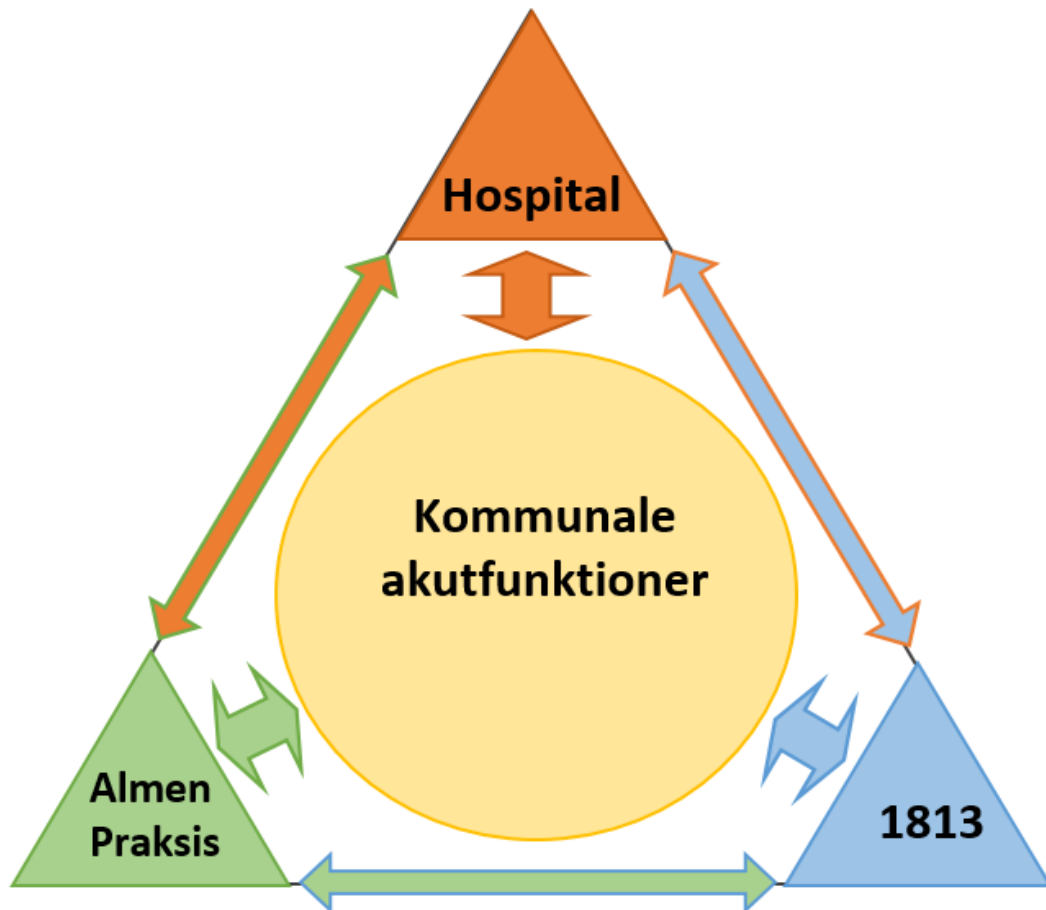


Samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden



Indhold

Indhold	2
1. Indledning	3
1.1 Aftalens grundlag	3
1.2 Samarbejdsaftalens parter	3
1.3 Formål	3
1.4 Målgruppen for kommunale akutfunktioner	3
1.5 Kommunale akutfunktioner	3
2. Samarbejdet om den kommunale akutfunktion	4
2.1 Henvisning og visitation	4
2.2 Det lægefaglige behandlingsansvar	4
2.3 Delegation	5
2.4 Afklaringsfase	5
2.5 Henvisning til forløb i den kommunale akutfunktion	6
2.6 Samarbejde under forløb i den kommunale akutfunktion	6
2.7 Afslutning af forløb	7
3. Øvrige forhold	7
3.1 Implementering af samarbejdsaftalen	7
3.2 Monitorering	8
3.3 Tvister	8
3.4 Ikrafttræden	8

1. Indledning

1.1 Aftalens grundlag

Samarbejdsaftalen tager afsæt i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser af 25. oktober 2017 herefter benævnt Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder.

