både somatisk og psykiatrisk sygdom, eller akut nedsat funktions-evne. En stor del af indsatserne i akutfunktionen leveres efter ordination af en læge i henhold til reglerne om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.
- Sygeplejefagligt personale i akutfunktioner håndterer bl.a. borgere med komplekse og akutte problemstillinger, der ikke så ofte ses i den almindelige hjemmesygepleje. Det giver volumen i opgavevaretagelsen og sikrer, at sygeplejefagligt personale i akutfunktioner løbende vedligeholder deres kompetencer.
- Sygeplejefagligt personale i kommunale akutfunktioner skal have brede sygeplejefaglige kompetencer, viden og erfaring omkring observation, handling, planlægning, udredning, justering og opfølgning på den sygeplejefaglige indsats. Sygeplejefagligt personale skal herudover kunne agere og træffe selvstændige beslutninger i en uforudsigelig og omskiftelig hverdag.
- Særlige færdigheder og kompetencer i akutfunktionen erhverves løbende fx gennem relevant efteruddannelse og samarbejde med sygehus om supervision eller fælles skolebænk.

3. Arbejdsgruppe om kommunale akutfunktioner

Med strukturreformen skabte man fundamentet for en udvikling af sundhedsvæsenet, hvor flere opgaver kan varetages uden for sygehusene i det nære sundhedsvæsen. I dag varetager kommunerne og praksisområdet således flere og ofte mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver end tidligere, og der bliver afprøvet nye modeller og nye former for indsatser, ligesom der er kommet fokus på behovet for mere tværkommunalt og tværsektorielt samarbejde.

Siden strukturreformen har kommunernes rolle i sundhedsvæsenet udviklet sig markant. De nye opgaver inden for borgerrettet og patientrettet forebyggelse, genoptræning og rehabilitering samt den stigende opgavefyngde i hjemmepleje og hjemmesygepleje omfatter alle dele af borgerens sygdomsforløb før og efter behandling på sygehus¹.

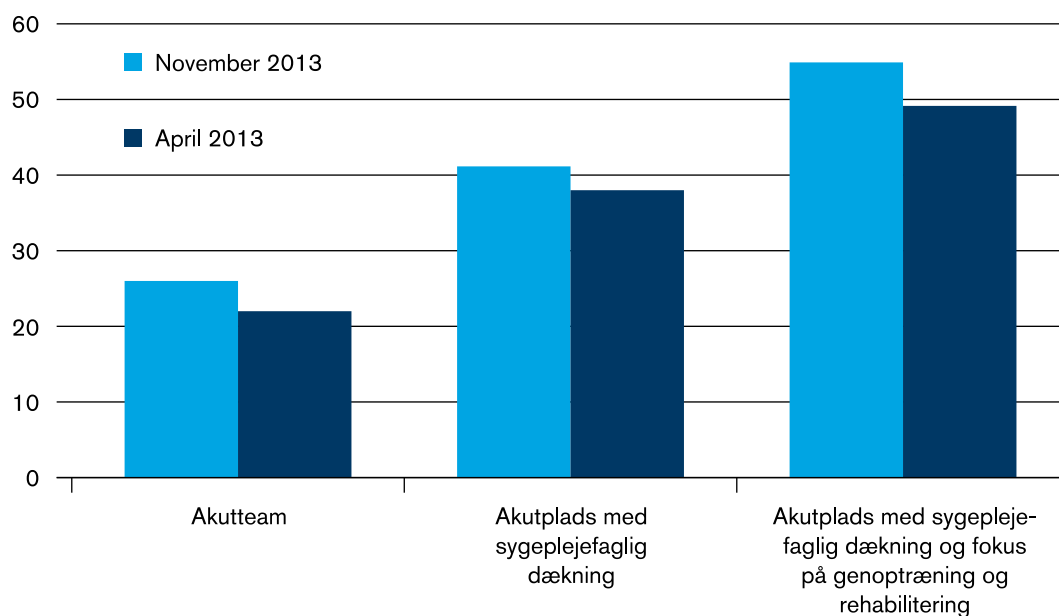
26 pct. af kommunerne har akutteams, der leverer sygeplejeindsatser i borgerens eget hjem. Yderligere 26 pct. af kommunerne planlægger at etablere et akutteam inden for det næste halve år. Herudover har 41 pct. af kommunerne akutpladser med døgndækket sygepleje, mens 55 pct. har akutpladser, der udover den særlige sygeplejefaglige indsats også har fokus på genoptræning og rehabilitering².

Arbejdsgruppe om basisindhold i sygeplejefaglige kompetencer i akuttilbud

En arbejdsgruppe i regi af KL har i 2013 indsamlet materiale og erfaringer om praksis i kommunale akutfunktioner.

Arbejdsgruppen har beskrevet den kommunale praksis og drøftet de gode erfaringer med kommunale akutfunktioner. Beskrivel-

Figur. 3.1. Kommunale akutfunktioner, 2013 (pct.).



¹ I praksis er de fleste patientforløb samtidige, dvs. hvor behandling leveres samtidig med rehabilitering og pleje.

² Spørgeskemaundersøgelse, KL, 2013

ser af gode erfaringer gennemgås i de følgende kapitler, og eksempler på centrale aspekter ved de kommunale akutfunktioner fremhæves i særlige bokse.

Tekstboks 3.1. Arbejdsgruppe om basisindhold i sygeplejefaglige kompetencer i akuttillbud³

En arbejdsgruppe med formandskab i KL har i 2013 defineret 1) basisindhold i sub-akutte/akutte pleje- og rehabiliteringsindsatser og 2) indholdet i sygeplejefaglige kompetencer samt krav til kompetenceniveauet hos det sundhedsfaglige personale med afsæt i de subakutte og akutte tilbud.

Arbejdsgruppen har indsamlet eksisterende relevant materiale om kommunal praksis i akuttillbud til arbejdsgruppen, herunder konkret materiale vedrørende fx

- beskrivelser af sundhedsfaglige indsatser i akuttillbud,
- beskrivelser/procedurer for rekruttering af patienter til akuttillbud (fx inklusionskriterier, visitationsretningslinjer o. lign.),
- kommunal praksis for rekruttering af sundhedsfagligt personale til akuttillbud (fx jobprofiler, kompetenceprofiler, jobopslag o. lign.).

Udover KL består arbejdsgruppen af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Sygeplejeselskab, Københavns Kommune, Helsingør Kommune, Greve Kommune, Aabenraa Kommune, Holstebro Kommune, Varde Kommune og Frederikshavn Kommune.

Rammer for arbejdsgruppens arbejde

Der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens, Danske Regioners og KL's fælles definition af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser fra december 2012⁴. Dog er der alene fokus på den sygeplejefaglige indsats i kommunale akutfunktioner. Den rehabiliterende indsats, der kan tilbydes af fx ergo- og fysioterapeuter i de kommunale akutfunktioner, berøres ikke i dette arbejde.

