

REFERAT Ældrerådet 2009-2021 d. 21-04-2017

Mødedato Fredag d. 21. april 2017 kl. 09:00

Mødested

Indholdsfortegnelse

Referat - Åben.....	3
Referat med bilag - Åben.....	29

Punkt 1: Referat - Åben

Referat

Ældrerådet

Ordinært møde

Mødetidspunkt:

21-04-2017 09:00

Mødeafholdelse:

Mødelokale 0.28, Frederikshavn Rådhus

NB.

Gæster:

Kl. 09:00 under pkt. 1 deltager sundhedsfaglig konsulent Birgitte

Kvist, Center for Sundhed og Pleje

Kl. 10:00 under pkt. 5 deltager uddannelseskonsulent Majbritt Sund,

Center for Sundhed og Pleje

Tilstede:

Hanne Andersen

Oda Kajgaard

Ole Kanstrup Petersen

Jytte Schaltz

Chris Sørensen

Dan Eriksen

Else Henriksen

Dorte Tofting

Lisbeth Dørum

Fraværende:

Stedfortrædere:



Indholdsfortegnelse

Ældrerådet

21-04-2017 09:00

1 (Åben) Orientering om Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.krav og anbefalinger.....	3
2 (Åben) Godkendelse af dagsordenen	8
3 (Åben) Godkendelse af referat.....	9
4 (Åben) Træning i stedet for operation ved slidgigt i knæet (knæartrose).....	10
5 (Åben) Orientering om nyt indenfor SOSU- og Sygeplejerskeuddannelserne.....	13
6 (Åben) Forlængelse af kontrakt vedrørende levering af genoptræning omfattet af Sundhedslovens § 140	14
7 (Åben) Orientering vedr. kommunalt tilsyn 2016 i plejeboliger.....	16
8 (Åben) Opfølgning på sager fra de politiske udvalg	19
9 (Åben) Orientering fra møde i Kontaktpersonordningen mellem Ældrerådet og kommunens plejecentre.....	20
10 (Åben) Information fra formanden samt øvrige medlemmer	21
11 (Åben) Opfølgning på Ældrerådets budget	23
12 (Åben) Næste møde.....	24

1 (Åben) Orientering om Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.krav og anbefalinger

Sags ID: EMN-2016-01775

Sagsbehandler: Birgitte Kvist

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SUU

Sagsfremstilling

Sundhedsstyrelsen har i december 2016 udsendt en "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen" i høring og den endelige udgave er kommet i april 2017. Med denne kvalitetsstandard bliver der stillet nye og større krav til sygeplejerskerne kompetencer og deres afgang til udstyr i forhold til at kunne foretage diagnostiske undersøgelser efter lægehenviisning. De nye krav og anbefalinger skal følges fra 2018

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 til kommunale akutfunktioner af en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau.

I den Nationale handlingsplan fra 2016 fra Sundheds- og ældreministeriet "Styrket indsats for den ældre medicinske patient" er kommunerne inden udgangen af 2016 forpligtet til at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje" fra 2014.

Sundhedsstyrelsen har nu udarbejdet "Kvalitetsstandarter for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen", som de kommunale akutfunktioner skal leve op til fra 2018.

Med aftale om finansloven 2016 følger midler til indsatsområder i "Handleplan for den ældre medicinske patient"

Fordeling af midler på indsatsområder i handlingsplan for den ældre medicinske patient, mio. kr.

	2016	2017	2018	2019	i alt	varigt
Styrkede kommunale akutfunktioner i regi af hjemmesygeplejen	50	95	130	170	445	170
Kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje	35	55	35	–	125	–
Hvilket for Frederikshavn Kommune vil betyde tilførsel af ca. mio. kr.	1,87	1,87	0,93	1,65	1,81	

I høringssvaret til "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen" skriver KL i forhold til økonomi, at KL skal tage forbehold for, hvorvidt de foreliggende anbefalinger kan holdes inden for rammen af de midler, der er afsat i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. Det gælder særligt ift. anbefalinger om "instrumentelle indsatser" der med det foreliggende udkast i 2018 skal kunne varetages i en kommunal akutfunktion. KL er hér bekymret for, at anbefalingerne vil tilskynde regioner og almen praksis til at henvise patienter til de kommunale akutfunktioner i et omfang, der overgår den begrænsede kapacitet kommunerne med de afsatte midler realistisk kan honorere. Det vil accelerere den opgaveglidning, der de senere år er fundet sted – vel at mærke uden at kommunerne er blevet kompenseret økonomisk.

Nye krav og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen

En kommunal akutfunktion skal:

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

Målgruppe

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage:

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

Indsats

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage følgende opgaver:

- sygeplejefaglig vurdering og kommunikation,
- instrumentelle indsatser, herunder:
 - akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektions-tal, blodsukker og blodprocent)
 - subcutan og intramuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
 - sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
 - parenteral ernæring herunder til- og frakobling samt forbindelsesskift 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.

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
- 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
- hjertestarter og Rubens ballon
- værnemidler

Udgifterne til dette udstyr vil, i det omfang det er muligt, blive afholdt af budgettet til sygeplejeartikler.

Kompetencer og uddannelse

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

- autoriseret sygeplejeske
- mindst to års relevant, klinisk erfaring

Ovenstående er et uddrag af "Sammendrag af krav og anbefalinger" i "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen"

Hvad betyder det for Frederikshavn Kommune

Kompetenceløft

Der iværksættes et kompetenceløft til alle sygeplejersker med borgerkontakt (hjemmesygepleje, plejecentre incl. Caspershus, ansatte på Senhjerneskadecentret og i Handicap og Psykiatri). Der er udarbejdet et program med 17 undervisningsdage, som arrangeres i samarbejde med Regionshospitalet Nordjylland, og Handelsskolen samt kommunale ressourcepersoner.

Det forventes at der vil blive afholdt 4 af disse kurser i perioden september 2017 til udgangen af marts 2018.

Opgaveoverdragelse

Der vil skulle bruges mange af sygeplejerskernes nuværende ressourcer til nye akutte opgaver. For at frigive ressourcer til de nye opgaver er der igangsat et arbejde i en tværfaglig gruppe, der skal udarbejde en model, der på baggrund af sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenternes

kompetenceprofiler sikrer, at opgaven udføres på laveste kost effektive niveau.

Sygeplejeydelser

Der vil kunne frigives kommunale ressourcer ved at revurdere de sygeplejeydelser som Den Kommunale Sygepleje tilbyder, specielt i forhold til medicinadministration, så det kun bliver borgere i ustabil fase, der kan tilbydes medicinadministration. Borgere der har en stabil medicinering skal i højere grad overgå til dosisdispenseret medicin.

Nattevagt

Der vil være behov for at styrke sygeplejedækningen i nattevagt, hvilket der allerede er en proces i gang med.

Udstyr

Kvalitetsstandarden stiller desuden krav om forskelligt udstyr, som skal være til rådighed for sygeplejen. Administrationen er i gang med at afsøge markedet i forhold til apparatur. Udgifterne til dette udstyr og depotvarer er ikke fuldt klarlagt på nuværende tidspunkt.

Birgitte Kvist deltager under punktet

Bilag: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger

Punktet sendes efterfølgende til orientering i Ældre- og Handicaprådet

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller:

- At Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.
- At Sundhedsudvalget beslutter, at en tværfaglig arbejdsgruppe fortsætter med at afdække mulighederne for at frigive sygeplejeressourcer ved at udvikle en model for opgaveoverdragelse af sundhedslovsopgaver efter kompetenceprofil.
- At der udarbejdes oplæg til nye standarder for sygeplejeydelser, som efterfølgende skal politisk godkendes.
- At det vil indgå i Sundhedsudvalgets overvejelser, i forbindelse med budget 2018, at tilføre økonomiske ressourcer til udstyr og den kommunale sygepleje, for at kunne leve op til "Kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen"

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Sundhedsudvalget **Dato:** 18-04-2017

Indstillingen tiltrædes.

Fraværende: Kenneth Bergen.

Beslutninger:

Orientering ved Birgitte Kvist.

Der er etableret 7 sygepleje-/hjemmeplejegrupper under fælles ledelse, geografisk fordelt i hele kommunen.

Fr-havn Kommune har ikke særlige akutteams – alle sygeplejerskerne bliver uddannet til at varetage opgaven.

Der kommer nu flere og langt større krav til hvilke opgaver sygeplejen skal kunne varedage. Dette gør det nødvendigt med udvidelse af depot for sygeplejeartikler.

Læger på sygehuset og praktiserende læger kan henvise til akutteamet.

Drøftelse af, hvor det overordnede ansvar for behandlingen ligger, når patient udskrives fra sygehus til en akutfunktion. Skal for øjeblikket aftales i det enkelte tilfælde. Den endelige ansvarsfordeling vil blive indarbejdet i sundhedsaftale der indgås i løbet af 2018.

Drøftelse omkring døgnåbent apotek. Sygeplejen må ikke køre med medicin, med mindre det er ordineret til en bestemt patient. Fra Fr-havn Kommune har man foreslået, at akutsygeplejen kan hente medicin på Sygehuset, som er tættere på end døgnapoteket. En anden mulighed kunne være, at Fr-havn kommune ansætter læge, som akutteamet arbejder under. I en sådan ordning må sygeplejen have medicin med rundt.

Ældrerådet takkede for en god orientering.

Bilag

- Kvalitetsstandarde for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.ashx (1829266 - EMN-2016-01775)

2 (Åben) Godkendelse af dagsordenen

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Godkendelse af dagsordenen – herunder gennemgang af erindringsliste over aktuelle sager.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Dagsordenen blev godkendt uden bemærkninger.

Bilag

3 (Åben) Godkendelse af referat

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Godkendelse af referat fra den 27. marts 2017.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Referatet blev godkendt uden bemærkninger.

Bilag

4 (Åben) Træning i stedet for operation ved slidgigt i knæet (knæartrose)

Sags ID: EMN-2017-00120

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SUU

Sagsfremstilling

Resumé

Model for "Træning i stedet for operation" blev godkendt på møde i Sundhedskoordinationsudvalgsmøde den 27. maj 2016.

Nu foreligger den første samarbejdsaftale mellem Region Nordjylland og kommunerne om træning i stedet for operation, som omfatter slidgigt i knæet. Der er tale om en samarbejdsaftale, som kommunerne ikke lovmæssigt er forpligtiget til at indgå, men har mulighed for at tiltræde.

Kommunerne kan vælge at tilslutte sig den godkendte model som supplerende sundhedsaftale i den takt, de ønsker det.

Samarbejdsaftalen forelægges derfor her Sundhedsudvalget til tiltrædelse.

Samarbejdsaftalen og dens formål

Regeringen og Danske Regioners visitationsretningslinje for knæartrose (slidgigt i knæet) udkom i 2011, og foreskriver mere træning af borgere med symptomer på slidgigt i knæet frem for henvisning til hospital med henblik på udredning/operation.

Sundhedskoordinationsudvalget har godkendt en model for arbejdsdeling i primærsektoren (kommune og almen praksis), som angiver tre kriterier, der skal hjælpe den praktiserende læge med at henvise borgere til enten kommunal træning eller træning hos privat praktiserende fysioterapeuter.

Langt de fleste borgere forventes, at blive henvist direkte fra almen praksis til de privatpraktiserende fysioterapeuter.

I nedenstående tre tilfælde anbefales det, at henvise borgerne til kommunal træning:

1. Borgeren/patienten er tilknyttet den kommunale hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje.
2. Borgeren/patienten har lav omsorgsevne, som betyder, at vedkommende vil have svært ved at deltage i et tilbud hos en privat praktiserende fysioterapeut.
3. Borgerens/patientens situation kompliceres af sygdommens sværhedsgrad og evt. tilhørende yderligere sygdom, hvor indsatsen kræver en koordinering mellem flere samtidige indsatser (fx jobcenter og sundhedscenter).

Henvisningen vil kunne ske i henhold til gældende lovgivning i Sundhedsloven §119 via elektronisk henvisning fra de praktiserende læger. Center for Social- og Sundhedsmyndighed vil modtage og frem over visitere henvisningen til Træningscentrene, som er udfører på opgaven.

Det er aftalt, at parterne ved indgåelse af samarbejdsaftalen følger data for udviklingen på området.

Det kan oplyses, at Regionen udarbejder en instruks til hospitalerne om, at de skal tilbagevise de patienter, som henvises til udredning, hvor træning ikke er forsøgt.