Aftalen er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat under Den Administrative Styregruppe for Sundhedskoordinationsudvalget i Region Hovedstaden. Arbejdsgruppen er nedsat med henvisning til intentionerne i Praxisplanen for 2015-2019 og Sundhedsaftalen for 2015-2018 i Region Hovedstaden, hvoraf det følger, at kommunernes opgaveløsning afstedkommer behov for at udvikle velfungerende løsninger for lægebetjening af de kommunale akutfunktioner¹.

1.2 Samarbejdsaftalens parter

Samarbejdsaftalen er indgået mellem PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden.

1.3 Formål

Formålet med nærværende samarbejdsaftale er at sikre høj kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for borgere i den kommunale akutfunktion i hjemmesygeplejen (herefter de kommunale akutfunktioner). Dette via et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, Region Hovedstadens Akutberedskab (herefter 1813), almen praksis og de kommunale akutfunktioner. Grundprincippet for samarbejdet er, at ingen borgere skal opleve fagligt ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser.

1.4 Målgruppen for kommunale akutfunktioner

Målgruppen for de kommunale akutfunktioner er:

- lægehenviste borgere over 18 år med akut opstået somatisk sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for hospitalsindlæggelse.
- lægehenviste borgere over 18 år, der efter udskrivning fra somatisk hospital fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i en kommunal akutfunktion.
- borgere over 18 år, henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med den kommunale akutfunktions personale med henblik på praktisk hjælp til vurdering eller indsats.

1.5 Kommunale akutfunktioner

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygepleje.² Kommunerne organiserer varetagelsen af opgaverne i de kommunale akutfunktioner forskelligt; oftest som mobile akutteams og/eller stationære akutpladser.¹ Indsatserne er beskrevet i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder, afsnit 5.

¹ Der er foretaget en teknisk og redaktionel opdatering af samarbejdsaftalen efter godkendelsen i Sundhedskoordinationsudvalget.

² Bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje.

De kommunale akutfunktioner varetager som minimum en række standardiserede sygeplejefaglige indsatser, som kræver særlige kompetencer³. Medarbejderne i de kommunale akutfunktioner er sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der har en række særlige kompetencer for at kunne udføre akutfunktionens opgaver. Den kommunale akutfunktion anvender sikker mundtlig og skriftlig kommunikation i form af ISBAR-metoden⁴ og Skriv ned og læs op-metoden⁵.

Det vil fremgå af sundhed.dk⁶, hvis en kommunal akutfunktion vælger at varetage indsatser ud over Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder.

Medarbejderne i de kommunale akutfunktioner er samarbejds- og sparringspartnere for de behandlingsansvarlige læger (praktiserende læger, 1813-læger og hospitalslæger) og det kommunale plejepersonale i fx hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, plejecentre og botilbud. De kommunale akutfunktioner understøtter, at der træffes kvalificerede kliniske beslutninger.

De kommunale akutfunktioner har udstyr, der er nødvendigt for at foretage relevant observation, diagnostik og behandling af en række sygdomstilstande, der varetages i akutfunktionerne.⁷

Den kommunale akutfunktion kan i forbindelse med et konkret patientforløb, der kræver særlige pleje- og behandlingsopgaver, have behov for oplæring i forhold til de specielle pleje- og behandlingsopgaver. Denne oplæring sikres og aftales i samarbejde mellem hospitalerne og den kommunale akutfunktion.

2. Samarbejdet om den kommunale akutfunktion

2.1 Henvisning og visitation

Læger i almen praksis, i 1813 eller på hospitalerne kan henvise borgere til den kommunale akutfunktion, såfremt borgerne er i målgruppen og har behov for de indsatser, den kommunale akutfunktion kan tilbyde.