Patientens behov skal være omdrejningspunktet for etableringen af en akutfunktion. Akutfunktionen vil ofte bidrage til det samlede sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Behandlingskvalitet, patientsikkerhed og understøttelse af LEON-princippet bør være styrende for tilrettelæggelse af akutfunktionen.

Opgaverne i akutfunktionen varetages af sygeplejersker og eventuelt social- og sundhedsassistenter. Det er kommunalbestyrelsens ansvar, at indsatser og behandlingsopgaver i de kommunale akutfunktioner bliver udført af autoriserede sundhedspersoner med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer. Sundhedsstyrelsen har i 2014 beskrevet uddannelser og kompetencer i kommunale akutfunktioner⁵.

Akutfunktionen er en del af hjemmesygeplejen. Det sygeplejefaglige personale i akutfunktionen er dermed også forpligtet i forhold til bestemmelserne i gældende bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen⁶.

Nogle kommuner har i en årrække arbejdet med akutfunktioner, mens andre først for nylig er begyndt at gøre sig erfaringer med denne kommunale funktion. Indsatser og erfaringer med akutfunktionerne bør derfor løbende evalueres med henblik på at understøtte en fortsat kvalitetsudvikling af de kommunale akutfunktioner.

3 Kommissorium for arbejdsgruppe om basisindhold i sygeplejefaglige kompetencer i akuttillbud er vedlagt som bilag 1.

4 Definition af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser til ældre medicinske patienter, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL, 2012. "Akut indsats" defineres her som "indsats leveret inden for få timer". "Subakut indsats" defineres som "indsats leveret næste dag".

5 Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen, 2014.

6 Bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje og vejledning nr. 102 af 11. december 2006.

4. Nye tendenser i sundhedsvæsenet

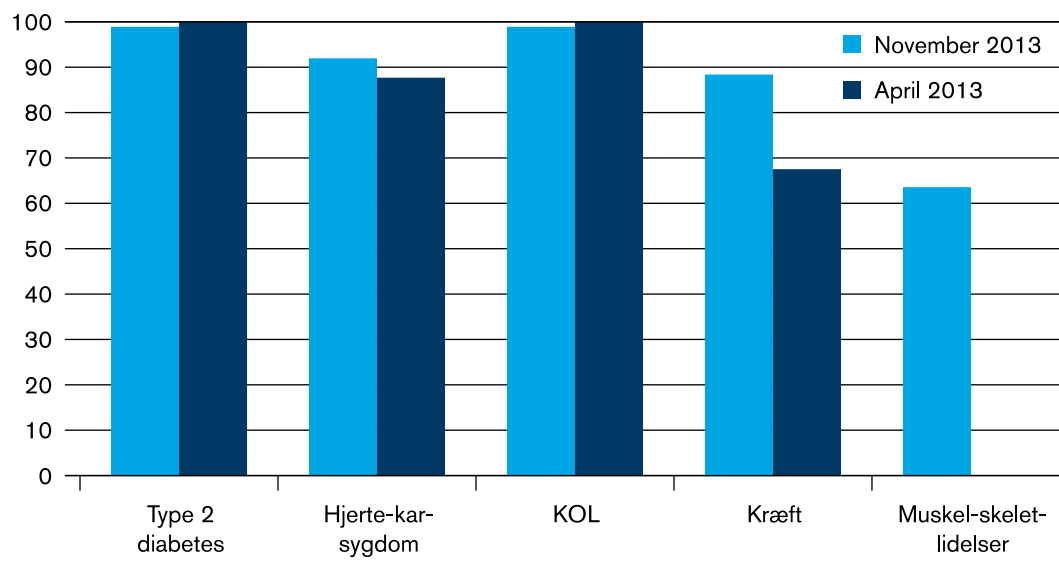
Der sker i disse år en kraftig udvikling af sundhedsvæsenet – ikke bare i Danmark men i hele den vestlige verden.

Udviklingen er karakteriseret ved, at der er et fokus på at udvikle det nære sundhedsvæsen, så det bl.a. kan håndtere de store udfordringer, som forventes de kommende år – med flere ældre og flere borgere med kronisk sygdom og nedsat funktionsevne. Både i sygeplejen og trænings- og rehabiliteringsindsatsen opruster kommunerne derfor⁷. Herudover har næsten samtlige kommuner i dag patientrettede forebyggelsestilbud til de store patientgrupper med kronisk sygdom (diabetes, hjertekarsygdom og KOL), 64 pct. af kommunerne har tilbud til personer med muskelskelet lidelser og 89 pct. af kommunerne har tilbud til personer med kræft⁸.

Udviklingen er også karakteriseret ved en omlægning af aktiviteten i sygehusvæsenet, bl.a. på grund af bedre og mere skånsomme behandlingsmetoder. Sygehuse bliver færre og mere specialiserede, indlæggelsestiderne bliver stadig kortere og behandlingen sker i stigende grad ambulante. Der bliver herudover længere afstande mellem sygehuse med akutmodtagelser, hvilket modsvares af en opgradering af det præhospitale beredskab, så der kan iværksættes behandling allerede i borgerens eget hjem.

Udviklingen er herudover karakteriseret ved, at nogle indsatser, der traditionelt er blevet håndteret i sygehusregi, i stigende grad varetages i det nære sundhedsvæsen – ofte gennem delegation fra behandlingsansvarlig læge. Denne udvikling er bl.a. dokumenteret i en kortlægning blandt kommunerne i Region Syddanmark⁹.

Figur 4.1. Patientrettet forebyggelse i kommunerne (pct.).



⁷ Fakta om et styrket nært sundhedsvæsen, centrale tal fra KL's dataindsamling, KL, 2013.

⁸ Spørgeskemaundersøgelse, KL, 2013.

⁹ Sundhedsydelse i den kommunale sygepleje, Sundhedsstrategisk Forum, Region Syddanmark, 2012 (internt papir).

Som følge af strukturreformen har kommunerne fået et større ansvar for at håndtere patienter, der efter endt sygehusbehandling fortsat har behov for omfattende behandling og (syge)pleje. Det ses bl.a. ved, at 43 pct. af de borgere, der henvises til hjemmesygeplejen, er sygehushenviste¹⁰. Herudover stiller udviklingen i demografi, et ændret sygdomsmønster med flere borgere med kronisk sygdom og flere ældre medicinske patienter krav om et veludbygget nært sundhedsvæsen, der kan løfte flere og mere komplekse sygeplejeopgaver og om tværsektorielt samarbejde i konkrete patientforløb.

Der er særligt i forhold til *indlæggelse med forebyggelige diagnoser, akutte korttidsindlæggelser og genindlæggelser et stærkt kommunalt forebyggelsespotentiale*¹¹.