Ved tiltrædelse tydeliggør Frederikshavn Kommune overfor almen praksis, hvordan henvisningspraksis er og hvilket serviceniveau, der er i Frederikshavn Kommune. Dette sker via samarbejdet i Kommunalt Lægeligt Udvalg.

Ligeledes skal der i fællesskab mellem region, kommune og de privatpraktiserende fysioterapeuter gennemføres en kvalitetssikring af træningen.

Følger af aftalen

Af rapporten, der ligger til grund for modellen om træning før operation, fremgår det, at en fuld implementering af træning i stedet for operation / udredning på hospital vil betyde:

- En hel del borgere undgår at skulle omkring hospitalet, inden de sættes i gang med træning.
- Flere borgere med disse symptomer vil få et tilbud om træning.
- Der kan forventes en årlig regional besparelse på ca. 3,5 millioner kroner.
- Den økonomiske konsekvens for kommunerne vil (ifølge rapporten) være noget nær neutral, idet der forventes en samlet merudgift fordelt på alle 11 kommuner på ca. 50.000,- kr. årligt.

Det antages desuden, at den andel af borgere, der i 2014 blev opereret for slidgigt i knæ, vil være nogenlunde den samme de efterfølgende år, da den foreliggende viden om virkning af "træning i stedet for operation" har været til stede i flere år. Det må derfor antages, at hospitalerne på nuværende tidspunkt kun opererer de patienter, hvor træning ikke længere er en mulighed.

Det antages at besparelsen vil være regional, mens det for kommunerne (ifølge rapporten) vil være næsten neutralt, isoleret set for denne aktivitet. I kommunerne forventes udgiften at flytte sig fra omkostninger på medfinansiering til udgifter på genoptræningsområdet.

Frederikshavn Kommune

Det anbefales, at Frederikshavn Kommune tiltræder aftalen under forudsætning af en skarp visitering med devisen "Den der kan selv, skal selv", og at det kommunale resurseforbrug til opgaven følges nøje med henblik på den økonomiske belastning samarbejdsaftalen måtte påføre træningsområdet.

Det må forventes, at der er en positiv afsmittende effekt til relaterede områder - fx sygedagpenge og borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet, hvis det lykkes i højere grad, at sikre en tidlig behandling til flere borgere. Samarbejdsaftalen om Træning før operation vil være med til at sikre større lighed i sundhed, da den netop er målrettet sårbare borgere med flere sygdomme eller lav omsorgsevne.

Sagen sendes i høring i Ældrerådet og Handicaprådet

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget godkender tiltrædelse af samarbejdsaftalen om træning i stedet for operation for slidgigt i knæ (knæartrose).

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Ældrerådet anbefaler Social- sundheds- og kulturdirektørens indstilling.

Bilag

- Model knæartrose (1759482 - EMN-2017-00120)
- Samarbejdsaftale Knæartrose, Frederikshavn (1759481 - EMN-2017-00120)

5 (Åben) Orientering om nyt indenfor SOSU- og Sygeplejerskeuddannelserne

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Uddannelseskonsulent Majbritt Sund fra Center for Sundhed og Pleje orienterer om sidste nyt inden for uddannelsen til Social- og sundhedshjælper, Social- og Sundhedsassistent og Sygeplejerskeuddannelsen.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Orientering ved Majbritt Sund.

Sygeplejeuddannelsen

De sidste sygeplejerskestuderende efter gammel ordning er i hjemmeplejen foråret 2017. Derefter køres der efter ny ordning.

Sygeplejeuddannelsen er opdelt i 7 semestre. Kommer i hjemmeplejen i 3., 4. og 6. semester. Starter i 3. og 4. semester inde på plejecentrene. 6. semester er i udegrupper. Der kommer 2 hold forår og 2 hold efterår i alt 28 studerende årligt af 8 uger. (bilag omdelt på mødet)

SOSU-uddannelserne

Ny uddannelse fra 01-01-2017.

SOSU-hjælper, varighed 1 år + 8 mdr.

SOSU-assistent, varighed 3 år + 3 mdr.

Der er lavet en overgangsordning for de hjælpere, der i dag ønsker at blive assistenter.

Fra 2019 regner man med at have 60 assistentelever og 20 hjælper-elever i gennemsnit om ugen.

Nyt: Skal kunne bistå borgeren i forhold til det digitale Danmark.

(Bilag omdelt på mødet).

Ældrerådet takkede for en god orientering.

Bilag

6 (Åben) Forlængelse af kontrakt vedrørende levering af genoptræning omfattet af Sundhedslovens § 140

Sags ID: EMN-2013-01117

Sagsbehandler: Tina Skou Meinertz

Ansvarligt center: Center for Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling

Frederikshavn Kommune har siden august 2013 haft kontrakt med den private leverandør "Fysioterapi på Toppen ApS" om at levere en del af kommunens genoptræning omfattet af Sundhedslovens § 140.

Paragraffen omhandler vederlagsfri genoptræning til borgere, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Der er tale om den del af genoptræningen, som falder i perioder med spidsbelastninger. Det vil sige i de perioder, hvor kommunen ikke kan påbegynde genoptræning af de berørte borgere inden for den garanterede periode på fem hverdage efter, at træningscentret har modtaget henvisning fra Visitationen.

Kontrakten vedrørende levering af genoptræning omfattet af Sundhedslovens § 140 er forlænget flere gange, og den nuværende kontrakt udløber den 1. april 2017.

Frederikshavn Kommune ønsker at fortsætte samarbejdet med "Fysioterapi på Toppen ApS" efter denne dato, men kommunen finder det nødvendigt, at der udarbejdes en ny kontrakt. Det skyldes, at samarbejdet og arbejdsgangene mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter kan optimeres, og det vil således betyde, at dele af kontraktens indhold skal ændres.

Idet det tager tid at udarbejde en ny kontrakt, da der er mange forhold at tage højde for, kan det ikke nås, før den nuværende kontrakt udløber.

Frederikshavn Kommune ønsker derfor at forlænge den nuværende kontrakt, indtil den nye kontrakt er på plads. Den nye kontrakt forventes at være klar i efteråret 2017. Sagen vil blive forelagt Sundhedsudvalget igen, inden der indgås ny kontrakt.

Ændringerne i den nye kontrakt handler blandt andet om adgang til de kommunale IT-systemer. Kommunen ønsker, at "Fysioterapi på Toppen ApS" får adgang til omsorgssystemet CSC Vitae, som både benyttes til kommunikation og dokumentation. I dag sender "Fysioterapi på Toppen ApS" notater som sikker mail. De kommunale medarbejdere journaliserer efterfølgende dokumenterne i CSC Vitae. Center for Sundhed

og Pleje samt Center for Social- og Sundhedsmyndighed er i dialog med Center for IT, Digitalisering og Velfærdsteknologi om at udvikle en sikker løsning.

Der har været afholde møde med repræsentanter for "Fysioterapi på toppen" og der er en gensidigt ønske om, forsætte den nuværende kontrakt, indtil den nye forligger.

Sagen sendes efterfølgende til orientering i Handicaprådet og Ældrerådet.

Indstilling

Social-, og Sundheds- og Kulturdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Sundhedsudvalget **Dato:** 18-04-2017

Orienteringen tages til efterretning

Fraværende: Kenneth Bergen.

Beslutninger:

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Bilag

7 (Åben) Orientering vedr. kommunalt tilsyn 2016 i plejeboliger

Sags ID: EMN-2016-01477

Sagsbehandler: Kira Rødkær

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence
SOU

Sagsfremstilling

Jævnfør Serviceloven § 151, stk. 2 skal kommunen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsyn på kommunens plejecentret og i Leve-Bo miljøer.

For at få et uvildigt tilsyn har Frederikshavn Kommune overdraget denne opgave til Revas Aps. I denne fremstilling orienteres udvalget om hovedkonklusionerne i årsrapporten for tilsynene.

Tilsynenes formål

Formålet med tilsynet er at kontrollere, at de kommunale opgaver bliver varetaget korrekt i henhold til Servicelovens §§83 og 86. Tilsynene skal desuden have fokus på:

1. at opgaverne i plejeboligerne bliver løst i overensstemmelse med de afgørelser, kommunen har truffet
2. at opgaverne i plejeboligerne bliver løst i henhold til de kvalitetsstandarder, som Frederikshavn Kommune har vedtaget.

Tilsynene skal altså være med til at sikre, at personlig pleje og praktisk hjælp i plejeboligerne overholder de politisk fastsatte målsætninger og beslutninger. Tilsynene har også fokus på genoptræningsaspektet hos borgerne samt generel vedligeholdelse af fysisk og psykisk funktionsevne.

Center for Social- og Sundhedsmyndighed udvælger hvert år nogle særlige fokusområder for tilsynene. I 2016 var fokusområderne:

- Effekten af Projekt Optur og Demensprojektet. Dels hvad projekterne har betydet for den generelle tilgang til samarbejder med beboere, og dels hvilke tiltag og initiativer der konkret er sat i værk.
- Fokus på beboernes oplevelse af mad og måltidet.

Tilsynenes metode

Revas har generelt og konkret vurderet forholdene, indsatsen og metoderne i det enkelte tilbud. Der er fulgt op på forslag, anbefalinger og handlingsplaner fra tidligere tilsyn.

Der er gennemgået skriftligt materiale vedrørende driften i almindelighed og indsatsen for den enkelte borger. Og der er i tilsynet lagt vægt på samvær med borgerne for at opleve

stemningen og samværet. Både beboere, pårørende, personale og ledelse har været inddraget gennem samtale.

Tilsynsrapporter

Revas udarbejder en tilsynsrapport på baggrund af hvert tilsynsbesøg. Rapporterne er bygget op omkring vurdering af følgende emner:

- Målgruppe
- Boligforhold og fysiske rammer
- De omsorgsmæssige forhold
- Ledelse, medarbejderforhold og faglige forudsætninger
- Skriftlig dokumentation
- Magtanvendelse
- Medicinhåndtering (i de plejecentre hvor det er relevant)

Hvis tilsynsbesøget viser, at der er behov for yderligere tilsyn, vil dette også fremgå af rapporten.

På baggrund af de enkelte rapporter udarbejdes årsrapporten.

Årsrapportens konklusioner

Der har i 2016 ikke været ekstra tilsynsbesøg, hvilket betyder, at der ikke er forhold som har givet anledning til særligt kritiske bemærkninger.

Revas giver overordnet en positiv vurdering af både ovennævnte forhold og af de særlige fokuspunkter. Det betyder, at resultaterne bredt set er meget fine og forholdene fundet i orden.

Revas kommer med følgende anbefalinger i årsrapporten:

- At der er opmærksomhed på udviklingen i beboernes behov, beboergruppens sammensætning og medarbejdernes kompetencer og faglige indsats for at kunne løse opgaven kvalificeret.
- At der arbejdes på at kvalificere den skriftlige dokumentation og at der udvikles på etikken i sproget.
- At man løbende og med fastlagte intervaller drøfter magtanvendelser og de mange aspekter af området.

Center for Sundhed og Pleje har haft fremstillingen til høring. De havde ingen kommentarer.

Sagen sendes til orientering i Ældrerådet og Handicaprådet.

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at orienteringen tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Ældrerådet ønsker en uddybning af, hvad der ligger i anbefalingspunktet "At der arbejdes på at kvalificere den skriftlige dokumentation, og at der udvikles på etikken i sproget". Der sendes skrivelse herom til Center for Sundhed og Pleje.

Bilag

- ❖ Ældreområdet, Frederikshavn Kommune, årsrapport (1810543 - EMN-2016-01477)

8 (Åben) Opfølgning på sager fra de politiske udvalg

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Sager fra de politiske dagsordner, der har interesse for Ældrerådet:

- Socialudvalget
- Sundhedsudvalget
- Teknisk udvalg
- Plan- og Miljøudvalget
- Kultur- og fritidsudvalget
- Arbejdsmarkedsudvalget
- Økonomiudvalget
- Byrådet

Samt nyt fra:

- Handicaprådet
- Integrationsrådet
- Sundhedspanelet

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Handicaprådet, dagsorden til den 24-04-17

Handicaprådet skal bl.a. drøfte:

- Indvendige trapper i Rådhuset – ønske om markering med hvid kant.
- Mangel på bænke ved busstoppesteder.

Økonomiudvalg

Vedr. endelig godkendelse af regnskab 2016 på næstkommende byrådsmøde.

Ældrerådet forventer at få overført 155.000 kr fra 2016 til 2017 på Ældrerådets budget.