Den kommunale akutfunktion har til enhver tid visitationsretten og vurderer derfor, om en borgers situation kan varetages i akutfunktionen. Det skal være muligt for akutfunktionen at håndtere de opgaver, som aftales med lægen og uden unødvendig forsinkelse inden for få timer fra modtagelse af opkald om en borger. Akutfunktionen skal kontakte den henvisende læge, såfremt dette ikke overholdes, hvorpå der skal ske revurdering af borgerens situation.

2.2 Det lægefaglige behandlingsansvar

Det fulde behandlingsansvar for en borger, der er tilknyttet akutfunktionen, ligger hos den læge, som har henvist borgeren til den kommunale akutfunktion. Det vil sige, at ansvaret ligger hos enten den praktiserende læge, lægen hos 1813 eller hos en hospitalslæge.

³ Indsatserne er beskrevet i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder, afsnit 5.

⁴ ISBAR er et redskab til strukturering af kommunikation om patientbehandling, der sikrer, at den mundtlige kommunikation kommer rundt om fem centrale punkter: Identifikation (patientinformation), Situation (borgerens situation/årsag til henvendelsen), Baggrund (borgerens sygdomshistorie), Analyse (vurdering af problemet), Råd (om videre pleje/behandling).

⁵ Skriv ned og læs op er den konkrete løsning på tjek-svar-kommunikation i forbindelse med beskeder, der gives pr. telefon. <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/kvalitet/Patientsikkerhed/Sider/Skriv-ned-og-laes-op.aspx>.

⁶ Kommunale sundhedstilbud kan findes på sundhed.dk: <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/>.

⁷ Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder, afsnit 7.

Den behandlingsansvarlige læge er den læge, som skal kontaktes, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand.

For alle borgere henvist af henholdsvis almen praksis og 1813 gælder, at ved akut behov for læge har almen praksis ansvaret i dagtiden (hverdage kl. 08-16) og 1813 på hverdage kl. 16-08 samt i weekender og på helligdage.

For borgere, hvor hospitalsbehandlingen fortsætter efter udskrivelse fra hospitalet, har hospitalet behandlingsansvaret, indtil hospitalsbehandlingen er afsluttet og borgeren kan overgå til almindelig (syge)pleje jvf. 2.7. Dette gælder hele døgnet. Det er således den til enhver tid vagthavende læge i det udskrivende hospitalsafsnit, der har behandlingsansvaret, så længe den behandling, der er iværksat eller ordineret af hospitalet, ikke er afsluttet.

I alle situationer, hvor en borger henvises til en kommunal akutfunktion, skal akutfunktionen for den konkrete borger have oplysning om, hvem den behandlingsansvarlige læge/lægelige funktion er, samt et telefonnummer, hvor lægen kan kontaktes. Det er afgørende, at det er entydigt for personalet i den kommunale akutfunktion, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om borgerens behandling.

2.3 Delegation

Delegation af lægeforbeholdte opgaver til den kommunale akutfunktion (fra almen praksis, 1813 eller hospitalet) kan aftales for den enkelte borger (dvs. der ikke kan laves rammedelegation).⁸

2.4 Afklaringsfase

Forud for en henvisning til den kommunale akutfunktion er der behov for en afklaringsfase, hvor det afklares om akutfunktionen er det rette tilbud til borgeren.

Lægen kontakter akutfunktionen

Når en læge på hospitalet, i almen praksis eller hos 1813 vurderer, at en borger har behov for en afklaring i den kommunale akutfunktion, tager lægen indledende telefonisk kontakt på borgerens vegne til den kommunale akutfunktions telefonnummer. I akutfunktionen er det en sygeplejerske med akutfunktionskompetencer, der tager imod opkaldet fra lægen og vurderer, om akutfunktionen kan varetage opgaven. Der kan i afklaringsfasen være flere kontakter mellem parterne med henblik på at tilvejebringe et tilstrækkeligt oplysningsgrundlag for at kunne træffe en kvalificeret lægefaglig beslutning. Den kommunale akutfunktion kan, hvis det skønnes nødvendigt, anmode lægen om skriftlig dokumentation af de aftalte ordinationer og indsatser undervejs i afklaringsfasen. Afklaringsfasen kan afsluttes med enten:

- en henvisning og visitation til akutfunktionen, jf. pkt. 2.5
- en lægefaglig vurdering af, hvordan borgernes behov bedst varetages på anden vis. Dette kan eksempelvis være ved indlæggelse eller observation/behandling i kommunen.
- en afklaring af, at der ikke er behov for yderligere.

