

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandards for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandards for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	Det er positivt, at vejledningen flere steder beskriver den kommunale sygeplejes rolle i forebyggelse, rehabilitering og koordinering af komplekse borgerforløb. Samtidig beskrives rehabilitering gennemgående som noget, den kommunale sygepleje skal varetage, koordinere eller understøtte, mens de faggrupper og kompetencer, som ofte bidrager til eller leverer de konkrete rehabiliterende indsatser, kun i begrænset omfang fremgår af vejledningen. Det gælder særligt fysioterapeuter og ergoterapeuter, selv om funktionsevne, rehabilitering, forebyggelse, mestring og deltagelse i hverdagslivet er gennemgående temaer i vejledningen. Ældreloven og intentionerne i sundhedsreformen bygger på tværfaglige indsatser omkring borgerne. Det bør derfor afspejles tydeligere, at den kommunale sygepleje ofte indgår i tæt samarbejde med rehabiliteringsfaglige kompetencer om borgerforløb. Derfor er det bekymrende at læse, at hverken ergoterapeuter og fysioterapeuter er nævnt som tætte samarbejdspartnere i den kommunale sygepleje, som skal yde sygepleje til borgere i alle aldre, der har behov herfor, herunder med fokus på at håndtere og forebygge sygdom og forværring af sygdom samt yde sygepleje og behandling, rehabilitering og basal palliation.	
Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Indledning og formål	-	Vi foreslår, at "fysioterapi" og "fysioterapeuter" tilføjes i sidste afsnit i formålet: "Borgere, der modtager kommunal sygepleje, kan samtidig have behov for

		andre sundheds- og plejefaglige indsatser, fx helhedspleje, fysioterapi, ergoterapi, genoptræning og træning, samt have kontakt til andre aktører i sundhedsvæsenet, fx almenmedicinske tilbud, speciallægepraksisser, sygehuse, fysioterapeuter, ergoterapeuter eller andre regionale tilbud som akutsygepleje.”
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	Vi foreslår, at ”fysioterapeuter” tilføjes i afsnittet om organisering: ”Organiseringen skal også understøtte en personcentreret og tværfaglig tilgang. Den kommunale sygepleje skal derfor ved behov samarbejde med andre fagligheder i og uden for kommunen om borgernes forløb fx helhedsplejen, fysioterapeuter, ergoterapeuter og øvrige rehabiliteringsfaglige kompetencer, almenmedicinske tilbud, speciallægepraksisser, sygehuse og andre regionale tilbud, herunder akutsygeplejen.
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Det er positivt, at der er fokus på nødvendige uddannelses-og/eller kompetencemæssige kvalifikationer. Vi foreslår desuden, at det præciseres, at kompetencer i kommunal sygepleje også omfatter evnen til at identificere rehabiliteringsbehov samt inddrage relevante tværfaglige samarbejdspartnere i borgerforløbet. Der bør ligeledes være fokus på sondring mellem almindelig opgaveoverdragelse og delegation af forbeholdt virksomhed.

		Uanset om der i det tværfaglige samarbejde sker opgaveoverdragelse af f.eks. plejeopgaver eller delegation af f.eks. medicinhåndtering bør der være nødvendig sikring af kompetencer, uddannelse i opgaven samt skriftlige instrukser.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Det er positivt, at der er fokus på delegation af forbeholdte virksomhedsområder, herunder, at ”der i relevant og nødvendigt omfang udarbejdes lokale instrukser, som skal følges i forbindelse med den generelle opgavevaretagelse på sygeplejeområdet og særligt i forhold til ansvars- og kompetenceforhold, medicinhåndtering og journalføring for at sikre en forsvarlig arbejdstilrettelæggelse.” Der bør ligeledes i afsnit om ”Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser” være fokus på sondring mellem almindelig opgaveoverdragelse og delegation af forbeholdt virksomhed. Uanset om der i det tværfaglige samarbejde sker opgaveoverdragelse af f.eks. plejeopgaver eller delegation af f.eks. medicinhåndtering bør der være nødvendig sikring af kompetencer, uddannelse i opgaven samt skriftlige instrukser. Samtidig bør det fremgå, at tilrettelæggelsen af indsatser ved rehabiliteringsbehov sker i relevant samarbejde med andre faggrupper, herunder fysioterapeuter og ergoterapeuter, når borgerens funktionsevne, mobilitet eller rehabiliteringsmål tilsiger det.
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	

7. Kvalitetsudvikling	-	
-----------------------	---	--

2. Kvalitetsstandards for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandards for kommunal sygepleje og basal	Det er positivt, at ”Den kommunale sygepleje i et forløb skal have systematisk opmærksomhed på borgernes rehabiliteringsbehov- og potentiale. Det indebærer blandt andet opmærksomhed på ændringer i helbredstilstand og funktionsevne (..)” Kvalitetsstandards har generelt et stærkt fokus på funktionsevne, rehabilitering, forebyggelse og mestring. Samtidig beskrives rehabiliteringsindsatserne i høj grad som noget, den kommunale sygepleje skal identificere, koordinere, følge op på eller understøtte. Der er derimod kun i begrænset omfang fokus på de faggrupper og kompetencer, som ofte bidrager til eller leverer de konkrete rehabiliterende indsatser. Dermed risikerer tværfagligheden at fremstå mindre tydeligt, end borgernes behov og praksis i det nære sundhedsvæsen tilsiger. Det er derfor bekymrende, at terapeutfaglige kompetencer ikke fremgår i kvalitetsstandards for kommunal sygepleje og basal palliation. Det er bekymrende for det samarbejde, som er helt nødvendigt og relevant i mange borgerforløb, hvor flere fagligheder er i spil. For fysioterapeuter og fysioterapi betyder det, at rehabilitering, genoptræning, forebyggelse og indsatser i eget hjem forventes at få en endnu mere central rolle i den samlede sundhedsindsats tæt på borgeren. Men også, at opgaver omlægges. Det gælder fx den basale palliation til ældre og mennesker med kroniske sygdomme, som skal varetages i det nære sundhedsvæsen og inkluderes sammen med rehabiliterende indsatser. Når kvalitetsstandards flere steder fremhæver funktionsevne, rehabiliteringsbehov, mestring, selvhjulpethed og deltagelse i hverdagslivet som centrale mål, bør det også afspejles i beskrivelsen af de tværfaglige samarbejder omkring borgerne. Derfor foreslår vi, at samarbejde med andre faggrupper får fylde i ’Kvalitetsstandards for kommunal sygepleje og basal palliation’ herunder, at fysioterapeuter og andre rehabiliteringsfaglige kompetencer tydeligere indgår som relevante samarbejdspartnere omkring borgere med rehabiliterings-, funktions- og palliative behov.
---	--

Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvi sning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Her har vi 3 forslag til ændringer: 1. Tværfaglig rehabilitering bør beskrives mere eksPLICIT. Det er bemærkelsesværdigt, når udkastet gentagne gange fremhæver fx funktionsevne, rehabilitering, mestring og selvhjulpenhed, uden fx at nævne fysioterapeuter og ergoterapeuter, der netop har ekspertisen udi disse aspekter. Vi foreslår derfor, at der i afsnit 3.4 indarbejdes følgende: ”Rehabiliterende indsatser sker ofte i samarbejde med relevante rehabiliteringsfaglige kompetencer, herunder fysioterapeuter og ergoterapeuter.” 2. I forhold til fysisk aktivitet mener vi, at det bør fremhæves stærkere som forebyggelsesindsats, idet fysisk aktivitet er blandt de bedst dokumenterede

		indsatser til at forebygge funktionstab, reducere fald, forebygge genindlæggelser, styrke mestring mm. Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at følgende indarbejdes i afsnit 3.4: ”Forebyggende indsatser kan blandt andet omfatte understøttelse af fysisk aktivitet, mobilisering og træning med henblik på at forebygge funktionstab og understøtte selvhjulpenhed.” 3. Palliation og rehabilitering bør kobles endnu tydeligere. I sidste afsnit før afsnit 3.5 står bl.a.: Rehabilitering og palliation har væsentlige faglige overlap... Vi foreslår, at følgende indarbejdes: ”Rehabiliterende indsatser, herunder fysioterapeutiske indsatser rettet mod funktionsevne, mobilitet og symptomlindring, kan være relevante gennem hele det palliative forløb.” Det vil fx også lægge sig helt i forlængelse af Kræftplan V og den moderne forståelse af palliation.
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Det fremgår, at den kommunale sygepleje i et forløb skal have systematisk opmærksomhed på borgernes rehabiliteringsbehov- og potentiale. Det indebærer blandt andet opmærksomhed på ændringer i helbredstilstand og funktionsevne.” Det styrker fagligheden i den rehabiliterende indsats, når fysioterapeuter og ergoterapeuter er en

		del af den samlede tværfaglige indsats til borgere og patienter. Derfor foreslår vi, at det i kvalitetsstandarderne tilføjes, at terapeuterne indgår i det samlede team omkring borgeren.
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Det er positivt, at der er fokus på delegation af forbeholdte virksomhedsområder, herunder, at ”Opgaverne kan, i det omfang reglerne tillader det, delegeres fra en sygeplejerske til en medhjælp. Ved brug af medhjælp skal ledelsen sikre, at medhjælpen har de nødvendige kvalifikationer og modtager relevant instruktion.” Der bør i afsnit om Sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde være fokus på sondring mellem almindelig opgaveoverdragelse og delegation af forbeholdt virksomhed. Uanset om der i det tværfaglige samarbejde sker opgaveoverdragelse af f.eks. plejeopgaver eller delegation af f.eks. medicinhåndtering, bør der være nødvendig sikring af kompetencer, uddannelse i opgaven samt skriftlige instrukser.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	

	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Udkastet beskriver flere steder kliniske vurderinger af sygdom og sundhedstilstand, men funktionsevne omtales kun sporadisk. Akut sygdom hos især ældre viser sig ofte først som: • fald i mobilitet • gangproblemer • balanceproblemer • nedsat fysisk funktion. Derfor bør kvalitetsstandarden tydeliggøre, at vurdering af funktionsevne er en integreret del af den akutte vurdering.	
Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	Vedr. 4.2.2.: Enkeltstående indsatser med direkte borgerkontakt

		Funktionsevne bør være en del af den kliniske vurdering. Derfor foreslås præcisering efter afsnittet: "Den kliniske sygeplejefaglige vurdering og undersøgelse af borgere med akutte tilstande tager udgangspunkt i strukturerede metoder, eksempelvis ABCDE, suppleret med anamnese og relevante objektive og diagnostiske undersøgelser. Vurderingen skal desuden inddrage borgernes funktionsevne,..." Her foreslår vi, at det i stedet præciseres: "Den kliniske vurdering bør omfatte systematisk vurdering af borgerens funktionsevne, mobilitet og eventuelle behov for genoptræning eller rehabilitering." Begrundelsen herfor er, at funktionsfald ofte er det første tegn på akut sygdom hos skrøbelige ældre. Samtidigt foreslår vi, at fokus på rehabilitering og genoptræning styrkes i afsnit 4.2.2, hvor der længere nede står: "Akutsygeplejen skal desuden, hvor relevant, identificere eventuelle behov for øvrige indsatser, eksempelvis genoptræning, rehabilitering og palliation..." Her foreslår Danske Fysioterapeuter en skærpelse, så det i stedet kan lyde: "Akutsygeplejen skal systematisk vurdere behov for genoptræning og rehabilitering samt sikre rettidig inddragelse af relevante faggrupper."
--	--	--

		Vedr. 4.2.3 - Tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed Her beskrives observation, pleje og behandling efter akut sygdom. Her kunne tilføjes: "Indsatsen bør, hvor relevant, omfatte mobilisering, fysisk aktivitet og forebyggelse af funktionstab." Begrundelsen herfor er, at formålet ikke alene bør være at undgå indlæggelse, men også at bevare funktionsevne.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Vi foreslår en præcisering af dot: "foretage en helhedsorienteret vurdering af borgerens samlede sundhedssituation, herunder funktionsevne..." Med følgende: "...herunder funktionsevne, mobilitet, rehabiliteringsbehov og behov for genoptræningsindsatser."
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Vi foreslår, at der tilføjes """fysioterapeutiske tilbud": "Akutsygeplejen skal indgå i et tæt samarbejde med den kommunale sygepleje, øvrige kommunale aktører, herunder socialpsykiatri, helhedspleje, fysioterapeutiske tilbud, plejehjem og botilbud, samt med almenmedicinske tilbud, lægevagtsordninger/akuttelefoner, sundheds-og omsorgspladser, præhospital indsats og sygehuse." Vedr. 6.3.3. Informationsdeling: Der er gode hensigter i kvalitetsstandarden for så vidt angår kommunikation på tværs og deling af

		nødvendige oplysninger om borgerne og borgernes forløb, herunder, at der skal sikres relevant digital understøttelse af alle faggrupper. Fysioterapeuter har, jævnfør sundhedslovens § 42 d, stk. 2, alene adgang til borgers helbredsoplysninger, uden borgers samtykke, når borger er i aktuel behandling. Med de nye sundheds- og omsorgspladser og samarbejde i akutte forløb i akutsygeplejen vil der være tale om hurtige patientforløb, hvor fysioterapeuten efterfølgende ikke vil have mulighed for at indhente borgers helbredsoplysninger, medmindre borger har samtykket hertil. Når fysioterapeuterne ikke kan tilgå journalen efter han/hun har afsluttet borger er det umuligt for fysioterapeuten at vide hvorvidt en indsats var relevant og nødvendig. Af den årsag kan det være vanskeligt for fysioterapeuter at bidrage til relevant og nødvendig ressourceallokering. Danske Fysioterapeuter har rejst denne problematik med ministeriet, hvor vi anmoder om at blive sidestillet med læger, jordemødre og sygeplejersker i sundhedslovens § 42 d, stk. 2, nr. 1.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	