Der er fx evidens for, at genindlæggelser, som finder sted få dage efter udskrivelse fra sygehus, kan skyldes problemer ved overgangen fra sygehus til kommune eller problemer ved den initiale behandling i hjemmet¹². Der er også evidens for, at genindlæggelser, som finder sted efter patienten har været hjemme nogen tid, kan skyldes uhensigtsmæssigheder ved de opfølgende kommunale initiativer samt den gennemgående plejeindsats i kommunen.

Udviklingstendenser i kommunerne

De kommunale indsatser i forhold til at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser handler bl.a. om, at styrke de sygeplejefaglige kompetencer i akutfunktioner med henblik på dels – i de tilfælde, hvor det vurderes fagligt forsvarligt – at tilbyde et kommunalt alternativ til en akut uhensigtsmæssig sygehusindlæggelse, dels at tilbyde en opfølgende sygepleje og behandlingsindsats, typisk efter ordination af en læge i henhold til reglerne om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, når borgeren er afsluttet fra sygehus.

De kommunale indsatser handler også om at styrke samarbejdet med praktiserende læger og/eller sygehus om gode udskrivningsforløb, fx god forløbskoordinering i udskrivningen i samarbejde med sygehuset og opfølgende hjemmebesøg af den kommunale hjemmesygeplejerske og alment praktiserende læge, når patienten udskrives fra sygehus. Fx har eller forventer mere end 90 pct. af kommunerne i 2013 at etablere opfølgende hjemmebesøg sammen med praktiserende læge¹³. Effektiv IT-understøttelse af kommunikationen mellem kommunal hjemmesygepleje, sygehus og almen praksis er også en forudsætning for et godt samarbejde.

De kommunale indsatser handler herudover om at implementere værktøjer til tidlig opsporing og systematisk identifikation af sygdomstegn, nedsat funktionsniveau og underernæring hos bl.a. den ældre medicinske patient¹⁴. Hensigten er at sikre, at indsatser iværksættes, før borgeren får et behandlings- og/eller plejebestanden, der nødvendiggør en akut sygehusindlæggelse eller en indsats i et kommunalt tilbud.

10 Det nære sundhedsvæsen, KL, 2012.

11 Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, april 2013.

12 Ibid.

13 Spørgeskemaundersøgelse, KL, 2013.

14 Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat funktionsniveau og underernæring, Sundhedsstyrelsen, 2013.

5. Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner

Kommunale akutfunktioner er organiseret forskelligt i kommunerne. Der kan særligt peges på to varianter: Akutteams og akutpladser. Den mest markante forskel mellem de to organiseringsformer er, at mens den sygeplejefaglige indsats i akutteams sker i borgerens hjem, herunder i plejebolig, så sker den sygeplejefaglige indsats ved midlertidigt ophold på akutpladser på en kommunal institution.

I faktaboks 5.1. og 5.2. beskrives to konkrete kommunale eksempler på akutteam og akutplads.

Faktaboks 5.1. Akutteam i Helsingør Kommune

Helsingør Kommune har siden 1997 haft et akutteam, der yder sygepleje i borgerens hjem. En central forudsætning for at kunne yde sygepleje i borgerens hjem er, at borgeren skal kunne være alene i hjemmet mellem to besøg, og at borgeren skal være i stand til at kontakte akutteam ved pludselig opstået behov.

Akutteam yder indsatser efter lægehenvi- sning, og akutteam er ikke underlagt den almindelige normering i hjemmesygeplejen. Arbejdsopgaver i akutteam er bl.a. akut observation i borgerens hjem (fx dehydrering, infektionssygdomme m.v.), iv-medicin og parenteral ernæring.

Akutteam yder sparring med sygeplejersker og medarbejdere i hjemmesygeplejen om borgere, der er i risiko for indlæggelse (second opinion). Akutteam har desuden en indslusningsfunktion ift. nye sygeplejeopgaver i kommunen og yder praksisnær læring og undervisning i hjemme(syge)plejen.

Akutteam består pt. af 9 sygeplejersker og 3 social- og sundhedsassistenter.

Faktaboks 5.2. Akutplejeenhed København (Vigerslevhus)

Akutplejeenhed København er normeret til 60 pladser. Målgruppen er dels medicinsk færdigbehandlede borgere fra sygehusene, som fortsat har behov for kompleks sygeplejefaglig indsats døgnet rundt, dels borgere fra eget hjem med behov for midlertidig døgnsygepleje med henblik på at forebygge sygehusindlæggelse.

Arbejdsopgaver i Akutplejeenhed København omfatter bl.a. smertebehandling, ernærings- og væsketerapi, palliation samt forløb for borgere med flere sammenfaldende (kroniske) diagnoser.

Akutplejeenheden består bl.a. af 19 sygeplejersker og 25 social- og sundhedsassistenter. Akutplejeenheden har herudover tilknyttet to speciallæger i almen medicin med samlet fremmøde på Vigerslevhus 2 1/2 time to gange ugentligt.

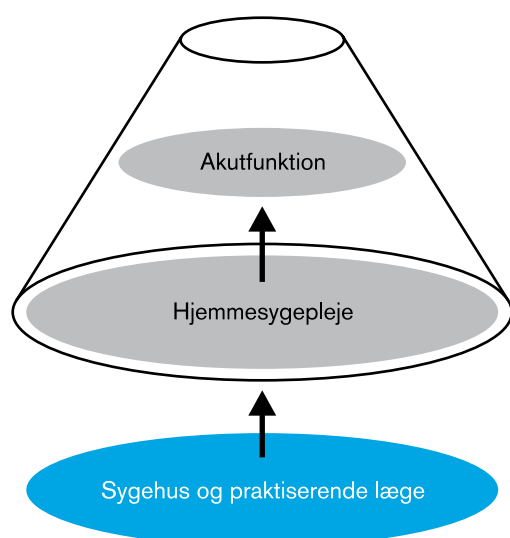
Særlige karakteristika ved kommunale akutfunktioner

Der er i den kommunale praksis en række særlige karakteristika ved de kommunale akutfunktioner, der særligt skal fremhæves:

- Henvi- sning til kommunale akutfunktioner sker typisk via praktiserende læge, vagtlæge eller via sygehus fx i forbindelse med, at en patient udskrives fra sygehus.

- Sundhedsfagligt personale på plejehjem, i ældreplejen eller i hjemmesygeplejen kan også henvise borgere til akutfunktionen. Akutfunktionen afgør hér i samråd med en læge, hvorvidt borgere skal indlægges på et sygehus, modtage ydelser fra akutfunktionen eller om de skal håndteres i den almindelige hjemmesygepleje.
- Kommunale akutfunktioner yder en tidsbegrænset indsats indtil borgerens tilstand er stabil. Typisk op til et par uger. Herefter overdrages borgeren evt. til den almindelige hjemmesygepleje med henblik på en fortsat sygeplejeindsats.
- Akutfunktionen er fleksibel på tid og opgavetyper og er tilgængelig 24 timer i døgnet.