⁸ Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), Sundheds- og Ældreministeriet, 2009.

Akutfunktionen kontakter lægen

Når den kommunale akutfunktion vurderer, at der er behov for en lægefaglig vurdering af en borger, indsamler sygeplejersken relevante oplysninger om borgeren, fx ved at måle vitale parametre (ABCDE-principet).⁹ Sygeplejersken med akutfunktionskompetencer kontakter indledningsvist telefonisk herefter almen praksis eller 1813. Der kan i afklaringsfasen være flere kontakter mellem parterne med henblik på at tilvejebringe et tilstrækkeligt oplysningsgrundlag til at kunne træffe en kvalificeret lægefaglig beslutning. Den kommunale akutfunktion kan, hvis det skønnes nødvendigt, anmode lægen om skriftlig dokumentation af de aftalte ordinationer og indsatser undervejs i afklaringsfasen. Afklaringsfasen afsluttes med enten:

- en henvisning og visitation til akutfunktionen, jf. pkt. 2.5
- en lægefaglig vurdering af, hvordan borgernes behov bedst varetages på anden vis. Dette kan eksempelvis være ved indlæggelse eller observation/behandling i kommunen.
- en afklaring af, at der ikke er behov for yderligere.

2.5 Henvisning til forløb i den kommunale akutfunktion

Når der i samarbejdet mellem en læge fra almen praksis, et hospital eller 1813 og den kommunale akutfunktion er tilvejebragt et tilstrækkeligt oplysningsgrundlag for, at lægen kan træffe en lægefaglig beslutning om, at en borger kan tilknyttes akutfunktionen, sender lægen en elektronisk henvisning til den kommunale akutfunktion. Den henvisende læge fastsætter i samarbejde med den kommunale akutfunktion en tidshorizont for indsatsen for borgeren. Den henvisende læge og den kommunale akutfunktion indhenter borgerens samtykke til videregivelse af borgerens helbredsoplysninger.

Henvisningen til den kommunale akutfunktion skal indeholde følgende oplysninger:

- beskrivelse af borgerens tilstand, problemstillingen/henvisningsårsag samt
- hvilke tiltag der allerede er foretaget i udredningen/behandlingen
- behandlings- eller udredningsplan for borgeren, herunder beskrivelse af ordinerede opgaver og instruktioner, hvor der er relevant
- kontaktoplysninger (navn og telefonnummer) til den behandlingsansvarlige læge/hospitalsafsnit
- kontaktoplysninger på borgerens nærmeste pårørende, såfremt disse er tilgængelige
- forventningen til varigheden af forløbet hos den kommunale akutfunktion jf. pkt. 2.7
- oplysninger om borgerens samtykke til, at der videregives oplysninger om borgeren til akutfunktionen.

Sundhedsstyrelsen har iværksat et arbejde om udarbejdelse af en dynamisk henvisning (MedCom-standard) til den kommunale akutfunktion. Den vil understøtte, at almen praksis, hospitalerne eller 1813 let kan indtaste den relevante og nødvendige information. Når den dynamiske henvisning er tilgængelig og anvendelig for de enkelte parter, vil den blive taget i brug og erstatte proceduren beskrevet i denne aftale. Indtil den dynamiske henvisning foreligger og er implementeret, anvendes korrespondancemeddelelse til henvisning. For 1813 foregår al kommunikation telefonisk indtil den tekniske løsning er klar.

2.6 Samarbejde under forløb i den kommunale akutfunktion

Den kommunale akutfunktion skal melde tilbage til den behandlingsansvarlige læge, hvis tilstanden hos borgeren ændrer sig i forhold til det aftalte. Lægen skal i disse tilfælde foretage en ny vurdering af, hvorvidt borgeren skal fortsætte forløbet hos akutfunktionen, eller om borgerens behov bedst varetages på anden vis.