Bilag

9 (Åben) Orientering fra møde i Kontaktpersonordningen mellem Ældrerådet og kommunens plejecentre

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Orientering fra afholdte møder.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Sæby Ældrecenter, den 05-04-2017

Aftenarrangement for pårørende vedr. orientering om det nye system med PC-skærme i borgerens lejlighed. Ældrerådsrepræsentant deltog.

Ålbæk, den 20-04-2017.

På mødet drøftede man bl.a.:

- Klippekortordningen på plejecentre. Ser muligheder i at arbejde sammen flere plejecentre imellem.
- Frivillige på plejecentret. Har på det sidste fået flere nye frivillige.
- Medicindispensering, fordele og ulemper.

Bilag

10 (Åben) Information fra formanden samt øvrige medlemmer

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Information fra formanden: -

Nyt fra Danske Ældreråd:

FN's Internationale Ældredag 1. oktober 2017

Tema for dagen er udmeldt: "Hvordan kan vi drage nytte af ældres erfaringer, ressourcer og indsats i fremtidens samfund?".

Danske Ældreråd opfordrer ældrerådene til at markere dagen.

Information fra medlemmer: -

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Udtalelse til repræsentantskabsmøde i Danske Ældreråd 24-04-2017 vedr. tilsyn i plejeboliger

Danske Ældreråd har udsendt forslag til udtalelse. Ældrerådet i Frederikshavn Kommune mener at man bør tale emnet op, frem for den foreslåede negative udtalelse. Tages op på repræsentantskabsmødet.

Møde om tryghedsboliger den 20-04-2017

Center for Social- og Sundhedsmyndighed havde inviteret repræsentanter fra Ældrerådet til en orientering om kriterier for tryghedsboliger. Der er samme visitation til tryghedsbolig som til en ældrebolig.

Møde i valgudvalget torsdag den 27-04-2017

Har indgået aftale med firmaet Assembly Voting til at bistå med valget. Tidsplan fastlægges på næste møde i valgudvalget.

Følgegruppe til Klippekortordningen på plejecentre

Ældrerådet udpeger Hanne Andersen og Dan Eriksen til at sidde i følgegruppen.

Rettelse til Ældrerådets referat af 27-03-2017

Vedr. pkt. 10 "Opfølgning vedr. mangel på bænke i nyopsatte buskure".

I referatet henvises der til udtalelse fra Teknik- og miljø, der beror på en misforståelse.

Det er "Park og Vej" der varetager opgaven omkring buskurene.

Ældrerådet ser frem til, at alle buskure forsynes med bæk til dårligt gående.

Orienteringsmøde for nye 75-årig

Der er afholdt møde i Arena Nord den 05-04-2017. Der var stor spørgelyst og gode indlæg.

Bilag

11 (Åben) Opfølgning på Ældrerådets budget

Sags ID: EMN-2017-00839

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Økonomioversigt er udsendt til Ældrerådet den 24-03-2017.

Orientering ved Chris Sørensen.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 27-03-2017

Punktet blev udsat til næste møde.

Beslutninger:

Ældrerådet tog orienteringen til efterretning.

Bilag

12 (Åben) Næste møde

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Næste ordinære møde i Ældrerådet er planlagt til onsdag den 7. juni 2017.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Dato for næste møde fastholdes.

Bilag

Punkt 2: Referat med bilag - Åben

Referat

Ældrerådet

Ordinært møde

Mødetidspunkt: 21-04-2017 09:00

Mødeafholdelse: Mødelokale 0.28, Frederikshavn Rådhus

NB.

Gæster:

Kl. 09:00 under pkt. 1 deltager sundhedsfaglig konsulent Birgitte Kvist, Center for Sundhed og Pleje

Kl. 10:00 under pkt. 5 deltager uddannelseskonsulent Majbritt Sund, Center for Sundhed og Pleje

Tilstede:

Hanne Andersen
Oda Kajgaard
Ole Kanstrup Petersen
Jytte Schaltz
Chris Sørensen
Dan Eriksen
Else Henriksen
Dorte Tofting
Lisbeth Dørum

Fraværende:

Stedfortrædere:



Indholdsfortegnelse

Ældrerådet

21-04-2017 09:00

1 (Åben) Orientering om Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.krav og anbefalinger.....	3
2 (Åben) Godkendelse af dagsordenen	8
3 (Åben) Godkendelse af referat.....	9
4 (Åben) Træning i stedet for operation ved slidgigt i knæet (knæartrose).....	10
5 (Åben) Orientering om nyt indenfor SOSU- og Sygeplejerskeuddannelserne.....	13
6 (Åben) Forlængelse af kontrakt vedrørende levering af genoptræning omfattet af Sundhedslovens § 140	14
7 (Åben) Orientering vedr. kommunalt tilsyn 2016 i plejeboliger.....	16
8 (Åben) Opfølgning på sager fra de politiske udvalg	19
9 (Åben) Orientering fra møde i Kontaktpersonordningen mellem Ældrerådet og kommunens plejecentre.....	20
10 (Åben) Information fra formanden samt øvrige medlemmer	21
11 (Åben) Opfølgning på Ældrerådets budget	23
12 (Åben) Næste møde.....	24

1 (Åben) Orientering om Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.krav og anbefalinger

Sags ID: EMN-2016-01775

Sagsbehandler: Birgitte Kvist

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SUU

Sagsfremstilling

Sundhedsstyrelsen har i december 2016 udsendt en "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen" i høring og den endelige udgave er kommet i april 2017. Med denne kvalitetsstandard bliver der stillet nye og større krav til sygeplejerskerne kompetencer og deres afgang til udstyr i forhold til at kunne foretage diagnostiske undersøgelser efter lægehenviisning. De nye krav og anbefalinger skal følges fra 2018

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 til kommunale akutfunktioner af en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau.

I den Nationale handlingsplan fra 2016 fra Sundheds- og ældreministeriet "Styrket indsats for den ældre medicinske patient" er kommunerne inden udgangen af 2016 forpligtet til at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje" fra 2014.

Sundhedsstyrelsen har nu udarbejdet "Kvalitetsstandarter for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen", som de kommunale akutfunktioner skal leve op til fra 2018.

Med aftale om finansloven 2016 følger midler til indsatsområder i "Handleplan for den ældre medicinske patient"

Fordeling af midler på indsatsområder i handlingsplan for den ældre medicinske patient, mio. kr.

	2016	2017	2018	2019	i alt	varigt
Styrkede kommunale akutfunktioner i regi af hjemmesygeplejen	50	95	130	170	445	170
Kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje	35	55	35	–	125	–
Hvilket for Frederikshavn Kommune vil betyde tilførsel af ca. mio. kr.			0,93	1,65		1,81
1,87	1,87					

I høringssvaret til "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen" skriver KL i forhold til økonomi, at KL skal tage forbehold for, hvorvidt de foreliggende anbefalinger kan holdes inden for rammen af de midler, der er afsat i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. Det gælder særligt ift. anbefalinger om "instrumentelle indsatser" der med det foreliggende udkast i 2018 skal kunne varetages i en kommunal akutfunktion. KL er hér bekymret for, at anbefalingerne vil tilskynde regioner og almen praksis til at henvise patienter til de kommunale akutfunktioner i et omfang, der overgår den begrænsede kapacitet kommunerne med de afsatte midler realistisk kan honorere. Det vil accelerere den opgaveglidning, der de senere år er fundet sted – vel at mærke uden at kommunerne er blevet kompenseret økonomisk.

Nye krav og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen

En kommunal akutfunktion skal:

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

Målgruppe

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage:

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

Indsats

En kommunal akutfunktion skal kunne varetage følgende opgaver:

- sygeplejefaglig vurdering og kommunikation,
- instrumentelle indsatser, herunder:
 - akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektions-tal, blodsukker og blodprocent)
 - subcutan og intramuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
 - sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
 - parenteral ernæring herunder til- og frakobling samt forbindelsesskift 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.

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
- 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
- hjertestarter og Rubens ballon
- værnemidler

Udgifterne til dette udstyr vil, i det omfang det er muligt, blive afholdt af budgettet til sygeplejeartikler.

Kompetencer og uddannelse

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

- autoriseret sygeplejeske
- mindst to års relevant, klinisk erfaring

Ovenstående er et uddrag af "Sammendrag af krav og anbefalinger" i "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen"

Hvad betyder det for Frederikshavn Kommune

Kompetenceløft

Der iværksættes et kompetenceløft til alle sygeplejersker med borgerkontakt (hjemmesygepleje, plejecentre incl. Caspershus, ansatte på Senhjerneskadecentret og i Handicap og Psykiatri). Der er udarbejdet et program med 17 undervisningsdage, som arrangeres i samarbejde med Regionshospital Nordjylland, og Handelsskolen samt kommunale ressourcepersoner.

Det forventes at der vil blive afholdt 4 af disse kurser i perioden september 2017 til udgangen af marts 2018.

Opgaveoverdragelse

Der vil skulle bruges mange af sygeplejerskernes nuværende ressourcer til nye akutte opgaver. For at frigive ressourcer til de nye opgaver er der igangsat et arbejde i en tværfaglig gruppe, der skal udarbejde en model, der på baggrund af sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenternes

kompetenceprofiler sikrer, at opgaven udføres på laveste kost effektive niveau.

Sygeplejeydelser

Der vil kunne frigives kommunale ressourcer ved at revurdere de sygeplejeydelser som Den Kommunale Sygepleje tilbyder, specielt i forhold til medicinadministration, så det kun bliver borgere i ustabil fase, der kan tilbydes medicinadministration. Borgere der har en stabil medicinering skal i højere grad overgå til dosisdispenseret medicin.

Nattevagt

Der vil være behov for at styrke sygeplejedækningen i nattevagt, hvilket der allerede er en proces i gang med.

Udstyr

Kvalitetsstandarden stiller desuden krav om forskelligt udstyr, som skal være til rådighed for sygeplejen. Administrationen er i gang med at afsøge markedet i forhold til apparatur. Udgifterne til dette udstyr og depotvarer er ikke fuldt klarlagt på nuværende tidspunkt.

Birgitte Kvist deltager under punktet

Bilag: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger

Punktet sendes efterfølgende til orientering i Ældre- og Handicaprådet

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller:

- At Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.
- At Sundhedsudvalget beslutter, at en tværfaglig arbejdsgruppe fortsætter med at afdække mulighederne for at frigive sygeplejeressourcer ved at udvikle en model for opgaveoverdragelse af sundhedslovsopgaver efter kompetenceprofil.
- At der udarbejdes oplæg til nye standarder for sygeplejeydelser, som efterfølgende skal politisk godkendes.
- At det vil indgå i Sundhedsudvalgets overvejelser, i forbindelse med budget 2018, at tilføre økonomiske ressourcer til udstyr og den kommunale sygepleje, for at kunne leve op til "Kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen"

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Sundhedsudvalget **Dato:** 18-04-2017

Indstillingen tiltrædes.

Fraværende: Kenneth Bergen.

Beslutninger:

Orientering ved Birgitte Kvist.

Der er etableret 7 sygepleje-/hjemmeplejegrupper under fælles ledelse, geografisk fordelt i hele kommunen.

Fr-havn Kommune har ikke særlige akutteams – alle sygeplejerskerne bliver uddannet til at varetage opgaven.

Der kommer nu flere og langt større krav til hvilke opgaver sygeplejen skal kunne varedage. Dette gør det nødvendigt med udvidelse af depot for sygeplejeartikler.

Læger på sygehuset og praktiserende læger kan henvise til akutteamet.

Drøftelse af, hvor det overordnede ansvar for behandlingen ligger, når patient udskrives fra sygehus til en akutfunktion. Skal for øjeblikket aftales i det enkelte tilfælde. Den endelige ansvarsfordeling vil blive indarbejdet i sundhedsaftale der indgås i løbet af 2018.

Drøftelse omkring døgnåbent apotek. Sygeplejen må ikke køre med medicin, med mindre det er ordineret til en bestemt patient. Fra Fr-havn Kommune har man foreslået, at akutsygeplejen kan hente medicin på Sygehuset, som er tættere på end døgnapoteket. En anden mulighed kunne være, at Fr-havn kommune ansætter læge, som akutteamet arbejder under. I en sådan ordning må sygeplejen have medicin med rundt.

Ældrerådet takkede for en god orientering.

Bilag

- Kvalitetsstandarde for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.ashx (1829266 - EMN-2016-01775)

2 (Åben) Godkendelse af dagsordenen

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Godkendelse af dagsordenen – herunder gennemgang af erindringsliste over aktuelle sager.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Dagsordenen blev godkendt uden bemærkninger.

Bilag

3 (Åben) Godkendelse af referat

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Godkendelse af referat fra den 27. marts 2017.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Referatet blev godkendt uden bemærkninger.

Bilag

4 (Åben) Træning i stedet for operation ved slidgigt i knæet (knæartrose)

Sags ID: EMN-2017-00120

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SUU

Sagsfremstilling

Resumé

Model for "Træning i stedet for operation" blev godkendt på møde i Sundhedskoordinationsudvalgsmøde den 27. maj 2016.

Nu foreligger den første samarbejdsaftale mellem Region Nordjylland og kommunerne om træning i stedet for operation, som omfatter slidgigt i knæet. Der er tale om en samarbejdsaftale, som kommunerne ikke lovmæssigt er forpligtiget til at indgå, men har mulighed for at tiltræde.

Kommunerne kan vælge at tilslutte sig den godkendte model som supplerende sundhedsaftale i den takt, de ønsker det.

Samarbejdsaftalen forelægges derfor her Sundhedsudvalget til tiltrædelse.

Samarbejdsaftalen og dens formål

Regeringen og Danske Regioners visitationsretningslinje for knæartrose (slidgigt i knæet) udkom i 2011, og foreskriver mere træning af borgere med symptomer på slidgigt i knæet frem for henvisning til hospital med henblik på udredning/operation.

Sundhedskoordinationsudvalget har godkendt en model for arbejdsdeling i primærsektoren (kommune og almen praksis), som angiver tre kriterier, der skal hjælpe den praktiserende læge med at henvise borgere til enten kommunal træning eller træning hos privat praktiserende fysioterapeuter.

Langt de fleste borgere forventes, at blive henvist direkte fra almen praksis til de privatpraktiserende fysioterapeuter.

I nedenstående tre tilfælde anbefales det, at henvise borgerne til kommunal træning:

1. Borgeren/patienten er tilknyttet den kommunale hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje.
2. Borgeren/patienten har lav omsorgsevne, som betyder, at vedkommende vil have svært ved at deltage i et tilbud hos en privat praktiserende fysioterapeut.
3. Borgerens/patientens situation kompliceres af sygdommens sværhedsgrad og evt. tilhørende yderligere sygdom, hvor indsatsen kræver en koordinering mellem flere samtidige indsatser (fx jobcenter og sundhedscenter).

Henvisningen vil kunne ske i henhold til gældende lovgivning i Sundhedsloven §119 via elektronisk henvisning fra de praktiserende læger. Center for Social- og Sundhedsmyndighed vil modtage og frem over visitere henvisningen til Træningscentrene, som er udfører på opgaven.

Det er aftalt, at parterne ved indgåelse af samarbejdsaftalen følger data for udviklingen på området.

Det kan oplyses, at Regionen udarbejder en instruks til hospitalerne om, at de skal tilbagevise de patienter, som henvises til udredning, hvor træning ikke er forsøgt.

Ved tiltrædelse tydeliggør Frederikshavn Kommune overfor almen praksis, hvordan henvisningspraksis er og hvilket serviceniveau, der er i Frederikshavn Kommune. Dette sker via samarbejdet i Kommunalt Lægeligt Udvalg.

Ligeledes skal der i fællesskab mellem region, kommune og de privatpraktiserende fysioterapeuter gennemføres en kvalitetssikring af træningen.

Følger af aftalen

Af rapporten, der ligger til grund for modellen om træning før operation, fremgår det, at en fuld implementering af træning i stedet for operation / udredning på hospital vil betyde:

- En hel del borgere undgår at skulle omkring hospitalet, inden de sættes i gang med træning.
- Flere borgere med disse symptomer vil få et tilbud om træning.
- Der kan forventes en årlig regional besparelse på ca. 3,5 millioner kroner.
- Den økonomiske konsekvens for kommunerne vil (ifølge rapporten) være noget nær neutral, idet der forventes en samlet merudgift fordelt på alle 11 kommuner på ca. 50.000,- kr. årligt.

Det antages desuden, at den andel af borgere, der i 2014 blev opereret for slidgigt i knæ, vil være nogenlunde den samme de efterfølgende år, da den foreliggende viden om virkning af "træning i stedet for operation" har været til stede i flere år. Det må derfor antages, at hospitalerne på nuværende tidspunkt kun opererer de patienter, hvor træning ikke længere er en mulighed.

Det antages at besparelsen vil være regional, mens det for kommunerne (ifølge rapporten) vil være næsten neutralt, isoleret set for denne aktivitet. I kommunerne forventes udgiften at flytte sig fra omkostninger på medfinansiering til udgifter på genoptræningsområdet.

Frederikshavn Kommune

Det anbefales, at Frederikshavn Kommune tiltræder aftalen under forudsætning af en skarp visitering med devisen "Den der kan selv, skal selv", og at det kommunale resurseforbrug til opgaven følges nøje med henblik på den økonomiske belastning samarbejdsaftalen måtte påføre træningsområdet.

Det må forventes, at der er en positiv afsmittende effekt til relaterede områder - fx sygedagpenge og borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet, hvis det lykkes i højere grad, at sikre en tidlig behandling til flere borgere. Samarbejdsaftalen om Træning før operation vil være med til at sikre større lighed i sundhed, da den netop er målrettet sårbare borgere med flere sygdomme eller lav omsorgsevne.

Sagen sendes i høring i Ældrerådet og Handicaprådet

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget godkender tiltrædelse af samarbejdsaftalen om træning i stedet for operation for slidgigt i knæ (knæartrose).

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Ældrerådet anbefaler Social- sundheds- og kulturdirektørens indstilling.

Bilag

- Model knæartrose (1759482 - EMN-2017-00120)
- Samarbejdsaftale Knæartrose, Frederikshavn (1759481 - EMN-2017-00120)

5 (Åben) Orientering om nyt indenfor SOSU- og Sygeplejerskeuddannelserne

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Uddannelseskonsulent Majbritt Sund fra Center for Sundhed og Pleje orienterer om sidste nyt inden for uddannelsen til Social- og sundhedshjælper, Social- og Sundhedsassistent og Sygeplejerskeuddannelsen.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Orientering ved Majbritt Sund.

Sygeplejeuddannelsen

De sidste sygeplejerskestuderende efter gammel ordning er i hjemmeplejen foråret 2017. Derefter køres der efter ny ordning.

Sygeplejeuddannelsen er opdelt i 7 semestre. Kommer i hjemmeplejen i 3., 4. og 6. semester. Starter i 3. og 4. semester inde på plejecentrene. 6. semester er i udegrupper. Der kommer 2 hold forår og 2 hold efterår i alt 28 studerende årligt af 8 uger. (bilag omdelt på mødet)

SOSU-uddannelserne

Ny uddannelse fra 01-01-2017.

SOSU-hjælper, varighed 1 år + 8 mdr.

SOSU-assistent, varighed 3 år + 3 mdr.

Der er lavet en overgangsordning for de hjælpere, der i dag ønsker at blive assistenter.

Fra 2019 regner man med at have 60 assistentelever og 20 hjælper-elever i gennemsnit om ugen.

Nyt: Skal kunne bistå borgeren i forhold til det digitale Danmark.

(Bilag omdelt på mødet).

Ældrerådet takkede for en god orientering.

Bilag

6 (Åben) Forlængelse af kontrakt vedrørende levering af genoptræning omfattet af Sundhedslovens § 140

Sags ID: EMN-2013-01117

Sagsbehandler: Tina Skou Meinertz

Ansvarligt center: Center for Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling

Frederikshavn Kommune har siden august 2013 haft kontrakt med den private leverandør "Fysioterapi på Toppen ApS" om at levere en del af kommunens genoptræning omfattet af Sundhedslovens § 140.

Paragraffen omhandler vederlagsfri genoptræning til borgere, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Der er tale om den del af genoptræningen, som falder i perioder med spidsbelastninger. Det vil sige i de perioder, hvor kommunen ikke kan påbegynde genoptræning af de berørte borgere inden for den garanterede periode på fem hverdage efter, at træningscentret har modtaget henvisning fra Visitationen.

Kontrakten vedrørende levering af genoptræning omfattet af Sundhedslovens § 140 er forlænget flere gange, og den nuværende kontrakt udløber den 1. april 2017.

Frederikshavn Kommune ønsker at fortsætte samarbejdet med "Fysioterapi på Toppen ApS" efter denne dato, men kommunen finder det nødvendigt, at der udarbejdes en ny kontrakt. Det skyldes, at samarbejdet og arbejdsgangene mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter kan optimeres, og det vil således betyde, at dele af kontraktens indhold skal ændres.

Idet det tager tid at udarbejde en ny kontrakt, da der er mange forhold at tage højde for, kan det ikke nås, før den nuværende kontrakt udløber.

Frederikshavn Kommune ønsker derfor at forlænge den nuværende kontrakt, indtil den nye kontrakt er på plads. Den nye kontrakt forventes at være klar i efteråret 2017. Sagen vil blive forelagt Sundhedsudvalget igen, inden der indgås ny kontrakt.

Ændringerne i den nye kontrakt handler blandt andet om adgang til de kommunale IT-systemer. Kommunen ønsker, at "Fysioterapi på Toppen ApS" får adgang til omsorgssystemet CSC Vitae, som både benyttes til kommunikation og dokumentation. I dag sender "Fysioterapi på Toppen ApS" notater som sikker mail. De kommunale medarbejdere journaliserer efterfølgende dokumenterne i CSC Vitae. Center for Sundhed

og Pleje samt Center for Social- og Sundhedsmyndighed er i dialog med Center for IT, Digitalisering og Velfærdsteknologi om at udvikle en sikker løsning.

Der har været afholde møde med repræsentanter for "Fysioterapi på toppen" og der er en gensidigt ønske om, forsætte den nuværende kontrakt, indtil den nye forligger.

Sagen sendes efterfølgende til orientering i Handicaprådet og Ældrerådet.

Indstilling

Social-, og Sundheds- og Kulturdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Sundhedsudvalget **Dato:** 18-04-2017

Orienteringen tages til efterretning

Fraværende: Kenneth Bergen.

Beslutninger:

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Bilag

7 (Åben) Orientering vedr. kommunalt tilsyn 2016 i plejeboliger

Sags ID: EMN-2016-01477

Sagsbehandler: Kira Rødkær

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Jævnfør Serviceloven § 151, stk. 2 skal kommunen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsyn på kommunens plejecentret og i Leve-Bo miljøer.

For at få et uvildigt tilsyn har Frederikshavn Kommune overdraget denne opgave til Revas Aps. I denne fremstilling orienteres udvalget om hovedkonklusionerne i årsrapporten for tilsynene.

Tilsynenes formål

Formålet med tilsynet er at kontrollere, at de kommunale opgaver bliver varetaget korrekt i henhold til Servicelovens §§83 og 86. Tilsynene skal desuden have fokus på:

1. at opgaverne i plejeboligerne bliver løst i overensstemmelse med de afgørelser, kommunen har truffet
2. at opgaverne i plejeboligerne bliver løst i henhold til de kvalitetsstandarder, som Frederikshavn Kommune har vedtaget.

Tilsynene skal altså være med til at sikre, at personlig pleje og praktisk hjælp i plejeboligerne overholder de politisk fastsatte målsætninger og beslutninger. Tilsynene har også fokus på genoptræningsaspektet hos borgerne samt generel vedligeholdelse af fysisk og psykisk funktionsevne.

Center for Social- og Sundhedsmyndighed udvælger hvert år nogle særlige fokusområder for tilsynene. I 2016 var fokusområderne:

- Effekten af Projekt Optur og Demensprojektet. Dels hvad projekterne har betydet for den generelle tilgang til samarbejder med beboere, og dels hvilke tiltag og initiativer der konkret er sat i værk.
- Fokus på beboernes oplevelse af mad og måltidet.

Tilsynenes metode

Revas har generelt og konkret vurderet forholdene, indsatsen og metoderne i det enkelte tilbud. Der er fulgt op på forslag, anbefalinger og handlingsplaner fra tidligere tilsyn.

Der er gennemgået skriftligt materiale vedrørende driften i almindelighed og indsatsen for den enkelte borger. Og der er i tilsynet lagt vægt på samvær med borgerne for at opleve

stemningen og samværet. Både beboere, pårørende, personale og ledelse har været inddraget gennem samtale.

Tilsynsrapporter

Revas udarbejder en tilsynsrapport på baggrund af hvert tilsynsbesøg. Rapporterne er bygget op omkring vurdering af følgende emner:

- Målgruppe
- Boligforhold og fysiske rammer
- De omsorgsmæssige forhold
- Ledelse, medarbejderforhold og faglige forudsætninger
- Skriftlig dokumentation
- Magtanvendelse
- Medicinhåndtering (i de plejecentre hvor det er relevant)

Hvis tilsynsbesøget viser, at der er behov for yderligere tilsyn, vil dette også fremgå af rapporten.

På baggrund af de enkelte rapporter udarbejdes årsrapporten.

Årsrapportens konklusioner

Der har i 2016 ikke været ekstra tilsynsbesøg, hvilket betyder, at der ikke er forhold som har givet anledning til særligt kritiske bemærkninger.

Revas giver overordnet en positiv vurdering af både ovennævnte forhold og af de særlige fokuspunkter. Det betyder, at resultaterne bredt set er meget fine og forholdene fundet i orden.

Revas kommer med følgende anbefalinger i årsrapporten:

- At der er opmærksomhed på udviklingen i beboernes behov, beboergruppens sammensætning og medarbejdernes kompetencer og faglige indsats for at kunne løse opgaven kvalificeret.
- At der arbejdes på at kvalificere den skriftlige dokumentation og at der udvikles på etikken i sproget.
- At man løbende og med fastlagte intervaller drøfter magtanvendelser og de mange aspekter af området.

Center for Sundhed og Pleje har haft fremstillingen til høring. De havde ingen kommentarer.

Sagen sendes til orientering i Ældrerådet og Handicaprådet.

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at orienteringen tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Ældrerådet ønsker en uddybning af, hvad der ligger i anbefalingspunktet "At der arbejdes på at kvalificere den skriftlige dokumentation, og at der udvikles på etikken i sproget". Der sendes skrivelse herom til Center for Sundhed og Pleje.

Bilag

- ❖ Ældreområdet, Frederikshavn Kommune, årsrapport (1810543 - EMN-2016-01477)

8 (Åben) Opfølgning på sager fra de politiske udvalg

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Sager fra de politiske dagsordner, der har interesse for Ældrerådet:

- Socialudvalget
- Sundhedsudvalget
- Teknisk udvalg
- Plan- og Miljøudvalget
- Kultur- og fritidsudvalget
- Arbejdsmarkedsudvalget
- Økonomiudvalget
- Byrådet

Samt nyt fra:

- Handicaprådet
- Integrationsrådet
- Sundhedspanelet

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Handicaprådet, dagsorden til den 24-04-17

Handicaprådet skal bl.a. drøfte:

- Indvendige trapper i Rådhuset – ønske om markering med hvid kant.
- Mangel på bænke ved busstoppesteder.

Økonomiudvalg

Vedr. endelig godkendelse af regnskab 2016 på næstkommende byrådsmøde.

Ældrerådet forventer at få overført 155.000 kr fra 2016 til 2017 på Ældrerådets budget.

Bilag

9 (Åben) Orientering fra møde i Kontaktpersonordningen mellem Ældrerådet og kommunens plejecentre

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Orientering fra afholdte møder.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Sæby Ældrecenter, den 05-04-2017

Aftenarrangement for pårørende vedr. orientering om det nye system med PC-skærme i borgerens lejlighed. Ældrerådsrepræsentant deltog.

Ålbæk, den 20-04-2017.

På mødet drøftede man bl.a.:

- Klippekortordningen på plejecentre. Ser muligheder i at arbejde sammen flere plejecentre imellem.
- Frivillige på plejecentret. Har på det sidste fået flere nye frivillige.
- Medicindispensering, fordele og ulemper.

Bilag

10 (Åben) Information fra formanden samt øvrige medlemmer

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Information fra formanden: -

Nyt fra Danske Ældreråd:

FN's Internationale Ældredag 1. oktober 2017

Tema for dagen er udmeldt: "Hvordan kan vi drage nytte af ældres erfaringer, ressourcer og indsats i fremtidens samfund?".

Danske Ældreråd opfordrer ældrerådene til at markere dagen.

Information fra medlemmer: -

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Udtalelse til repræsentantskabsmøde i Danske Ældreråd 24-04-2017 vedr. tilsyn i plejeboliger

Danske Ældreråd har udsendt forslag til udtalelse. Ældrerådet i Frederikshavn Kommune mener at man bør tale emnet op, frem for den foreslåede negative udtalelse. Tages op på repræsentantskabsmødet.

Møde om tryghedsboliger den 20-04-2017

Center for Social- og Sundhedsmyndighed havde inviteret repræsentanter fra Ældrerådet til en orientering om kriterier for tryghedsboliger. Der er samme visitation til tryghedsbolig som til en ældrebolig.

Møde i valgudvalget torsdag den 27-04-2017

Har indgået aftale med firmaet Assembly Voting til at bistå med valget. Tidsplan fastlægges på næste møde i valgudvalget.

Følgegruppe til Klippekortordningen på plejecentre

Ældrerådet udpeger Hanne Andersen og Dan Eriksen til at sidde i følgegruppen.

Rettelse til Ældrerådets referat af 27-03-2017

Vedr. pkt. 10 "Opfølgning vedr. mangel på bænke i nyopsatte buskure".

I referatet henvises der til udtalelse fra Teknik- og miljø, der beror på en misforståelse.

Det er "Park og Vej" der varetager opgaven omkring buskurene.

Ældrerådet ser frem til, at alle buskure forsynes med bæk til dårligt gående.

Orienteringsmøde for nye 75-årig

Der er afholdt møde i Arena Nord den 05-04-2017. Der var stor spørgelyst og gode indlæg.

Bilag

11 (Åben) Opfølgning på Ældrerådets budget

Sags ID: EMN-2017-00839

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Økonomioversigt er udsendt til Ældrerådet den 24-03-2017.

Orientering ved Chris Sørensen.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 27-03-2017

Punktet blev udsat til næste møde.

Beslutninger:

Ældrerådet tog orienteringen til efterretning.

Bilag

12 (Åben) Næste møde

Sags ID: EMN-2017-01018

Sagsbehandler: Gitte Kock Rævdal

Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence

ÆR

Sagsfremstilling

Næste ordinære møde i Ældrerådet er planlagt til onsdag den 7. juni 2017.

Indstilling

-

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Dato for næste møde fastholdes.

Bilag

Bilagsforside

Dokument Navn:	Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.ashx.pdf
Dokument Titel:	Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.ashx
Dokument ID:	1829266
Placering:	Emnesager/CSP Akutfunktion i Frederikshavn Kommune/Dokumenter
Dagsordens titel	Orientering om Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.krav og anbefalinger
Dagsordenspunkt nr	1
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1



SUNDHEDSSTYRELSEN

Kvalitetsstandar- der for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

- krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser



2017

Kvalitetsstandards 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

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 3. april 2017

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
april 2017

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

Indhold

1	Introduktion	5
1.1	Formål	5
1.2	Rammer og forudsætninger	5
1.3	Baggrund	6
1.4	Lovgrundlag	6
1.5	Værdigrundlag	8
2	Sammenfatning af krav og anbefalinger	10
3	Tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner	14
3.1	Tilgængelighed og kapacitet	14
3.2	Organisering og sammenhæng med øvrige aktører	15
4	Målgruppe for den kommunale akutfunktion	16
4.1	Målgrupper	16
5	Indsatser i kommunale akutfunktioner	18
5.1	Indsatser	19
6	Kompetencer og uddannelse	21
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
7	Udstyr og medicin i akutfunktionen	24
7.1	Udstyr	24
7.2	Medicin og væsker	25
8	Kvalitetssikring af akutfunktionens indsats	27
8.1	Kvalitetssikring og monitorering	27
8.2	National opfølgning	28
9	Ansvar og samarbejde mellem sektorer	29
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

10	Bilagsfortegnelse	35
	Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen	36
	Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer	38

1 Introduktion

1.1 Formål

Sundhedsstyrelsen udgiver hermed kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og kvalitetsstandards skal understøtte kvaliteten i de indsatser, der leveres af akutfunktionen. Kvalitetsstandards 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 kvalitetsstandards 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 patienter¹ til kommunale akutfunktioner af en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau.

Kvalitetsstandards tager afsæt i og erstatter Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje fra 2014². De omfatter krav og anbefalinger til kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, samt anbefalinger til samarbejdet med almen praksis og sygehuse.

Sundhedsstyrelsen er i udarbejdelsen af kvalitetsstandards 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-

¹ I kvalitetsstandards anvendes betegnelsen 'patient' for personer, der modtager indsatser i akutfunktionen.

² 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 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. Heri gennem 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 hjemmesygeplejen³⁺⁴.

Det fremgår af bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler⁵, 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.

Kvalitetsstandarden tager derudover udgangspunkt i bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (medhjælpsvejledningen)⁶, bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje⁷, lovbekendtgørelse om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed⁸, vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.⁹, vejledning om ordination og håndtering af lægemidler¹⁰, bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner¹¹, cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (afgrænsningscirkulæret)¹², bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler

³ Bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje

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

⁵ Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

⁶ 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)

⁷ Bekendtgørelse nr. 804 af 17. juni 2016 om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje

⁸ Lovbekendtgørelse nr. 1356 af 23. oktober 2016 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

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

¹⁰ Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler

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

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

(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.)¹³, bekendtgørelse om apoteker-
nes åbningstid og vagttjeneste¹⁴.

Med hjemmel i ovenstående er der i kvalitetsstandarden beskrevet krav til kommunerne ved-
rørende 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-
bejdspartnere.

1.5 Værdigrundlag

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

Værdighed og patient- og pårørendeinddragelse

Alle indsatser skal have som mål at sikre patienten en værdig behandling, pleje og omsorg. 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 sundhedspers-
oner. 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.

¹³ Bekendtgørelse nr. 1090 af 28. juli 2016 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler

¹⁴ 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 forbindelsesskift 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.
- 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.
- Hjertestarter og Rubens ballon.
- 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 sygehus 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 natte-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, kommunistørrelse, 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.

Ofte vil patienter i akutfunktionen have behov for en bred rehabiliterende indsats¹⁵. 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 kommuner¹⁶.

¹⁵ Indsatsen kan ske efter sundhedsloven § 140 eller serviceloven § 83a

¹⁶ 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/1813¹⁷. 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

¹⁷ 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 døgnet¹⁸. 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 virksomhed⁶.

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

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

- parenteral ernæring herunder til- og frakobling samt forbindelsesskift 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 indsatser, 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 tilstrækkelig 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.

Indsatserne 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 sygeplejerskeuddannelsen¹⁹ 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 erhvervserfaring, fx fra ansættelser på kliniske sygehusafdelinger og gerne også fra hjemmesygeplejen.

¹⁹ Bekendtgørelse nr. 804 af 17. juni 2016 om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje.

Sygeplejersker skal som minimum have erfaring svarende til to års relevant erhvervserfaring i fuldtidsstilling som sygeplejerske inden ansættelse i akutfunktionen. Det anbefales dog, at sygeplejerskerne i de kommunale akutfunktioner har tre-fem års erfaring eller mere. Erhvervserfaringen 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 sundhedsassistentuddannelsen²⁰ 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 erhvervserfaring i fuldtidsstilling. Det anbefales dog, at social- og sundhedsassistenterne i de kommunale akutfunktioner har tre-fem års erfaring eller mere. Erhvervserfaringen 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.

²⁰ 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.
- 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.
- Hjertestarter og Rubens ballon.
- 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 blodet²¹.
- 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.

²¹ 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.
- Hjertestarter og Rubens ballon.
- Værnemidler²².

Andet mere specialiseret udstyr, som fx pumper til smertebehandling, følger de almindelige bestemmelser på området, jf. afgrænsningscirkulæret²³. 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 lægemidler²⁴ og medicinskabsbekendtgørelsen²⁵, 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 apotek²⁶ eller hos en detailforhandler, som har tilladelse til salg af håndkøbslægemidler, med mindre de har fået medicin med fra henvisen-

²² 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.

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

²⁴ Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler

²⁵ 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.

²⁶ 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.
- Henvissningsårsag 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 sygehus 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 km²⁷ 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 åbningstid²⁸). 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.

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

²⁸ 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 ambulant 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 § 17²⁹. Det er i bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp³⁰ 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

²⁹ Lovbekendtgørelse nr. 1356 af 23. oktober 2016 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

³⁰ 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 medhjælp³¹.

Reglerne for brug af medhjælp fremgår af ovenfor nævnte bekendtgørelse og vejledning og vil ikke blive omtalt i detaljer i disse kvalitetsstandards. 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 tilgodese patientsikkerheden. Ledelsen af akutfunktionen har ansvar for:

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

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

9.4.2 Sygeplejerskens ansvar

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

³¹ 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 2016³², 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 2014³³.

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

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

³³ 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 akut-funktioner 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.

Bilagsforside

Dokument Navn:	Model knæartrose.docx
Dokument Titel:	Model knæartrose
Dokument ID:	1759482
Placering:	Emnesager/Træning i stedet for operation - knæartrose/Dokumenter
Dagsordens titel	Træning i stedet for operation ved slidgigt i knæet (knæartrose)
Dagsordenspunkt nr	4
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	2



Sundhedsaftalen

2015–2018

Model for samarbejdsaftale vedr.

Træning i stedet for operation
Knæartrose

Indsatsområde: Genoptræning og rehabilitering

Proces: Godkendt november 2016

Model for arbejdsdeling, henvisning til og kvalitetssikring af træningstilbud til borgere med knæartrose

1. Baggrund

En tværsektoriel projektgruppe har udarbejdet en generiske model for patienter, der skal tilbydes træning i stedet for operation. Den generiske model udmøntes i dette dokument i forhold til målgruppen af patienter med knæartrose.

Præmissen er, at disse patienter, med enkelte undtagelser, i videst muligt omfang skal tilbydes ikke-kirurgisk behandling i primærsektoren, før de bliver henvist til hospital med henblik på vurdering i relation til mulig kirurgi.

Den generiske model er godkendt i Den Administrative Styregruppe samt i Sundhedskoordinationsudvalget,¹ med bemærkning om, at den enkelte kommune bilateralt kan tilslutte sig modellen og dermed indgå en supplerende sundhedsaftale med regionen på konkrete områder, i dette tilfælde knæartrose.

2. Resumé af anbefalinger vedrørende patienter med knæartrose

Sundhedsstyrelsen udgav i 2012 en samlet klinisk retningslinje og faglig visitationsretningslinje for knæartrose.

Den kliniske retningslinje angiver god evidens for træning af patienter med mild og moderat knæartrose, og beskriver følgende anbefaling:

Træning ved mild og moderat knæartrose

- Det anbefales at anvende konditionstræning og/eller styrketræning til at mindske smerter og bedre den fysiske funktion (1a²) (A)
- Det anbefales, at hjemme- og selvtræning altid starter med et superviseret forløb (1a) (B)
- For at opnå effekt på smerter og fysisk funktion, anbefales det, at træningen udføres 2-3 gange om ugen i mindst 6 uger (1a) (A)

Desuden anbefales det at patienterne modtager **patientundervisning**;

- Behandlingen af knæartrose bør inkludere skriftlig og mundtlig patientinformation og undervisning (1a) (B)
- Der bør aftales individuelle egenomsorgsstrategier med den enkelte patient, der inkluderer relevante mål vedrørende smertebehandling, fysisk træning, hensigtsmæssige aktivitetsændringer og vægttab (ved overvægt) (1a) (B)

Det anbefales tillige, at overvægtige borgere med symptomer på knæartrose taber sig og vedligeholder et vægttab. Farmakologisk behandling anbefales i kortere perioder for at undgå bivirkninger ved lang tids medicinering.

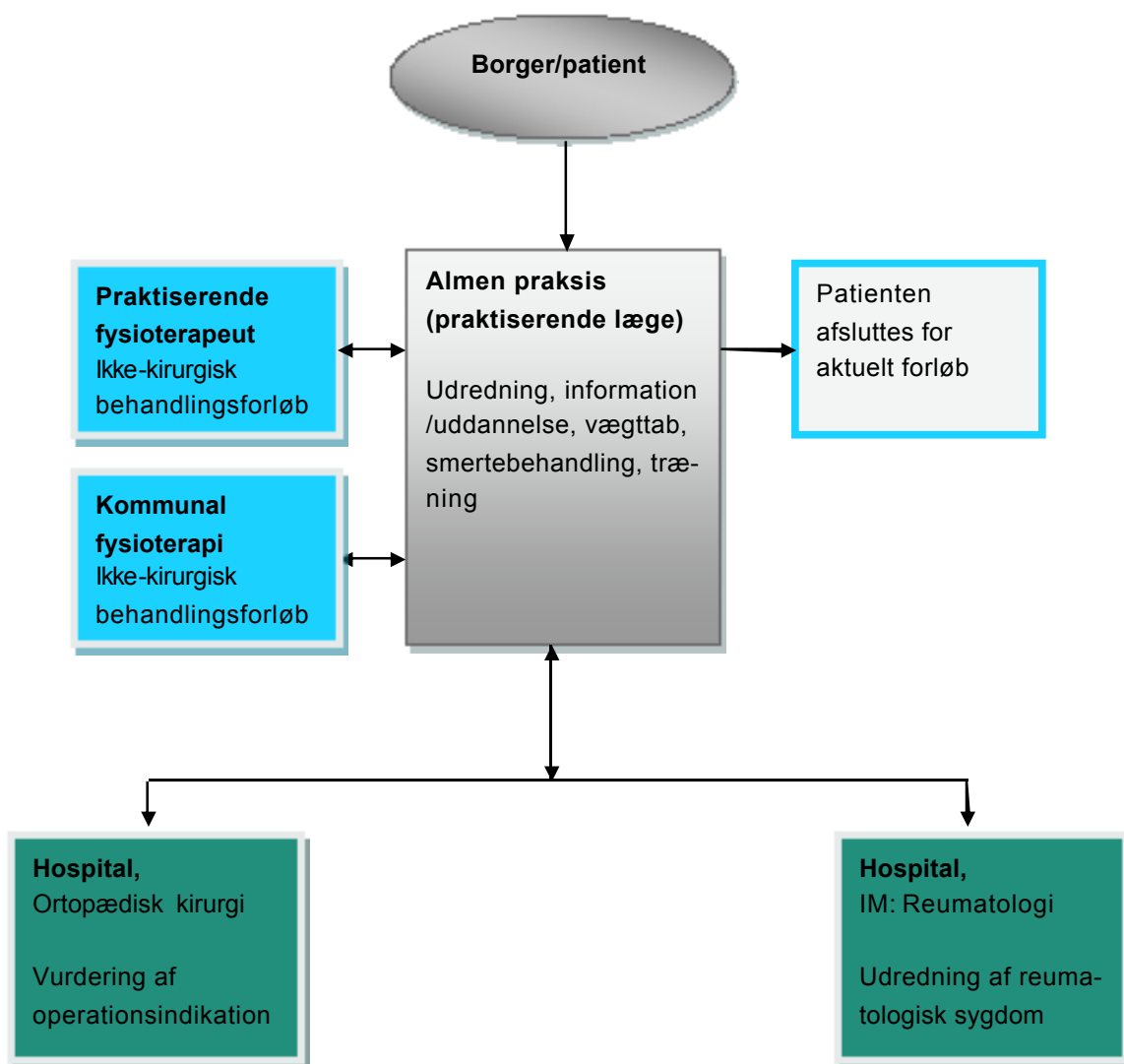
¹ Den Administrative Styregruppe den 13. maj og 14. november samt Sundhedskoordinationsudvalget den 27. maj og den 28. november 2016.

² 1a refererer til, at der er tale om evidens baseret på en Metaanalyse med flere randomiserede studier. A, B, C, D refererer til styrke i evidensen med A som den højeste.

Superviserede træningsforløb kan iværksættes af almen praksis eller ved at almen praksis henviser til et træningsforløb hos privat praktiserende fysioterapeut eller i kommunen. Nedenstående model bidrager til anbefaling af, hvornår en borger bør henvises til henholdsvis kommune eller privat praktiserende fysioterapeut.

3. Valg af udfører – praktiserende fysioterapeut eller kommunal fysioterapeut

Modellen for patient flow finder alene anvendelse for træningstilbud til borgere. Forebyggelse og genoptræning er derfor ikke omfattet af modellen.



Som udgangspunkt henvises borgeren/patienten til træning/behandling hos den praktiserende fysioterapeut.

Hvis en eller flere af følgende situationer er gældende, bør det overvejes, om borgeren/patienten i stedet skal henvises til træning/behandling i kommunalt regi:

1. Borgeren/patienten er tilknyttet den kommunale hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje.
2. Borgeren/patienten har en lav egenomsorgsevne, som betyder, at vedkommende vil have svært ved at deltage i et tilbud hos en praktiserende fysioterapeut.
3. Borgerens/patientens situation kompliceres af sygdommens sværhedsgrad/stadium for den enkelte lidelse og evt. comorbiditet, hvor indsatsen kræver en koordinering mellem flere samtidige (kommunale) indsatser (f.eks. jobcenter, sundhedscenter m.v.).

Med disse ting i mente skal den praktiserende læge sammen med patienten beslutte, hvor træningen/ behandlingen skal foregå.

Målgruppen for træning i kommunalt regi, herunder lav uddannelse og indkomst

Generisk model for forløbsprogram for kroniske syge – Modul sårbare patienter.

Overordnet drejer det sig om patienter, der på grund af enten svær sygdom, flere samtidige behandlingskrævende sygdomme, handicap m.v. og eventuelt svagt personligt netværk er stærkt afhængige af sundheds- og/eller sociale ydelser – eller på grund af begrænsede personlige ressourcer og ringe sygdomsindsigt, eller sociale/kulturelle forhold har svært ved, at yde en hensigtsmæssig adfærd og egenomsorg. Der skal være opmærksomhed også på disse patienters familier.

Førstnævnte gruppe inkluderer *patienter med flere samtidige sygdomme*, forventet begrænset restlevetid og ofte høj alder, lavt funktionsniveau og stor afhængighed af indsatser fra almen praksis og hjemmepleje. Forhold, der også kan karakterisere nogle "ældre medicinske patienter".

Den anden gruppe omfatter *patienter med begrænsede personlige ressourcer*, herunder mennesker med ingen eller kort uddannelse og lav indkomst, mennesker med anden etnisk oprindelse end dansk og nedsatte sprogkunderskaber. Specifikt vil hjemløse, misbrugere og nogle mennesker med sværere, psykisk sygdom ofte kunne betegnes som sårbare.

Opmærksomhedspunkt vedrørende sygemeldte:

Praktiserende læge, praktiserende fysioterapeut og den kommunale fysioterapeut skal understøtte, at patienten kommer hurtigst muligt tilbage til sin arbejdsplads/arbejdsmarkedet og eventuelt samarbejde med det kommunale jobcenter.

4. Henvisningsform til praktiserende fysioterapeut eller kommunal fysioterapeut

Principielt er der ikke forskel på indholdet i henvisning til kommunal fysioterapi og praktiserende fysioterapeut, selvom der er to forskellige elektroniske blanketter.

Henvisning til fysioterapeut

På www.sundhed.dk på lægesiden er der en beskrivelse af lidelser, hvor træning indgår i behandlingen. Der er desuden kortlagt behandlingsmuligheder i kommune og privatpraksis under den aktuelle lidelse. Patienten kan henvises til fysioterapeut i henhold til de gældende regler for henvisning til fysioterapi. Patienter vil blive behandlet i henhold til Danske Fysioterapeuters kliniske retningslinjer for fysioterapi til patienter med den pågældende lidelse. På henvisningen anføres, at patienten "*henvises til behandling for den pågældende lidelse jf. kliniske retningslinjer*". Efter endt behandling sender fysioterapeut en epikrise.

Der er for kommunerne en særlig mulighed for, at indgå lokale aftaler mellem læger og kommune om dynamiske henvisninger i MedCom regi svarende til det, vi nu kender fra henvisning til tilbud til hjerte-,

KOL-, diabetes og kræftrehabilitering i en landsdækkende aftale. Kommunernes tilbud anbefales, i fald det er den beskrevne målgruppe. Der vil imidlertid være enkelte kommuner som ingen tilbud har.

Det vil være hensigtsmæssigt, at der arbejdes for, at henvisningerne bliver ens for de nordjyske kommuner, så de praktiserende læger ikke bliver udsat for forskellige henvisninger til kommunerne i de tilfælde, hvor de har mulighed for at henvise til mere end en kommune.

Kendetegnet for en dynamisk henvisning er, at lægerne i deres IT system kan klikke på "Kommune-pakke" og vælge f.eks. emnet diabetes. Der vil herefter fremkomme en række "visitationsfraser", som lægerne skal forholde sig til i forbindelse med henvisning til tilbuddet. Når lægen har forholdt sig til disse fraser/tjekpunkter indhentes automatisk oplysninger til edifact henvisningen. Dette vil sige, at henvisningen leveres i kommunens omsorgssystem (f.eks. Care) med det, lægen har udfyldt under de foruddefinerede fraser – eksempelvis: Særlige forhold, Henvisningsdiagnose, Ønsket, Kliniske undersøgelser, Anamnese – 8 i alt.

For de læger, der har et system, der endnu ikke er forberedt på dynamiske henvisninger til kommunetilbud, kan tilsvarende fraser være en del af de oplysninger, der indgår i beskrivelsen af og henvisning til tilbuddet på www.Sundhed.dk

5. Kvalitetssikring

Ydelser forudsættes udført i overensstemmelse med gældende retningslinjer og almindeligt anerkendt, faglig standard. Kommunale fysioterapeuter eller praktiserende fysioterapeuter, der bistår ved behandlingen/træningen, skal have den fornødne uddannelse, der kræves for at kunne varetage behandlingen.

Det forudsættes, at udførende fysioterapeut og personale, der bistår behandlingsforløbet, kontinuerligt deltager i relevant efteruddannelse, med henblik på at sikre at vedkommendes færdigheder og viden på området til stadighed er ajour, således at der sikres ydelser af høj kvalitet i henhold til gældende faglige retningslinjer.

Der forudsættes kvalitetssikring af henvisninger fra de praktiserende læger, herunder gældende lokale aftaler og fraser, samt præsentation af muligheder for forebyggelse og træning.

En del af kvalitetssikringen er desuden, at der samarbejdes med relevante aktører - uanset om træningen foregår i privat praksis eller i kommunen, f.eks. at understøtte borgeren i tilbagevenden til arbejde eller henvise til forebyggende tilbud.

Er der behov for mere formaliseret samarbejde i ovenstående kan dette i mange tilfælde bedst foregå i forbindelse med træning i kommunalt regi:

- Jobcentret i forhold til tilbagevenden til arbejde (behov for fælles målsætning og tilbagemeldingspraksis)
- Kommunens hjemmepleje og hjemmesygeplejen (mange aktører i rehabiliteringsfasen)
- Sundhedscentret om sundhedssamtaler og relevante forebyggende tilbud i relation til dette f.eks. kostvejledning, rygestop

Der indgår dog i nogle tilfælde også samarbejde med de praktiserende fysioterapeuter om tilbagevenden til arbejdet. Der er i praktiserende fysioterapeuters overenskomst mulighed for dels at kontakte jobcentret for samarbejde, og dels mulighed for at tage med ud til en sygemeldt borgers job og kikke herpå.

Kriterier til vurdering af kvalitetssikring:

- a. (Efter-)uddannelse af udfører
- b. Certificering af personale
- c. Krav om at personaler følger gældende retningslinjer fra Sundhedsstyrelser m. fl.
- d. Registrering og indberetning til databaser
- e. Brug af eksisterende data, f.eks. data fra PAS (PatientAdministrativtSystem)

Det anbefales tillige at monitorere indsatsen, således at det er muligt at vurdere, om indsatsen er i overensstemmelse med gældende faglige retningslinjer.

Konkret i forhold til knæartrose er det projektgruppen for genoptræningsområdet, der har fået til opgave, at arbejde med en kvalitetssikring af indsatsen.

6. Træningsindsatsen

Uanset hvor træningen udføres, skal den altid leve op til gældende faglige retningslinjer.

Fysioterapeuten foretager sin anamnese og objektiv undersøgelse med udelukkelse af "røde flag" og en vurdering af den enkelte patients trænings- og behandlingsbehov, efter gældende kliniske retningslinjer og udarbejder herudfra en træningsbehandlingsplan. Patienten informeres og vejledes i arbejdsforhold, og individuelt tilpasset træningsprogram. I information til patienten indgår også orientering om mulighed for relevante forebyggelsestiltag i forhold til generelle helbredsforhold og hjælp til at blive henvist til eller til at kunne kontakte kommunens tilbud f.eks. vægttab og kostvejledning til borgere med knæartrose.

Trænings- og behandlingsprogram indeholder typisk individuel/ hold optræning, manuel behandling samt manuel mobilisering eller manipulation og patientundervisning. Efter afsluttet behandlingsforløb skal der sendes epikrise til patientens praktiserende læge.

7. Uddannelse af patient/borger

Patienten skal i videst muligt omfang via patientinformation og uddannelse gøres i stand til, at tage vare på egen situation mere generelt, og det er træningen en naturlig del af. Som beskrevet indledningsvist, så anbefaler den faglige kliniske retningslinje for knæartrose, at disse patienter modtager patientundervisning.

8. Håndtering af nye visitationsretningslinjer eller ændringer i eksisterende

Når der kommer nye nationale visitationsretningslinjer eller sker ændringer i de eksisterende, så har parterne hver især et ansvar for at gøre opmærksom på, hvis der er ændringer, som har indflydelse på eksisterende aftaler / det tværsektorielle samarbejde mellem region og kommuner.

Henvendelse vedrørende disse ændringer skal ske til Porteføljestyregruppen under sundhedsaftalen. Porteføljestyregruppen kan befordre, at der udfærdiges et kommissorium for en mindre tværsektoriel arbejdsgruppe, som derefter nedsættes til at håndtere de ændringer der måtte være nødvendige i forhold til eksisterende aftaler / tværsektorielle samarbejder. Der kan også blive tale om at iværksætte et nyt samarbejde, hvis der er tale om en helt ny visitationsretningslinje.

I forbindelse med implementering af nye visitationsretningslinjer eller ændringer i eksisterende bør der ske følgende:

- Udarbejdelse af en tværsektoriel forløbsbeskrivelse, som beskriver arbejdsdelingen mellem de involverede aktører.
- Indarbejdelse af nye arbejdsgange i eksisterende forløbsbeskrivelser fx i almen praksis.
- Sikring af at de rette henvisningsmuligheder er til stede, herunder, hvem der henviser, hvordan der henvises, og hvad en henvisning bør indeholde.
- Kortlægning af eksisterende indsatser hos de involverede aktører, og flytning eller udvikling af nye tilbud, hvis det kræves.
- Kvalitetssikring af indsatsen, således at der gives en ensartet kvalitet til borgerne uanset, hvor de trænes.
- Monitorering af indsatsen aftales mellem parterne.

Sidst revideret december 2016

Bilag:

Lidelse	Henvisnings fraser	Kriterier/behovs - Vurdering	Henvisning (dynamisk henvisning) sendes til	Tilbud og Kvalitetssikring
For hver ny lidelse, der kommer visitationsretningslinje på, implementeres retningslinjen med afsæt i denne model. Forløbsbeskrivelse lægges på www.sundhed.dk og der gives mulighed for dynamisk henvisning via lægesystemer.	Arbejdsgruppe for kliniske visitationsretnings linjer eller faglig referencegruppe på området formulerer henvisnings fraser dvs. hvilke oplysninger, der ønskes fra praktiserende læge i forbindelse med en henvisning. Max 8. stk. F.eks. har patient gennemgået: - den anbefalede fysioterapi? - smertestillende behandling? - BMI? - Røntgen	Råd og vejledning	Praktiserende læge, kommune og praktiserende fysioterapeut	Egen indsats Understøtte tilbagevenden til job efter sygdom Henvisning til kommunale KRAM tilbud m.v.
		Forebyggelsestilbud (KRAM)	Kommunal aktør	Evidensbaseret indsats
		Samarbejde med andre aktører (hjemmepleje, jobcenter)		Samarbejde med andre kommunale aktører
		Sårbare/skrøbelige borgere (Jf. definition i generisk model for forløbsprogrammer)		Tilbud særligt tilpasset målgruppen
		Borgere med høj grad af egenomsorg	Praktiserende fysioterapeut	- Evidensbaseret indsats - Understøtte mål for tilbagevenden til job efter sygdom - Henvisning til kommunale KRAM tilbud mv.
		Behov for specialiseret indsats jævnfør beskrivelse/tidsplan i den kliniske retningslinje	Sygehus	- Udredning for anden lidelse - Operation - Specialiseret genoptræning

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	Samarbejdsaftale Knæartrose, Frederikshavn.docx
Dokument Titel:	Samarbejdsaftale Knæartrose, Frederikshavn
Dokument ID:	1759481



Sundhedsaftalen

2015–2018

Samarbejdsaftale vedr.

Træning i stedet for operation
Knæartrose

Mellem

Frederikshavn Kommune og Region Nordjylland

Indsatsområde: Genoptræning og rehabilitering

Proces: Godkendt november 2016

Indledning

Denne aftale om samarbejde vedrører indsatsen omkring træning i stedet for operation. Målgruppen er borgere i Nordjylland med knæartrose.

Samarbejdet om indsatsen er beskrevet i "Model for arbejdsdeling, henvisning og kvalitetssikring af træningstilbud til borgere med knæartrose". Aftalen tager udgangspunkt i en tiltagende god evidens for at borgere med let og moderat knæartrose kan hjælpes med træning. Det er derfor hensigten med indsatsen, at disse borgere først henvises til kirurgisk vurdering i sekundærsektoren, når mulighederne for behandling og træning i primærsektoren er udtømte. Modellen indeholder blandt andet anbefalinger, der skal bistå almen praksis med at henvise til træning i kommuner og hos privat praktiserende fysioterapeuter.

Frederikshavn Kommune og Region Nordjylland har hermed indgået aftale om, at tilslutte sig samarbejdet om træning i stedet for operation, som beskrevet i "Model for arbejdsdeling, henvisning og kvalitetssikring af træningstilbud til borgere med knæartrose".

Den videre implementering af aftalen, herunder kvalitetssikring, sker i regi af samarbejdet om Sundhedsaftalen 2015 – 2018.

Opsigelse:

Aftalen kan til enhver tid opsiges med ½ års varsel af begge parter.

For Frederikshavn Kommune

21/12-2016



For Region Nordjylland

Bilagsforside

Dokument Navn:	Ældreområdet, Frederikshavn Kommune, årsrapport.pdf
Dokument Titel:	Ældreområdet, Frederikshavn Kommune, årsrapport
Dokument ID:	1810543
Placering:	Emnesager/Kommunalt tilsyn 2016 - plejeboliger/Dokumenter
Dagsordens titel	Orientering vedr. kommunalt tilsyn 2016 i plejeboliger
Dagsordenspunkt nr	7
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Frederikshavn Kommune

Tilsyn på Ældreområdet i 2016

De kommunale og selvejende ældre- og plejecentre

Indledning

Frederikshavn Kommune har overdraget os opgaven med at udføre uanmeldte lovpligtige kommunale tilsyn på Kommunens ældre- og plejecentre. Konkret drejer det sig om ét årligt uanmeldt tilsyn på hvert af de i af aftalen omfattede tilbud. Formelt handler det om tilsyn efter Servicelovens § 151.

I denne redegørelse beskriver vi i hovedtræk de samlede, generelle og til dels tværgående resultater fra tilsynsbesøgene. Resultaterne af de enkelte tilsynsbesøg fremgår af rapporterne vedrørende disse.

Generelt er formålet med tilsynet at påse, at man efterlever de aftaler, der er indgået med borgerne om hjælp og støtte i hverdagen, og at hjælpen leveres på en ordentlig og etisk forsvarlig måde.

Efter ønske fra Forvaltningen har der været et særligt fokus. I 2016 er det:

- *Effekten af Projekt Optur og Demensprojektet. Dels hvad projekterne har betydet for den generelle tilgang til samarbejdet med beboere og dels hvilke tiltag og initiativer der konkret er sat i værk.*
- *Vi vil desuden sætte fokus på beboernes oplevelse af maden og måltidet.*

Ved at udpege særlige områder får Kommunen mulighed for at lave en mere tværgående opsamling af særlige forhold.

Vi har i alle tilbud generelt og konkret vurderet forholdene, indsatsen og metoderne i det enkelte tilbud og gennemgået forskelligt skriftligt materiale vedrørende både driften i almindelighed og indsatsen for den enkelte borger. Vi har også vurderet stemning og atmosfære samt fulgt op på forslag, anbefalinger og handlingsplaner mv., der foreligger fra tidligere tilsynsbesøg.

Det generelle indtryk om

Målgruppen

Målgruppen er mennesker, som har brug for hjælp og støtte til imødekommelse af behov af fysisk, psykisk og social karakter, der primært udspringer af alder.

Sammensætningen i tilbuddene varierer med hensyn til beboernes behov, medarbejdernes kompetencer og de fysiske rammer. I flere af tilbuddene er der enheder særligt egnede til beboere med demenslidelser og der er beboere under 65 år, hvor det er vores indtryk, at ledelsen i samarbejde med Myndighed tilbyder beboerne en Social Handleplan jf. Servicelovens § 141.

Overordnet er der vores vurdering, at beboerne tilhører Kommunes beskrivelse af målgruppen og at medarbejderne formår at løfte opgaven ud fra Kommunes serviceniveau.

Boligforhold og fysiske rammer

De fysiske rammer fremstår generelt indebydende og velordnede, såvel indendørs som udendørs. Det er vores indtryk, at her generelt er opmærksomhed på at indrette og udnytte rammerne, så de bedst muligt tilgodeser beboernes behov. Fællesarealerne giver mulighed for at opholde sig flere forskellige steder både alene og sammen med andre.

De beboere, vi har talt med, giver generelt indtryk af og udtryk for, at de er tilfredse med de fælles rammer og deres private boliger. Beboernes boliger bærer præg af at være personligt indrettede efter interesse, smag og behov.

De omsorgsmæssige forhold

Vi har stort set overalt oplevet en god atmosfære og stemning. Flere af beboerne er ofte samlet i fællesarealerne til spisning, hygge eller praktiske opgaver som at dække bord eller rydde af. Medarbejdernes tilgang til beboerne er præget af respekt, nærvær og omsorg. Dialogen og tonen beboere og medarbejder imellem bærer præg af en imødekommende tilgang.

Der er opmærksomhed på at inddrage og motivere beboerne i hverdagslivets gøremål, ud fra den enkeltes behov og ressourcer. Det gælder primært omkring den personlige egenomsorg og mindre praktiske opgaver. Der er konkrete eksempler på, hvordan man gennem plejen forsøger at bevare beboernes selvbestemmelsesret og integritet ved at gå til og fra (sekvenspleje).

Beboerne oplyser, at de modtager den hjælp og støtte, de har behov for og er stillet i udsigt. Beboerne oplever, at de er medinddraget i hverdagslivets gøremål. Det stemmer overens med vores umiddelbare vurdering.

Beboerne tilbydes et varieret udvalg af aktiviteter. Der lægges vægt på at inddrage beboerne aktivt i dagligdagen. Både når det gælder individuelle forhold og forhold, der vedrører fællesskabet. Vi bliver orienteret om aktiviteter som dans, film, spil, gymnastik, cykelture og i flere af tilbuddene er der mulighed for at få besøg af en besøghund, hvilket skaber stor glæde hos mange af beboerne. Flere af tilbuddene har lavet samarbejde med de nærliggende børnehaver, således at børnene og pædagogerne kommer og besøger beboerne, hvor de enten synger, tegner eller snakker om løst og fast. Der er et tæt samarbejde medarbejdere, beboere, pårørende og frivillige imellem.

Ved udfordringer i opgaveløsningen, som øget kompleksitet og ændringer i beboernes behov, har vi generelt indtryk af, at der er et relevant fagligt og tværfagligt samarbejde med blandt andre centersygeplejersken, læge, psykiatrien, demenskoordinator og VISO. En tværfaglig indsats, der øger kvaliteten.

I flere af tilbuddene arbejdes der med triage (model til tidlig opsporing for at målrette plejen). En systematisk gennemgang af beboernes behov er med til at skabe overblik over, hvilke beboere, der kræver en særlig indsats og eventuelt behandling.

Medarbejderforhold og faglige forudsætninger

Det er vores vurdering, at medarbejdernes grundlæggende kompetencer imødekommer målgruppens behov. Der er opmærksomhed på et stigende behov for kompetenceløft gennem løbende opkvalificering og udvikling af det faglige niveau. Det sker dels gennem faglig sparring, inddragelse af eksterne samarbejdspartnere, undervisning og kurser.

Medarbejderne fremstår generelt kompetente og engagerede i samspillet med beboerne. Det har også gjort sig gældende i samtalerne med os. Beboerne har, som tidligere nævnt, givet udtryk for, at de oplever medarbejderne imødekommende. Det er vores indtryk, at medarbejdernes positive indstilling til arbejdet, smitter af på atmosfæren, hvilket er til glæde for beboerne.

Medarbejderne har overordnet giver udtryk for tilfredshed med deres arbejdsforhold. I den forbindelse har medarbejderne opfattelsen af, at et velfungerende kollegialt samarbejde og opbakning fra ledelsen, har været bærende. I øvrigt giver medarbejderne generelt udtryk for, at de er glade for deres arbejde.

Den skriftlige dokumentation

Vi har gennemgået udsnit af den skriftlige dokumentation, herunder primært handleplaner og fokusområder. Det gælder både for de beboere, vi har talt med, og andre af os også udvalgte.

Overordnet fremstår dokumentationen opdateret og retningsgivende for indsatsen. Handleplanerne beskriver beboernes behov og udmøtningen af hjælpen i praksis over hele døgnet.

Der arbejdes ihærdigt med fokusområder. Vi konstaterer, at der er flere fokusområder, som ikke er afsluttet eller hvor der ikke har været løbende opfølgning. Et udviklingspunkt er derfor at afslutte fokusområder, såfremt de ikke længere er aktuelle eller sikre en løbende opfølgning.

Vi har i flere af tilbuddene rettet opmærksomhed på et udviklingspunkt omkring sprogbrug i dokumentationen.

Magtanvendelse

Ifølge det oplyste forekommer magtanvendelse sjældent. Det er vores indtryk, at der er åbenhed og tværfaglig sparring i forbindelse med de udfordringer og dilemmaer, medarbejderne oplever i samarbejdet med beboerne. Ved særlige udfordringer i samarbejdet med beboerne inddrages relevante samarbejdspartener, eksempelvis demenskoordinator.

Det er vores umiddelbare vurdering at medarbejdernes faglige refleksioner, brug af pædagogiske redskaber samt for nogle beboere individuel kontakt, er med til at forebygge udaregerende adfærd, indgriben i beboernes selvbestemmelsesret samt konflikter beboerne imellem.

Det er vores umiddelbare vurdering, at medarbejderne er bekendte med gældende regler og procedure for området.

Om det særlige fokuspunkt

jf. forvaltningens fokus vedrørende Demensprojektet og Projekt Optur er det vores overordnede vurdering, at der er en hensigtsmæssig opmærksomhed på et godt tværfagligt samarbejde og der er eksempler på konkrete redskaber som medarbejderne bruger i deres daglige arbejde med beboerne. I flere af tilbuddene oplever medarbejderne et kompetenceløft, hvor der arbejdes innovativt og med en anerkende pædagogisk tilgang til beboerne. Flere medarbejder udtrykker, at kollegaerne imellem, er opstået en større rummelighed.

I det tilbudt som er selvejende, får vi oplyst, at de ikke har været en direkte del af Projekt optur og Demensprojektet. Man har samarbejdet med UCN i forhold til at udvikle en Livsorienteret Rehabilitering. En kultur, hvor man inddrager og spørger til beboernes ønsker og behov. Det er vores umiddelbare vurdering, at det har båret frugt og kommer beboerne til gavn.

jf. forvaltningens fokus vedrørende beboernes oplevelse af maden og måltidet. Generelt i alle tilbuddene giver beboerne udtryk for stor tilfredshed med maden og rammen omkring måltidet. Det er vores vurdering at medarbejderne har en øget opmærksomhed på beboernes vaner og ønsker omkring kosten og rammen for det gode måltid. Medarbejderne har flere faglige refleksioner over kostens betydning, også for beboere der er småtspisende eller har synkebesvær. I alle tilbuddene er der mulighed for at spise i fælleskabet. Det er vores vurdering at der er et tæt samarbejde med de kostansvarlige i alle tilbuddene.

Anbefalinger

- Med beboernes øgede alder og varierende og komplekse behov vil vi generelt anbefale opmærksomhed på udviklingen i beboernes behov, beboergruppens sammensætning og medarbejdernes kompetencer og faglige indsats for at kunne løse opgaven kvalificeret.
- For at skabe kontinuitet og den rette indsats i samarbejdet med beboerne vil vi anbefale, at der udvikles på at kvalificere den skriftelige dokumentation og vi vil anbefale i flere af tilbuddene, at der udvikles på etikken i sproget.
- Magtanvendelse forekommer kun i et begrænset omfang. Der er generelt forståelse for at arbejde forebyggende. Vi vil dog, som vi altid gør, anbefale, at man løbende og med fastlagte intervaller drøfter temaet og dets mange aspekter.

Processen

Vi har i 2016 gennemført tilsynene med afsæt i samme overordnede tilgang, som de foregående år, men dog med de nødvendige justeringer, som naturligt følger af de særlige fokusområder.

Vi har samlet set afviklet 13 tilsyn i tidsrummet mellem kl. 08.00 og 15.00 på alle ugens hverdage og på helligdage/weekender. Vi har tilstræbt at aflægge tilsyn på de tidspunkter, hvor der er størst mulighed for at møde borgerne, da det er væsentligt for os at møde dem på forskellige tidspunkter af døgnet.

Vi har forud for tilsynene gjort os bekendt med relevant materiale, der ligger til grund for driften. Det er blandt andet kvalitetsstandarder, politikker og retningslinjer, værdigrundlag samt andet relevant, generelt og konkret materiale, herunder de enkelte tilbuds egne politikker, værdigrundlag med mere.

Som en del af grundlaget for vores vurderinger og konklusioner har vi inddraget borgerne, deres pårørende, medarbejdere og ledelse. Vi afgør selv, hvem vi inddrager og hvilke borgers dokumentation, vi gennemgår.

De uanmeldte tilsyn er i sagens natur ikke blevet varslet. Uanset tilsynets karakter har ledelsen af det enkelte tilbud været involveret enten direkte i forbindelse med tilsynet eller efterfølgende ved telefonisk eller personlig kontakt.

Vi kan af gode grunde heller ikke tilrettelægge og aftale samtaler med de pårørende. Men vi søger hele tiden så bredt et grundlag at bedømme ud fra som muligt. Nogle steder har vi tilfældigt mødt borgernes pårørende. Det har i flere tilfælde givet mulighed for en drøftelse af de pårørendes oplevelse af det indbyrdes samarbejde med ledelsen og medarbejderne på stedet.

Den oplevede kvalitet er belyst og vurderet fortrinsvis på baggrund af samtaler og samvær med beboerne. Vi har talt med beboere såvel i fællesskabet som i deres egne boliger. De steder, hvor beboerne ikke har været i stand til at udtrykke sig verbalt, har vi lagt særlig vægt på at opholde os i fællesskabet, hvor vi også har haft mulighed for at iagttage samværet mellem dem og med medarbejdere. Vi har på alle måder forsøgt at få den mest troværdige kontakt med beboerne de enkelte steder. Her har kropssprog og adfærd været afgørende for vurderingen, understøttet af medarbejdernes udtalelser og beskrivelserne i den skriftlige dokumentation.

Samlet set har vi inddraget omkring 45 borgere, kontaktpersoner til andre og enkelte pårørende ved deres tilstedeværelse.

Medarbejderforholdene er vurderet på baggrund af samtaler med repræsentanter blandt de medarbejdere, der var til stede på det tidspunkt, hvor tilsynet fandt sted. De har primært været inddraget enkelt-

vis. Ad den vej har vi sikret os, at vi har talt med medarbejdere fra forskellige enheder og de forskellige fagligheder er blevet repræsenteret. Vi har inddraget omkring 40 medarbejdere

Relevant skriftligt materiale er gennemgået, herunder afgørelser og pleje- og omsorgsplaner indeholdende døgnrytmebeskrivelser og helhedsvurderingermv. med angivelse af målsætning og metode for samarbejdet mellem borgerne og medarbejderne. Herudover har vi gennemgået daglige notater, ugeskemaer, procesbeskrivelser, indsatsark, samværsvejledninger og strukturplaner mv. Vi har gennemgået dokumentation for indsatsen for mere end 85 borgere.

Herudover har vi vurderet den samlede målgruppe og de fysiske rammer set i relation til målgruppens behov. Vi har ligeledes drøftet forståelsen for og indsigten i magtanvendelsesbegrebet, behovenes årsager samt udmøntningen af de metodemæssige tilgange til opgaveløsningen.

Aalborg, den 9. marts 2017

Kathinka Eriksen og Henning Jacobsen