Figur 5.1. Samarbejde mellem akutfunktion og hjemmesygepleje



Sundhedsvæsenet oplever med jævne mellemrum et ekstraordinært pres pga. influenzaudbrud eller lignende. Det øger presset på lægevagten, den praktiserende læge, sygehusenes akutmodtagelse og medicinske afdelinger samt den kommunale hjemmesygepleje. I disse tilfælde kan den kommunale akutfunktion understøtte kolleger i hjemmesygeplejen i kraft af akutfunktionens fleksibilitet på tid og opgavetyper.

I situationer, hvor hjemmesygeplejen har mange samtidige uplanlagte sygeplejefaglige opgaver, kan akutfunktionens fleksibilitet understøtte indsatsen i hjemmesygeplejen. Denne situation er illustreret i figur 5.1., hvor pilene angiver, at opgaver skubbes fra hjemmesygeplejen til akutfunktionen ("akutfunktion" og "hjemmesygepleje" er i figurene 5.1. og 5.2. samlet i en kegle, hvilket angiver, at akutfunktionen, omend den er skilt ud i organiseringen, er en del af hjemmesygeplejen og derfor forpligtet i forhold til bestemmelserne i gældende bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen).

God praksis i kommunale akutfunktioner (tilgængelighed)

Kommunale akutfunktioner er kendetegnet ved at være fleksible på tid og opgavetyper og er tilgængelige 24 timer i døgnet. Henvisningen til kommunale akutfunktioner sker typisk via praktiserende læge, vagtlæge eller via sygehus, fx i forbindelse med at en patient udskrives. Sker henvisningen fra et kommunalt tilbud, afgør akutfunktionen i samråd med en læge, hvorvidt patienten skal indlægges eller modtage ydelser fra akutfunktionen.

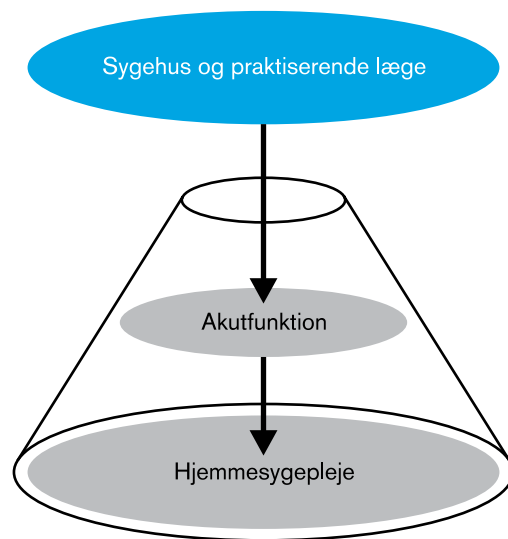
Akutfunktionens samarbejde med kolleger i hjemmesygeplejen

Udviklingen af det nære sundhedsvæsen og omlægningen i sygehusvæsenet, herunder forbedrede og mere skånsomme behandlingsmetoder samt teknologiske fremskridt, gør, at grænserne for sygeplejefaglige indsatser i kommunerne hele tiden justeres, således at indsatser, der traditionelt er blevet håndteret i sygehusregi, i stigende grad varetages i den kommunale hjemmesygepleje – i samarbejde med en læge.

Kommunale akutfunktioner kan understøtte arbejdet i den almindelige hjemmesygepleje og medvirke til at opkvalificere denne. Det kan konkret ske, når nye indsatser, der bl.a. på grund af begrænset volumen varetages i kommunale akutfunktioner, med tiden bliver del af den almindelige hjemmesygepleje i takt med, at volumen øges og i takt med, at kompetencer og færdigheder i den almindelige hjemmesygepleje dermed styrkes. Denne

udvikling er illustreret i figur 5.2., hvor pilene angiver, at sygeplejefaglige kompetencer på grund af større volumen og styrkede kompetencer glider fra akutfunktionen til hjemmesygeplejen. Sygeplejefagligt personale i den kommunale akutfunktion kan i sådanne situationer have en konsulentfunktion i forhold til at introducere nye sygeplejefaglige opgaver i hjemmesygeplejen. Fx gennem undervisning, sidemandsoplæring og praksisnær læring¹⁵.

Figur 5.2. Kompetenceglidning fra akutfunktionen til hjemmesygeplejen



Udover at introducere hjemmesygeplejen for nye sygeplejefaglige opgaver sparrer akutfunktionen også i 83 pct. af kommunerne med en akutfunktion med kolleger i den almindelige hjemmesygepleje om sundhedsfaglige problematikker i hverdagen¹⁶. Og 30 pct. af kommunerne med en akutfunktion har indført en praksis, hvor akutfunktionen tilkaldes, når kolleger i hjemmesygeplejen og på plejecentrene vurderer, at borgeren er akut syg og i risiko for indlæggelse¹⁷. Akutfunktionen foretager her en vurdering af borgeren sammen med praktiserende læge eller vagtlæge med henblik på at afgøre behovet for indlæggelse eller alternativt tilbud om kommunal indsats fra akutfunktionen.

God praksis i kommunale akutfunktioner (videndeling og samarbejde)

Kommunale akutfunktioner kan understøtte arbejdet i den almindelige hjemmesygepleje og medvirke til at opkvalificere denne. Det kan konkret ske, når nye kommunale sygeplejeindsatser, der bl.a. på grund af begrænset volumen varetages i kommunale akutfunktioner, med tiden bliver del af den almindelige hjemmesygepleje i takt med, at volumen øges og i takt med, at kompetencer og færdigheder i den almindelige hjemmesygepleje styrkes. Akutfunktionen kan hér have en konsulentfunktion i forhold til at introducere disse nye sygeplejefaglige opgaver i den almindelige hjemmesygepleje.

Kommunale akutfunktioners samarbejde med behandlingsansvarlige læger i almen praksis og på sygehus

Kommunale akutfunktioner samarbejder typisk med læger i tre sammenhænge, nemlig i forbindelse med:

- vurdering af, om en borger skal indlægges på sygehus eller alternativt tilbydes en indsats i kommunens akutfunktion.
- varetagelse af lægeordineret behandling, fx i forhold til behandling efter patienten er udskrevet fra sygehus.
- udredning og behandling af patienter, som tilbydes en indsats i akutfunktionen.

En stor del af indsatserne i de kommunale akutfunktioner skal, jf. kapitel 6, leveres efter ordination af en læge. Afhængig af patientens sygdomstilstand vil den kommunale sygepleje- og behandlingsindsats således skulle varetages i samarbejde med enten praktiserende læge eller med læge fra sygehuset, herunder læger fra fx de medicinske afdelinger, den fælles akutmodtagelse eller et diagnostisk center, jf. den fælles defini-

¹⁵ Det bemærkes, at sygeplejefagligt personale i akutfunktionen også kan have behov for at erhverve nye kompetencer og færdigheder. Det kan fx ske gennem efteruddannelse, færdighedskurser og fælles skolebænk med sygehus.

¹⁶ Spørgeskemaundersøgelse, KL, 2013. Opgørelsen er lavet for kommuner med akutfunktioner

¹⁷ Ibid

tion fra 2012 af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser til ældre patienter og Sundhedsstyrelsens publikation om kvalitet i akutfunktioner i hjemmesygeplejen¹⁸.

Der er forskellig praksis for kommunernes samarbejde med læger, jf. eksemplerne i faktabokse 5.3.-5.5. Uanset samarbejdsform er det væsentligt at have fokus på patientsikkerheden, herunder at opgaverne varetages inden for klare rammer og med en klar ansvarsfordeling. Ansvarsfordelingen mellem de behandlingsansvarlige læger og hjemmesygeplejen tager udgangspunkt i bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

Faktaboks 5.3. Aftale mellem Københavns Kommune og speciallæger om ansættelse på akutplejeenhed København

Københavns Kommune har i marts 2011 tilknyttet to praktiserende speciallæger i almen medicin på konsulentbasis til at komme på akutplejeenheden et antal timer pr. uge. Lægerne har i den forbindelse ansvar for den somatiske behandling og opfølgning af borgere samt supervision og instruktion af akutplejeenhedens personale. Formålet er at sikre en tættere og mere kontinuerlig lægefaglig opfølgning til borgerne.

Faktaboks 5.4. Aftaler om lægefaglig dækning i kommunale akutfunktioner ved alment praktiserende læge

I Roskilde Kommune og Greve Kommune er der indgået en § 2 aftale med praksisudvalget i Region Sjælland om lægedækning på akutpladser. Aftalen indebærer bl.a., at der ansættes to lægekonsulenter til supervision af personalet på akutpladserne. Lægekonsulenterne varetager samtidig løbende kommunikation med deres kolleger i almen praksis vedrørende praktiske forhold, kommunikation m.v.

Aftalen er indgået som led i de to kommuners deltagelse i det tværsektorielle projekt "Den ældre medicinske patient: Optimering af akutindsatsen omkring Roskilde Sygehus", jf. Sundhedsstyrelsens pulje vedrørende samarbejde om (sub)akutte tilbud til ældre medicinske patienter.

Faktaboks 5.5. Aftale mellem Holstebro Kommune og Hospitalsenhed Vest om iv-administration i hjemmesygeplejen

I Region Midtjylland samarbejder kommunerne i vestklyngen med Hospitalsenhed Vest om, at sygehuset i forhold til intravenøs væske og antibiotika til patienter med dehydrering eller infektioner, særligt ukompliceret blærebetændelse og lungebetændelse, medsender ordineret væske/medicin m.v. vederlagsfrit til akutfunktionen til behandling i et nærmere aftalt antal dage af patienter, der er udskrevet fra sygehus, men fortsat modtager behandling under lægeligt behandlingsansvar.

18 Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen, 2014.

Det er lægen, der har det entydige behandlingsansvar. Derfor vil det styrke kvaliteten og indsatsen i de kommunale akutfunktioner, hvis der er større klarhed omkring ansvarsfordelingen mellem praktiserende læger og sygehusets læger, samt at disse er tilgængelige. Rammer for det konkrete samarbejde mellem kommunale tilbud, almen praksis og sygehus bør derfor beskrives i sundhedsaftalen, jf. faktaboks 5.6.

Faktaboks 5.6. Obligatoriske sundhedsaftaler

Kommunerne skal en gang i hver valgperiode i samarbejde med regionen lave en sundhedsaftale inden for en række obligatoriske indsatsområder. Fra 2015 vil dette samarbejde blive styrket og bl.a. betyde en sundhedsaftale i hver region, at almen praksis skal forpligtes via praksisplanen, og at aftalen bør beskrive en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere (både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige) udførelse af lægelige ordinationer (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) fx ved medicingivning i eget hjem.

Det bemærkes også, at sygehusene kan være med til at styrke kvaliteten af de kommunale akutfunktioner ved, at der etableres rammer for, at læger, sygeplejersker og andre autoriserede sundhedspersoner på sygehuset kan rådgive og vejlede sygeplejefagligt personale i akutfunktionen. Disse rammer bør ligeledes fastlægges i regi af sundhedsaftalerne.

For at sikre sammenhæng i patientforløbet, er det desuden vigtigt, at sygehuse og kommunale tilbud etablerer et fælles ansvar omkring patienter, der udskrives, og som har behov for tæt opfølgning. Det handler ikke om at "overdrage stafetten", men om at skabe et tæt samarbejde omkring de patienter, der har et særligt behov for det.

Endelig vil det også styrke indsatsen i de kommunale akutfunktioner, hvis samarbejdet med alment praktiserende læge udbygges og tilgængeligheden til lægefaglig rådgivning om fx den af lægen iværksatte behandling øges. Praksisplanudvalg i regionerne skal fra 2014 understøtte, at tilrettelæggelsen af almen praksis sker i sammenhæng med regioner og kommuner, jf. faktaboks 5.7.

Faktaboks 5.7. Regionale praksisplanudvalg

Med ændring af sundhedsloven i juli 2013 indføres regionale praksisplanudvalg. Efter lovforslaget kan kommunerne i de nye praksisplanudvalg være med til at fastlægge, hvilke opgaver, som almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Af lovens bemærkninger fremgår det, at kommunerne særligt har behov og mulighed for at styrke samarbejde med almen praksis på følgende tre områder: Tilgængelighed, medicin-håndtering og sygebesøg.

6. Indsatser i kommunale akutfunktioner

Iflg. Sundhedsstyrelsens, Danske Regioners og KL's definition af subakutte og akutte pleje- og rehabiliteringsindsatser "vil subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser primært være målrettet ældre patienter, som har behov for en subakut eller akut indsats fra sundhedsvæsenet, men hvor der ikke er behov for indlæggelse på sygehus". Det bemærkes, at definitionen er udarbejdet i forbindelse med handlingsplanen for den ældre medicinske patient. Målgruppen kan derfor godt være bredere, jf. neden for.

Det fremgår også af definitionen, at "problemstillingerne hos de ældre patienter eksempelvis kan være akut opstået sygdom eller forværring af en kronisk sygdom, herunder både somatisk og psykiatrisk sygdom, eller akut nedsat funktionsevne, fx i forbindelse med skader".

Et gennemgående træk i de eksisterende akutfunktioner er, at indsatsen:

- Er rettet mod borgere, der i forvejen er kendt i kommunen, fx pga. kendt sygdomshistorik, og/eller fordi de er i kontakt med hjemmeplejen eller er i plejebolig, og hvor akut opstået sygdom eller forværring af eksisterende sygdom kræver en øget indsats¹⁹. Det kan fx være skrøbelige ældre borgere med luftvejssygdomme.
- Er rettet mod borgere, der henvises til den kommunale akutfunktion via alment praktiserende læge eller vagtlæge pga. akut forværring af helbredstilstand eller funktionsniveau. Det kan fx være borgere med kronisk sygdom, der har lidt tab af funktionsniveau fx pga. underernæring eller væskemangel.

- Er rettet mod patienter, der efter udskrivning har komplekse pleje- og behandlingsbehov, og hvor håndteringen kræver særlige kompetencer hos hjemmesygeplejen. Det kan fx være terminalpleje eller pleje og behandling af borgere, der er blevet behandlet for kræft.

God praksis i kommunale akutfunktioner (målgruppe)

Målgruppen for indsatser i kommunale akutfunktioner er borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af sygdom, herunder både somatisk og psykiatrisk sygdom, eller akut nedsat funktionsevne. En stor del af indsatserne i akutfunktionen leveres efter ordination af en læge i henhold til reglerne om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

Sundhedsfaglige indsatser i kommunale akutfunktioner

Sundhedsstyrelsen, KL og Danske Regioner fastslår i den fælles definition, at "de subakutte og akutte pleje- og rehabiliteringstilbud skal – døgnet rundt – kunne levere en række sygeplejeindsatser, som kræver særlige kompetencer hos de involverede sundhedspersoner. Eksempler på dette er:

- observation af akut opstået sygdom eller akut opståede komplikationer til sygdom,
- væske- og ernæringsterapi, herunder sondeernæring,
- inhalationsbehandling og ilterapi,
- kateteranlæggelse og -pleje,
- i.v.-medicinering."

19 Flere kommuner har indført en praksis, hvor det sygeplejefaglige akutteam tilkaldes, når kolleger i hjemmesygeplejen og på plejecentrene vurderer, at borgeren er akut syg og i risiko for indlæggelse. Akutteam foretager her en vurdering af borgeren i samråd med praktiserende læge eller vagtlæge med henblik på at vurdere behovet for sygehusindlæggelse eller alternativt tilbud om en kommunal akutindsats.

Tabel 6.1: Typiske indsatser i kommunale akutfunktioner

<i>Sygeplejefagligt problemområde, jf. indsatskatalog i partnerskab på sygeplejeområdet</i>	<i>Indsatser, der kan varetages, i akutfunktioner</i>
Udredning, observation og opfølgning	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Tidlig opsporing) sygeplejefaglig sparring, udredning og observation og triage. ▪ Observation pga. akut opstået sygdom eller akut opståede komplikationer til sygdom. ▪ Kvalificering af observationer v. urinstix, blodprøver, blodsukker (diabetes), blodtryk, temperaturmåling, måling af iltmætning i blodet (saturatation), urin og afføringsprøver.
Bevægeapparat	Observation efter faldeepisoder (ikke tegn på brud eller hjernerystelse).
Ernæring	Forberedelse til hospitalsindlæggelse (faste eller udrensning), nedlæggelse og anvendelse af nasal ernæringssonde.
Hud og slimhinder	Sårpleje hos særlige patienter.
Medicinhåndtering	Anlægge subcutan kanyler, anlægge venflon (iv-adgang), anvende centralt venekateter (CVK), væskebehandling, subkutan eller intravenøs, iv-medicinering, herunder morfin gennem morfinpumpe.
Respiration og cirkulation	Inhalation(sbehandling), sug af svælg, C-PAP, iltbehandling.
Udskillelse af affaldsstoffer	Inkontinensvurdering, anlæggelse af kateter á demeure, pleje af borgere med allerede anlagt kateter, behandling af diarre og forstoppelse (klyx på rectalsonde), (pose) dialyse, (opstart af) hjemmedialyse.
Viden og udvikling	Terminalpleje (palliation).

Typiske indsatser i de kommunale akutfunktioner er gengivet i tabel 6.1. Indsatserne er struktureret i forhold til de sygeplejefaglige problemområder, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og KL's fælles indsatskatalog^{20/21}. En stor del af de beskrevne indsatser leveres efter ordination af en læge i henhold til reglerne om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed²².

Det bemærkes, at en del af de beskrevne indsatser i akutfunktionen også kan varetages af sygeplejersker i den almindelige hjemmesygepleje. Fx kan sårpleje og inkontinensvurdering varetages af specialsygeplejersker. Det er derfor ikke behovet for en konkret sygeplejefaglig indsats, der er afgørende for, om borgeren skal håndteres i kommunens akutfunktion.

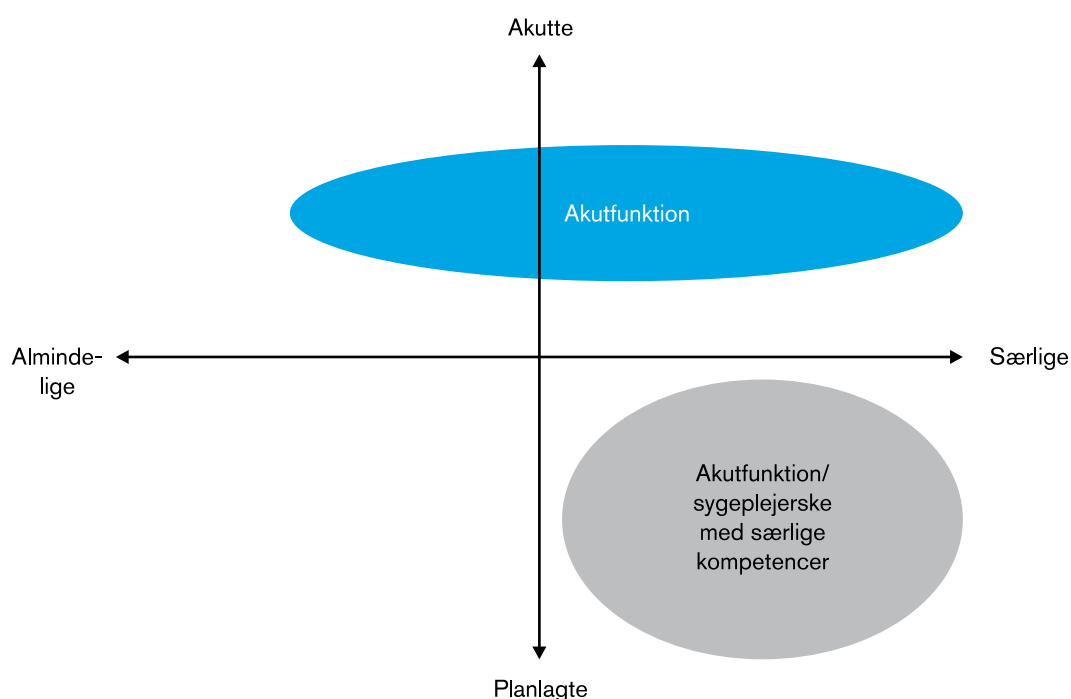
Ét træk ved indsatser i de kommunale akutfunktioner er, at de er rettet mod borgere med akut forværring af helbredtstilstand eller funktionsniveau, og at borgeren har komplekse pleje- og behandlingsbehov (forskellen mellem grundlæggende og kompleks sygepleje er beskrevet i faktaboks 6.1.). Det gør, at sygdomsbilledet typisk er komplekst og præget af omskiftelighed, hvorfor sygeplejerskens observationsevne og viden omkring sygdomme, herunder deres indbyrdes sammenhænge og analyse og tolkning af borgernes samlede sygdomsbillede og forventet efterfølgende forløb med/uden behandling, er afgørende. Dette er gengivet i figur 6.1., hvor akutfunktionens arbejdsfelt er i øverste højre firkant.

Akutfunktionen kan også i situationer, hvor hjemmesygeplejen har mange samtidige og uplanlagte (akutte) sygeplejefaglige opgaver, understøtte indsatsen i hjemmesygeplejen, jf. figur 5.1. Derfor strækker akutfunktionens indsatser sig også fra øverste højre firkant ind i øverste venstre firkant i figur 6.1.

20 Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser.

21 Fælles indsatskatalog med faglige beskrivelser, KL, 2013.

22 Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 og vejledning nr. 115 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

Fig. 6.1. Den kommunale akutfunktionens arbejdsfelt.

Faktaboks 6.1. Almindelig og kompleks sygepleje²³

Almindelige sygeplejeindsatser består af opgaver, der er relateret til et stabilt og delvist forudsigeligt sygeplejeforløb. Sygeplejeforløbet forandrer sig langsomt og som forventet. Enkelte opgaver kan være præget af en vis uforudsigelighed. Grundlæggende sygeplejeindsatser kræver bred viden om sygeplejeindsatser og en faglig viden om enkelte sygeplejeindsatser.

Komplekse sygeplejeindsatser defineres herover for som opgaver, der er:

- Relateret til problemområder, som griber ind i hinanden eller som er mangfoldige og som stiller skærpede sygeplejefaglige krav til viden og observation om forebyggelse, pleje og behandling.
- Ustabile, og hvor behovet for sygeplejeindsatser kan ændres hyppigt og være uforudsigeligt.

- Enkeltstående og som kræver klinisk kompetence, herunder evne til at analysere og definere sygeplejeproblemer og begrunde handlinger ud fra sygeplejefaglig viden.
- Relateret til situationer, hvor patienten og/eller netværket har behov for viden og støtte til at identificere ressourcer og belastninger for at kunne handle hensigtsmæssigt i forhold til forebyggelse, sundhedsfremme, helbredssvigt og sygdom.

Et andet træk ved de kommunale akutfunktioner er, at de varetager indsatser, der ikke forekommer så ofte i den almindelige hjemmesygepleje fx. inden for ernæring og medicinbehandling (administration af iv antibiotika, pleje af centralt venekateter og pleje af venflon). Det er ud fra en faglig betragtning og ud fra et hensyn til patientsikkerheden hensigtsmæssigt at forankre indsatser med lav volumen i patientgrundlaget hos få personer med særlige kompetencer med hen-

blik på at sikre den nødvendige volumen i opgavevaretagelsen og understøtte vedligehold af viden og kompetencer. På trods af, at sådanne sygeplejefaglige opgaver ikke nødvendigvis er subakutte eller akutte, løftes de i en række kommuner i akutfunktionen. Det giver volumen i opgavevaretagelsen og sikrer, at sygeplejefagligt personale i akutfunktioner løbende vedligeholder kompetencer, som det kan være vanskeligt at vedligeholde i den almindelige hjemmesygepleje. Dette er gengivet i tabel 6.1., hvor akutfunktionens arbejdsfelt er i nederste højre firkant.

Faktaboks 6.2. Fordeling af ikke-planlagte (akutte) ydelser mellem hjemmesygepleje og akutteam i Sønderborg Kommune (juni 2013)

Sønderborg Kommune har juni 2013 opgjort fordeling af ikke-planlagte ydelser mellem hjemmesygepleje og sygeplejefagligt personale i akutteam. Opgørelsen viser bl.a., at venflon, iv væske og iv injektion hovedsageligt varetages af sygeplejefagligt personale i akutfunktionen.

God praksis i kommunale akutfunktioner (volumen)

Sygeplejefagligt personale i akutfunktioner håndterer bl.a. borgere med komplekse og akutte problemstillinger, der ikke så ofte ses i den almindelige hjemmesygepleje. Det giver volumen i opgavevaretagelsen og sikrer, at sygeplejefagligt personale i akutfunktioner løbende vedligeholder deres kompetencer.

7. Sygeplejefaglige kompetencer, færdigheder og viden i kommunale akutfunktioner

Kommunale akutfunktioner er bl.a. kendetegnet ved, at:

- Indsatsen er rettet mod borgere med akut opstået sygdom eller akut forværing af sygdom, herunder både somatisk og psykiatrisk sygdom, eller akut nedsat funktionsevne.
- Håndtere borgere med komplekse og akutte problemstillinger, der ikke så ofte ses i den almindelige hjemmesygepleje.
- Indsatsen hele tiden skal justeres i tæt samarbejde med behandlingsansvarlig læge på sygehus og/eller i almen praksis.
- Være fleksible på tid og opgaver.

Disse kendetegn ved kommunale akutfunktioner stiller særlige krav til færdigheder, kompetencer og viden hos det sygeplejefaglige personale i akutfunktionen.

De forudsætter, at det sygeplejefaglige personale er robust, og at det kan agere og træffe selvstændige beslutninger i en uforudsigelig og omskiftelig hverdag, hvor opgaverne sjældent kan planlægges.

De forudsætter også, at det sygeplejefaglige personale har stærke kommunikative færdigheder, og at personalet har kendskab til organiseringen af det tværfaglige samarbejde, herunder at personale i akutfunktionen kan fastholde og udbygge samarbejde med praktiserende læge, lægevagt og sygehus.

De forudsætter herudover, at det sygeplejefaglige personale har brede sygeplejefaglige kompetencer, viden og erfaring i forhold til observation, vurdering og analyse af akutte, komplekse symptombilleder samt løbende justering af pleje og behandling i samarbejde med læge.

En række kommuner fremhæver, at de i rekruttering til akutfunktioner forudsætter, at det sygeplejefaglige personale har en bred sygeplejefaglig baggrund, herunder fx klinisk erfaring fra sygehusenes medicinske eller kirurgiske afdelinger, og at de har to til fem års relevant praktisk erfaring. Denne kommunale praksis understøttes af Sundhedsstyrelsen, som fremhæver, at "lægeordnede behandlingsopgaver i en akutfunktion primært varetages af sygeplejersker med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer og kliniske erfaringer opnået efter afsluttet sygeplejerskeuddannelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler minimum 2 års relevant erhvervs-erfaring hos sygeplejersker inden ansættelse i akutfunktioner i hjemmesygeplejen"²⁴.

God praksis i kommunale akutfunktioner (sygeplejefaglige kompetencer)

Sygeplejefagligt personale i kommunale akutfunktioner skal have brede sygeplejefaglige kompetencer, viden og erfaring omkring observation, handling, planlægning, udredning, justering og opfølgning på den sygeplejefaglige indsats. Sygeplejefagligt personale skal herudover kunne agere og træffe selvstændige beslutninger i en uforudsigelig og omskiftelig hverdag.

Vedligehold og tilegnelse af kompetencer og viden i kommunale akutfunktioner

Det er hensigtsmæssigt at forankre indsatser til borgere med komplekse, akutte og omskiftelige problemstillinger i akutfunktionen. Det sikrer både den nødvendige volumen i opgavevaretagelsen og vedligehold af viden og kompetencer blandt det sygeplejefaglige personale i akutfunktionen.

Særlige færdigheder og kompetencer i akutfunktionen erhverves løbende i takt med, at indsatser, der traditionelt er blevet håndteret i sygehusregi, varetages i den kommunale hjemmesygepleje. Her tilbyder 74 pct. af kommunerne løbende relevant efteruddannelse og 59 pct. af kommunerne har samarbejde med sygehus om fx fælles skolebænk²⁵. Det kan både være i form af generel og bred erfaringsudveksling og omkring introduktion til nye behandlingstiltag i akutfunktionen. Herudover sikrer 80 pct. af kommunerne sidemandsoplæring af sygeplejefagligt personale i akutfunktioner.

Faktaboks 7.1. Efteruddannelse i akut sygepleje

Kommunerne benytter sig af en række forskellige efteruddannelses tiltag for at styrke de sygeplejefaglige kompetencer i akutfunktionen. De spænder fra styrkelse af sygeplejefærdigheder i forhold til konkrete afgrænsede indsatser, fx iv-kursus, til kursus i grundlæggende palliation og forskellige diplomuddannelsesforløb, fx om den akut syge borger i kommunalt regi.

God praksis i kommunale akutfunktioner (kompetencer, færdigheder og viden)

Særlige færdigheder og kompetencer i akutfunktionen erhverves løbende fx gennem relevant efteruddannelse og samarbejde med sygehus om supervision eller fælles skolebænk.

25 Spørgeskemaundersøgelse, KL, 2013. Opgørelsen er lavet for kommuner med akutfunktioner.

Bilag 1

Kommissorium for arbejdsgruppe om basisindhold i sygeplejefaglige kompetencer i akuttilbud

Indlæggelsestiderne på sygehus bliver stadig kortere og sygehusene mere specialiserede. Parallelt med denne udvikling bliver der flere behandlingskrævende ældre og flere mennesker med kronisk sygdom. Disse ændringer fordrer et veludbygget nært sundhedsvæsen, der har kompetencer til at løfte de mere akutte indsatser, fx i relation til de ældre medicinske patienter, og til at sikre tidlig opsporing, rehabilitering samt understøtte borgerens egenmestringsevne. Alle kommuner arbejder derfor med udvikling af sygeplejefaglige kompetencer i bl.a. akuttilbud.

Akuttilbud har til formål dels at forebygge indlæggelser og genindlæggelser og dels hurtigt at hjemtage patienter fra sygehus, når der ikke (længere) er behov for sygehusindlæggelse. De subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser vil primært være målrettet ældre patienter, der ikke har behov for indlæggelse på sygehus, men hvor patienten heller ikke kan håndteres i den almindelige kommunale sygepleje.

Stort set alle kommuner har etableret en form for aflastnings- eller akuttilbud med det formål at forebygge indlæggelser og hjemtage færdigbehandlede patienter, der endnu ikke kan klare sig i eget hjem. 66 pct. af kommunerne har akuttilbud med sygeplejefaglig indsats hele døgnet, heraf har knap 3/4-dele særligt fokus på genoptræning og rehabilitering i tilbuddet. Herudover har 28 pct. af kommunerne døgnrehabiliteringstilbud med terapeutfaglig bistand, og 22 pct. af kommunerne har allerede erfaringer med at ud-

vikle akutteams med specialiseret sygeplejekompetence, der har til formål at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser²⁶.

Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL har i 2012 udarbejdet en definition af kommunale subakutte og akutte pleje- og rehabiliteringsindsatser²⁷. Iflg. definitionen skal "subakutte/akutte kommunale tilbud døgnet rundt kunne levere en række sygeplejeindsatser, som kræver en række særlige kompetencer hos de involverede sundhedspersoner. Eksempler på dette er:

- Observation af akut opstået sygdom eller akut opståede komplikationer til sygdom.
- Væske- og ernæringsterapi, herunder sondeernæring.
- Inhalationsbehandling og iltterapi.
- Kateteranlæggelse og -pleje.
- i.v.-medicinering".

Kommunerne har i disse år et særligt fokus på kompetenceudvikling, kvalitetssikring og ensartning af ydelserne i det nære sundhedsvæsen. Dette afspejler sig i både lokale initiativer og en række større, tværgående projekter, som flere kommuner deltager i, bl.a.:

- Partnerskabsprojektet om udvikling af generelle sygeplejefaglige standarder.
- Projekt kliniske retningslinjer, et samarbejdsprojekt mellem KL og Sundhedskartellet om udvikling af kliniske retningslinjer for udvalgte indsatser for den ældre medicinske patient.
- Patientsikker kommune, et pilotprojekt i samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som har til formål at reducere fejl og indlæggelser i kommunerne.

26 Spørgeskemaundersøgelse, KL, april 2013

27 Definition af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser til ældre patienter, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL, 2012

Kommunerne har i fællesskab i hver af de fem regioner i regi af kommunekontaktårene (KKR) besluttet at arbejde efter fælles forpligtende målsætninger for udvikling af det faglige indhold i de subakutte og akutte kommunale tilbud.

Dette kvalitetsudviklingsarbejde kan med fordel foretages på tværs af de fem regioner med henblik på at understøtte større faglig ensartethed og kvalitet i kommunernes sygeplejefaglige akuttilbud.

Der nedsættes på den baggrund en arbejdsgruppe med deltagelse af kommuner, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Dansk Sygeplejeselskab, Dansk Sygeplejeråd og Dansk Selskab for Almen Medicin.

KL varetager formandskab og sekretariatsbetjening af arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppen skal i opstarten af arbejdet inddrage Sundhedsstyrelsens styregruppe for den ældre medicinske patient, i gruppens arbejde.

Arbejdsgruppen skal på baggrund af eksisterende bedste viden og praksis på området:

- definere basisindhold i subakutte/akutte pleje- og rehabiliteringsindsatser.
- definere indholdet i sygeplejefaglige kompetencer samt krav til kompetenceniveauet hos det sundhedsfaglige personale med afsæt i de subakutte og akutte tilbud.

Arbejdsgruppens arbejde afsluttes primo 2014.



KL
Weidekampsgade 10
2300 København S
Tlf. 33 70 33 70
kl@kl.dk
www.kl.dk

Produktionsnr. 830086-pdf