⁹ Systematisk tilgang til patienter med kritisk sygdom

Har en læge ordineret prøver, skal lægen give akutfunktionen besked om prøvesvarene, og om dette får betydning for det aftalte forløb. Kommunikationen om prøvesvar sker som sædvanligt efter aftale i det konkrete patientforløb og kan ske både telefonisk (akut) og ved hjælp af en korrespondancemeddelelse. For 1813 gælder, at prøvesvar altid drøftes telefonisk.

Særligt for hospitalerne

Den udskrivende eller vagthavende læge på hospitalet har under et samarbejdsforløb med en kommunal akutfunktion et særligt ansvar for:

- at tilbyde rådgivning og vejledning fra læger, sygeplejersker og andet personale på hospitalet vedrørende specifikke borgeres behandling
- at sikre, at FMK er opdateret, og at relevante recepter er udstedt
- at medgive den ordinerede, midlertidige medicin, jf. behandlingsplanen, dvs. præparater, som er aftalt med akutfunktionen
- at medgive utensilier, som er nødvendige, for at akutfunktionen kan varetage og videreføre den pleje og behandling, som hospitalet har igangsat. Dette aftales nærmere med akutfunktionen.

Den udskrivende hospitalslæge kan delegere udvalgte opgaver til en sygeplejerske på hospitalet i forhold til samarbejdet med den kommunale akutfunktion.

2.7 Afslutning af forløb

For hver borger aftales det, hvordan et forløb forventes afsluttet, herunder information til den konkrete borger. Afslutningen af et forløb skal ske efter en konkret vurdering foretaget i et samarbejde mellem den behandlingsansvarlige læge og den kommunale akutfunktion.

Når forløbet i akutfunktionen er afsluttet, skal dette dokumenteres i akutfunktionen såvel som på hospitalet, 1813 og hos almen praksis. Hospitalet eller 1813 sender en epikrise til borgerens praktiserende læge.

Kommunerne kan videredelegere i henhold til enhver tid gældende lovgivning¹⁰.

3. Øvrige forhold

3.1 Implementering af samarbejdsaftalen

Aftalen godkendes i Praksisplanudvalget og i Sundhedskoordinationsudvalget.

Implementering sker i regi af sundhedsaftalen. Den lokale implementering forankres i samordningsudvalgene i de fem planområder.

Denne aftale erstatter tidligere indgåede aftaler om samarbejde med akutfunktioner, dog ikke aftalerne om *Ansættelse af læger på Akutplejeenhed i København*¹¹ og *Samarbejdsaftale mellem Bispebjerg og*

¹⁰ BEK nr 1219 af 11/12/2009. Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=129042>.

¹¹ Aftalen *Ansættelse af læger på Akutplejeenhed i København* findes på: <https://www.laeger.dk/ansaettelse-af-laeger-paa-akutplejeenhed-i-koebenhavn>.

Frederiksberg Hospital og Frederiksberg Kommune vedrørende sundhedsfaglig behandling af borgere/patienter indlagt på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering 30.09.2019¹².

3.2 Monitorering

For at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet skal indsatsen i de kommunale akutfunktioner monitoreres.

I regi af Praksisplanudvalget udarbejdes et konkret forslag til design til opfølgning og monitorering af aftalen.

I tilknytning til denne samarbejdsaftale er der indgået aftale om fælles forsøgsordning med honorering af praktiserende læger i forbindelse med kommunikation/rådgivning om borgere tilknyttet de kommunale akutfunktioner.

3.3 Tvister

Såfremt der opstår tvister om fortolkning eller udfyldning af nærværende aftale, skal aftalens tre parter i fællesskab tilstræbe at nå til enighed om en løsning.

3.4 Ikrafttræden

Nærværende samarbejdsaftale træder i kraft den 1. februar 2020.

¹² Samarbejdsaftalen er gældende for de praktiserende læger, der vælger at beholde behandlingsansvaret for borgeren, mens denne er på ophold på Akutplejeenhed København eller Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering.