



**OVERSIGT**

5. juli 2018

Sagsnr.  
2018-0148044

Dokumentnr.  
2018-0148044-1

Sagsbehandler  
Theresa Linnea  
Markenvar/Marie  
Simone Ottesen

**Oversigt over høringsvar til strategien for midlertidige  
døgnophold**

Høringspart		Bemærkning	Opfølgning på bemærkning
1	Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, via SUF MED	<p>Vi ser frem til en intensivering af den faglige indsats ved f.eks. at modtage mere en-til-en rehabilitering i den tværfaglige indsats med udgangspunkt i borgernes specifikke og individuelle behov.</p> <p>Det er positivt, at der åbnes mulighed for træning i de tidlige aftentimer og i weekender/helligdage. Det er dog væsentligt, at træningsforløbene tilrettelægges individuelt i forhold til den enkeltes formåen.</p> <p>Der skal være fokus på, at det er ældre borgere med reduceret funktionsniveau, som kan have vanskeligt ved at mobilisere energi til intensive træningsforløb.</p>	<p>Det er i strategien et centralt fokusområde, at indsatsen tilrettelægges fleksibelt efter en faglig vurdering i samarbejde med borgeren af den enkeltes behov. Det er et opmærksomhedspunkt, at der tages hensyn til borgere med et reduceret funktionsniveau, der kan påvirke deres deltagelse i aktiviteter i deres rehabiliteringsforløb. Der kan med individuel træning tages hensyn til den enkelte borgers behov, idet træningen kan tilrettelægges på forskellige tidspunkter af døgnet, så aktiviteterne fleksibelt tilpasses borgerens behov og mulighed for aktiv deltagelse.</p>
2	Danske Fysioterapeuter	Det er positivt, at borgerne har let	Det er fortsat borgerens egen praktiserende læge, der

**Afdeling for  
Rehabilitering**

Sjællandsgade 40, Bygning H  
2200 København N

EAN nummer  
5798009290458

	og Ergoterapeutforeningen, via SUF MED	adgang til lægehjælp under opholdet. Der skal dog stadig være mulighed for at beholde egen læge, da det giver tryghed for nogle borgere.	<p>som udgangspunkt har behandlingsansvaret og det koordinerende ansvar for borgerens forløb, uanset at borgeren har ophold op et af de to centre.</p> <p>For at sikre et tæt lægesamarbejde og rettidig adgang til lægefaglighed, som er nødvendigt i forhold til målgruppen af ustabil syge borgere, forventer forvaltningen at indgå en samarbejdsaftale med almen praksis og/eller akutsygehuse omkring lægetilknytning på centrene. Hermed skal det sikres, at borgere rettidigt får den nødvendige behandling. Centrene tilknyttede læger vil orientere borgernes praktiserende læger via fremsendelse af epikriser.</p>
3	Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, via SUF MED	Vi er enige i, at de borgere, som ikke har et rehabiliteringspotentiale, får ophold på en midlertidig plejeplads. Vi kan konstatere, at der lægges op til en reduktion af 62 pladser fra i dag 272 pladser til fremtidigt 210 pladser. Vi er bekymrede for, om dette estimat holder i forhold til målgruppen, selvom der forventes et større borger-flow.	<p>Reduktionen af 62 pladser er korrekt ved sammenligning af pladsantal fra Implement Consulting Groups analyse fra maj 2017. Det seneste år har der allerede være en justering i pladsantallet, da forvaltningen har lukket 23 pladser på Rehabiliteringscenter BIN – Emdrup. Derudover vil der finde en demografiregulering sted på akutindsatsen, som er indregnet og svarer til syv pladser.</p> <p>Derfor vil en mere sigende pladsreduktion i forhold til i dag ligge på omkring 32 pladser på grund af intensiveringen af den faglige indsats.</p> <p>Der er en vis usikkerhed omkring det fremtidige kapacitetsbehov, alt efter hvor hurtigt intensiveringen af de midlertidige døgnophold kan gennemføres. Derfor vil der i en periode blive arbejdet med en såkaldt bufferkapacitet, hvor det er muligt at holde ekstra pladser åbne, indtil intensiveringen er fuldt ud implementeret.</p>

4	Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, via SUF MED	Det er uklart, om der skal tilføres terapeutfaglige ressourcer, hvilket synes hensigtsmæssigt, når den faglige kvalitet skal højnes.	Samlet set udvides den økonomiske ramme som følge af den demografiske udvikling og udmøntes som en intensivering af indsatsen. Hermed bliver det samlede terapeutfaglige behov også større.
5	Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, via SUF MED	Det er ligeledes uklart, hvordan de nuværende personaleressourcer fordeles fremover på henholdsvis centrene og sundhedshuse, når opholdene afkortes, og borger kan have behov for opfølgende træning hjemme.	Der er med strategien ikke planlagt at tilføre ekstra ressourcer til sundhedshusene.
6	Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, via SUF MED	Det er uheldigt, at strategien i borgercase nr. 1 beskriver, at borger er klar til at komme hjem efter 14 dage, da det kan tolkes som, at borgere maksimalt kan opholde sig på et midlertidigt ophold i 14 dage. – Det anbefales derfor, at det præciseres, at der er tale om en individuel vurdering, som medfører kortere eller længere forløb afhængig af den konkrete situation.	Borgernes ophold vil være individuelt og fagligt vurderet sammen med borgeren på baggrund af deres behov og situation. Det er ikke en ambition at fastsætte en fast gennemsnitlig opholdstid, da denne vil variere fra borger til borger.  Opholdslængden, der beskrives i strategien, skal således illustrere den intensivering, der vil finde sted i indsatsen, og som kan anvendes som styringsredskab for centrene. Målet er derfor netop, at den faglige vurdering af den enkelte borgers konkrete behov i højere grad skal være bestemmende for længden af opholdet i stedet for den udbredte standard, der i dag er, med ophold på 28 dage.
7	Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, via SUF MED	Der lægges op til, at en placering af de midlertidige døgnophold i to centre i Byen og Syd giver mulighed for bedre sammenhæng i tilbuddene samt højnelse af specialkompetencer. – Det er positivt, at der satses på mere målrettede kompetenceudviklingstilbud til medarbejderne.	Positiv tilkendegivelse – ingen ændringer.
8	Danske Fysioterapeuter	Der lægges op til, at borgerne skal	Borgere, hvor det vurderes ikke at være fagligt

	og Ergoterapeutforeningen, via SUF MED	<p>være hjemme, så snart det fagligt vurderes forsvarligt, så borger kan modtage en indsats i trygge rammer tæt på pårørende. Vi vil gøre opmærksom på, at det ikke i alle tilfælde er trygt for borgere at være i eget hjem.</p> <p>Der kan være tale om ensomhed, utryghed og en ikke hensigtsmæssig indretning af boligen i forhold til f.eks. hofteopererede, amputerede borgere m.v. – De pårørende har samme muligheder for at støtte det ældre familiemedlem på et døgnophold som i egen bolig.</p> <p>Vi forudsætter derfor, at det bliver den faglige vurdering, som er bestemmende for tilrettelæggelsen af hensigtsmæssige forløb og ikke økonomiske incitamenter.</p>	forsvarligt for dem at opholde sig derhjemme, skal modtage et midlertidigt døgnophold. Der vil derfor altid finde en konkret og individuel vurdering sted af borgerens behov og situation. Denne vurdering skal tages på baggrund af viden om borgerens situation i hjemmet, og hvad hjemmeplejen og hjemmesygeplejen vil kunne tilbyde af indsatser i hjemmet.
<b>9</b>	Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, via SUF MED	Vi henleder opmærksomheden på, at det skal vurderes, om der vil blive et øget behov for særlige midlertidige hjælpemidler.	Det er et opmærksomhedspunkt, der vil indgå i den videre proces omkring implementering af strategien.
<b>10</b>	Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, via SUF MED	Det er beskrevet, at det i den nuværende organisering kan betyde, at medarbejderne ikke har mulighed for at agere tilstrækkeligt proaktivt i tilrettelæggelsen af borgernes forløb, og at en ny organisering samtidig skal understøtte, at alle medarbejdere har incitament til at samarbejde om og skabe gode overgange.	Forvaltningen anerkender, at medarbejderne i dag allerede samarbejder omkring at skabe gode overgange for borgerne i deres forløb. Samtidig vurderes det, at rammerne omkring dette samarbejde vil kunne optimeres, så medarbejderne blandt andet får mulighed for at kunne agere mere proaktivt end i dag. Implements analyse af området fra 2017 pegede på områder, hvor forvaltningen med fordel kan justere organiseringen for at sikre borgerne mere

		Det mener vi i høj grad allerede er tilfældet med den nuværende organisering.	sammenhæng i overgangene.
<b>11</b>	Personalet på Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro, via SUF MED	<p>Et stort udsnit af borgerne er ofte præget psykisk og fysisk af træthed, forvirring, er opgivende, underernæret, svimle osv. Dette er de, fordi de udskrivende borgere forsat meget medicinsk komplekse, og er forsat delvist et helbredsmæssigt ustabile, når de hjemtages til kommunen.</p> <p>Vi støder derfor ofte ind i, borgerne har behov for særlig kompleks sygepleje, når de kommer til på rehabiliteringsophold. Komplex sygepleje som vi ikke kan tilbyde dem her f.eks. IV væske, blærescanning osv.</p> <p>Vi anbefaler et kompetenceløft af sygeplejen, og at sygeplejersker får lov til at kunne udføre endnu mere kompleks sygepleje, for det har borgerne brug for, således vi undgår genindlæggelser. Der er, som I selv beskriver, behov for læge kompetencer "tættere" på borgeren, og dette håber vi lykkes.</p>	<p>Forvaltningen udbød i efteråret 2017 i samarbejde med Metropol to kursusforløb i akutsygepleje. Forvaltningen vil afdække mulighederne for tilbud om kompetenceudvikling af medarbejdere i forbindelse med strategien. I forlængelse heraf kan forvaltningen oplyse, at Sundhedsstyrelsen har etableret en specialuddannelse i borgernær sygepleje, som kan være med til at styrke medarbejdernes kompetencer.</p> <p>Idet de to nye centre får status af akutfunktioner, vil der være krav om at løse de i Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen" beskrevne indsatser. Det omfatter blandt andet sygeplejefaglig observation, pleje og behandling af borgerne.</p>
<b>12</b>	Personalet på Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro, via SUF MED	<p>I nævner i strategien for midlertidige døgnophold, at sygeplejen skal kunne varetage mere specialiseret sygepleje. Det er dog vigtigt, I også tænker social- og sundhedsassistenter ind i denne strategi. Vi har nogle fagligt dygtige assistenter, og de ønsker forsat</p>	<p>Forvaltningen er enig i, at der skal være ansat social- og sundhedsassistenter på rehabiliteringscentrene, og at de kan løse mindre komplekse sygeplejeopgaver, sådan som det er beskrevet i SUF's Indsatskatalog for sygeplejeindsatser.</p> <p>Det fremgår ligeledes i Sundhedsstyrelsens</p>

		<p>at skulle være en del af de ukomplekse sygeplejeopgaver og kunne varetage dem.</p> <p>Vi anbefaler derfor også, at social- og sundhedsassistenter tænkes ind i at kunne løse ukomplekse sygefaglige opgaver samt også får faglig udvikling.</p>	<p>”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen”, at grundlæggende sygeplejeopgaver efter konkret vurdering kan varetages af social- og sundhedsassistenter med mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.</p>
<b>13</b>	<p>Personalet på Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro, via SUF MED</p>	<p>Vi håber, at de to nye centre vil føre til bedre tværsektorielt samarbejde, og der tænkes ind i at lave et endnu tættere samarbejde mellem primær- og sekundær sektor, for dette har den ældre medicinske patient/borger brug for. Der findes allerede projekter så som TUE, men et andet spændende projekt ville være ”tværsektoriel stuegang”, som man har haft gode erfaringer med i Region Nordsjælland og de 8 kommuner i Nordsjælland, som var med.</p> <p>Vi anbefaler, I også tænker ind i nogle organisatoriske modeller, som ville bidrage til et sammenhængende patient-/borgerforløb.</p>	<p>Der er nationalt såvel som lokalt fokus på at skabe sammenhængende overgange for borgerne. Et bærende princip i strategien er derfor, at organiseringen skal understøtte sammenhæng i borgernes forløb og sikre dem trygge overgange. I det kommende arbejde med videreudvikling og implementering af strategien skal dette princip operationaliseres ved en proces i efteråret 2018.</p>
<b>14</b>	<p>Personalet på Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro, via SUF MED</p>	<p>Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro har nogle gode arbejdsgange i forhold til at arbejde tværfagligt med borgeren, hvor der er en sosu. ass., sygeplejerske, fysioterapeut samt ergoterapeut for at planlægge det bedste forløb med borgeren. På Rehabiliteringscenter BIN tilbyder terapeuterne både individuel træning samt 7 forskellige</p>	<p>Indsatsen på de nye centre skal kunne planlægges fleksibelt afhængig af borgerens behov. Såfremt nogle borgere vil have større gavn af holdtræning end individuel træning, vil dette kunne være op til den lokale ledelse at planlægge nærmere. Forvaltningen vil tage opmærksomhedspunktet med i videreudviklingen af strategien.</p>

		<p>holdtræningstilbud, som tilgodeser borgerens behov. Vi kan se en udfordring i, at der ikke er fokus på holdtilbud, da det også er med til at tilgodese det sociale behov, som der oftest også er fokus på i forløbet.</p> <p>Hvis borgerne i højere grad kun skal træne individuelt med terapeuterne, mistes gruppedynamikken og borgers spejling i andres fremgang. Hvis en bg. er trist og modløs og har svært ved at motiveres til træning, er holdtræning i mindre grupper godt, som kan være med til at styrke det sociale samvær, og måske også motivere bg. til deltagelse i AC efter udskrivelse fra et midlertidigt døgnophold.</p>	
15	<p>Personalet på Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro, via SUF MED</p>	<p>Der opbygges ofte relationsarbejde med borgerne, hvor borgeren er tryk ved, at det er de samme medarbejdere, der er inde over forløbet. Dette vil ikke være muligt at opbygge i samme grad med skiftende vagter. Risici for fejl formindskes, når medarbejderne er i faste vagter.</p>	<p>Opmærksomhedspunktet vil blive inddraget i videreudviklingen af strategien i samarbejde med ledelsen på rehabiliteringscentrene i forhold til bedst mulig arbejdstilrettelæggelse.</p>
16	<p>Personalet på Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro, via SUF MED</p>	<p>Der skal være fokus på, at der skal være tilstrækkelig med faglige ressourcer til at løfte den rehabiliterende indsats med borgerne.</p>	<p>Samlet set udvides den økonomiske ramme som følge af den demografiske udvikling og udmøntes som en intensivering af indsatsen. Hermed bliver det samlede terapeutfaglige behov også større.</p>
17	<p>Personalet på Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro, via SUF MED</p>	<p>Man kan være opmærksom på, at ikke alle borgere kan deltage til træning med terapeuter hver dag, da der er mange andre sygeplejefaglige tilstande, som skal vurderes og stabiliseres, for at</p>	<p>Det er i strategien et centralt fokusområde, at indsatsen tilrettelægges fleksibelt efter en faglig vurdering i samarbejde med borgeren af den enkeltes behov. Det er et opmærksomhedspunkt, at der tages hensyn til borgere med et reduceret funktionsniveau,</p>

		borgeren kan indgå i et dagligt træningsforløb.	der kan påvirke deres deltagelse i aktiviteter i deres rehabiliteringsforløb. Der kan med individuel træning tages hensyn til den enkelte borgers behov, idet træningen kan tilrettelægges på forskellige tidspunkter af døgnet, så aktiviteterne fleksibelt tilpasses borgerens behov og mulighed for aktiv deltagelse.
18	Personalet på Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro, via SUF MED	Vi ser en udfordring i forhold til inddragelse af pårørende. Vi oplever, at mange af borgerne har et sparsomt netværk, og mange har næsten ikke noget. Vi har stor gavn af, at borgernes netværk støtter op omkring deres forløb, og dette kan blive udfordret af, at distancen for nogle af borgernes netværk kan blive for lang. Der lægges op til, forløbene skal intensiveres, og dette kan blive udfordrende, hvis borgeren ikke har et nærværende netværk, idet netværket i høj grad er medvirkende til at koordinere udskrivelsen omkring borgeren.	Udgangspunktet er, at borgere skal være derhjemme, når det vurderes fagligt forsvarligt. På sigt skal borgere, der venter på plejehjem, og som ikke kan vente derhjemme, vente på et plejehjem i deres lokalområde frem for på et af de to centre. Desuden vil opholdene på de nye centre være intensiveret og dermed kortere, så borgere vil opleve at kunne komme hurtigere hjem i vante omgivelser tæt på deres pårørende.  Under borgernes midlertidige døgnophold vil de pårørende som i dag blive inddraget mest muligt i møder og anden dialog.
19	FOA SOSU, via SUF MED	I formålet med den nye strategi står der bl.a. ” <i>At centrene skal være førende på faglighed, kvalitet og sammenhæng på området</i> ”, hvilket er gode målsætninger, dog har det gjort, at nogle af medarbejderne har fået den oplevelse, at deres nuværende arbejde er mangelfuldt, og de ikke har leveret faglighed og kvalitet.  Denne frustration er Center for	Forvaltningen anerkender medarbejderne på rehabiliteringscentre, der hver dag giver borgerne og pårørende en indsats af høj faglig kvalitet.  Strategien er udtryk for et paradigmeskifte for at løfte det samlede område og forberede indsatsen til de fremtidige udfordringer, som forvaltningen forudser i det nære sundhedsvæsen. I dag lever borgere således længere med sygdom og funktionsnedsættelser, som blandt andet betyder, at flere udskrives tidligere fra hospitalet med mere



		rehabilitering nødt til at forholde sig til i forhold til den kommende implementering af strategien.	<p>komplekse og omskiftelige behov. Det medfører, at det nære kommunale sundhedsvæsen får flere behandlingsopgaver, som blandt andet kræver et tættere samarbejde på tværs med hospitalerne og de praktiserende læger, hvis kommunen skal kunne løfte borgernes behov med tilbud af høj, faglig kvalitet.</p> <p>Forvaltningen ønsker på den baggrund samtidig at skabe nogle nye centrene med attraktive faglige arbejdsmiljøer for at sikre fastholdelse og rekruttering af dygtige medarbejdere.</p>
20	FOA SOSU, via SUF MED	I forhold til indførelse af intensiv rehabilitering og dermed en påtænkt forkortelse af opholdet på midlertidige døgnophold, vil vi gerne udtrykke en bekymring for, at man betragter borgerne ens og dermed regner med en gennemsnitlig opholdstid. Der må være forskel på opholdets længde i forhold til borgernes helbredstilstand samt sociale relationer på hjemmefronten. Bor man alene, kan det være svært at blive hjemsendt tidligere. Dette rejser så spørgsmålet, om økonomien holder, hvis ikke opholdstiden holder?	<p>Borgernes ophold vil være individuelt og fagligt vurderet sammen med borgeren på baggrund af deres behov og situation. Det er ikke en ambition at fastsætte en fast gennemsnitlig opholdstid, da denne vil variere fra borger til borger.</p> <p>Opholdslængden, der beskrives i strategien, skal således illustrere den intensivering, der vil finde sted i indsatsen, og som kan anvendes som styringsredskab for centrene. Målet er derfor, at den faglige vurdering af den enkelte borgers konkrete behov i højere grad skal være bestemmende for længden af opholdet i stedet for den udbredte standard, der i dag er, med ophold på 28 dage. Nogle borgere vil have behov for kortere ophold, mens andres behov vil kræve et længere ophold.</p>
21	FOA SOSU, via SUF MED	I forhold til en hurtig tilbagevenden til eget hjem vil vi gerne udtrykke vores bekymring, om hjemmeplejen er gearret til disse borgere og i givet fald, hvilken efteruddannelse/kursus hjemmeplejens personale skal have.	I 2016 og 2017 fik næsten 50 procent ingen eller under fire timers hjemmehjælp pr. uge efter et midlertidigt døgnophold. Forvaltningen forventer, at denne gruppe borgere fremover vil kunne modtage et kortere midlertidigt døgnophold sammenlignet med den udbredte standard på 28 dage, da de har begrænset brug for hjælp, når de kommer hjem.

		<p>Har man undersøgt, hvilken øget udgift det betyder for hjemmeplejen i forhold til evt. øget hjælp samt behovet for hjælpemidler, som der måttet være behov for og øget økonomi til pleje, hvor der er behov for to medarbejdere.</p>	<p>Forvaltningen kan ikke afvise, at omorganiseringen kan få afledte konsekvenser i form af øget efterspørgsel i hjemmeplejen og sygeplejen, men understreger, at der fremover er planlagt det samme antal midlertidige døgnophold som i dag, og at der med de intensiverede forløb forventes, at de borgere, der kommer hjem fra midlertidige døgnophold, ikke vil være mere plejkrævende end andre borgere. Med intensiveringen af opholdene på centrene forventer forvaltningen at det medføre, at borgerne efter opholdet forventeligt vil have et øget eller ensartet funktionsniveau end før intensiveringen.</p> <p>Et eventuelt pres på hjemmeplejen og sygeplejen i forbindelse med omorganiseringen skal også ses i sammenhæng med, at der generelt løbende er pres på de kommunale ydelser i takt med, at borgere hjemsendes tidligere fra hospitalerne. Forvaltningen er opmærksom på problemstillingen og følger udviklingen på området.</p>
22	FOA SOSU, via SUF MED	<p>Strategien lægger op til 2 centralt placerede centre og derved skabe bedre rammer for samarbejdet mellem hospitalerne.</p> <p>Vi har behov for at få uddybet, hvordan en fysisk ændring af rehabiliteringscentrenes placering fremmer samarbejdet med hospitalerne?</p>	<p>Med strategien samles rehabilitering og akut sygepleje på færre centre. Det er forventningen, at dette vil gøre det lettere at fastholde det sundhedsfaglige personale, da der med omorganiseringen skabes gode rammer for et attraktivt fagligt miljø.</p> <p>Størstedelen af de borgere, der får ophold på rehabiliteringscentrene, har haft et behandlingsforløb i hospitalsregi. Sundhedsstyrelsens ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen” anbefaler, at</p>

			<p>behandlingsansvaret efter en indlæggelse forbliver hos hospitalslægen, indtil det er overgivet telefonisk og accepteret af borgerens praktiserende læge, og der er fremsendt behandlingsplan. De regionale aftaler på akutområdet ventes at følge denne anbefaling.</p> <p>Organiseringen af et center i hvert planområde, der samarbejder med hver sit akuthospital, er således skabt med det formål at skabe grobund for et smidigt og tæt samarbejde, hvor hospitalet har kendskab og tillid til kompetencerne på rehabiliteringscentrene.</p>
23	FOA SOSU, via SUF MED	<p>Har man tænkt over processen i forhold til, hvilke medarbejdere der skal tilknyttes centrene, fastholdelse af medarbejderne i SUF i forhold til kommunens fastholdelses- og rekrutteringsplan.</p> <p>Får man mulighed for at vælge?</p>	<p>Forvaltningen har iværksat en række initiativer i forbindelse med fastholdelse og rekruttering af medarbejdere, herunder blandt andet initiativer i forhold til employer branding af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.</p> <p>I forlængelse heraf ønsker forvaltningen at skabe nogle nye centre med attraktive faglige arbejdsmiljøer for at sikre fastholdelse og rekruttering af dygtige medarbejdere. Under forudsætning af, at udvalget godkender strategien, vil der blive udarbejdet proces- og kommunikationsplaner med henblik på at skabe størst mulig tryghed og gennemsigtighed for ledere og medarbejdere om den forestående proces.</p> <p>Det vil blive overvejet, om det kan lade sig gøre, at medarbejderne kan få lov til at fremsætte ønsker til en fremtidig placering af hensyn til den løbende drift og hensynet til borgerne.</p>
24	FOA SOSU, via SUF MED	<p>En forudsætning for strategien er, at borgerne har let adgang til lægehjælp under opholdet.</p>	<p>Det er fortsat borgerens egen praktiserende læge, der som udgangspunkt har behandlingsansvaret og det koordinerende ansvar for borgerens forløb.</p>

		<p>Er der gjort nogen overvejelser om, hvordan dette sikres, og hvis dette ikke lykkes - hvad så?</p>	<p>For at sikre et tæt lægesamarbejde og rettidig adgang til lægefaglighed, som er nødvendigt i forhold til målgruppen af ustabil syge borgere, forventer forvaltningen at indgå en samarbejdsaftale med almen praksis og/eller akutsygehuse omkring lægetilknytning på centrene. Hermed skal det sikres, at borgere rettidigt får den nødvendige behandling. Centrene tilknyttede læger vil orientere borgernes praktiserende læger via fremsendelse af epikriser.</p> <p>Forvaltningen forventer, at det vil være muligt at lave en aftale om tæt lægesamarbejde, idet der i dag er en sådan aftale på Akutplejeenheden.</p>
25	FOA SOSU, via SUF MED	<p>Strategien lægger op til at ansætte nye faglige stærke medarbejdere, (de nuværende er også fagligt stærke, men har måske områder, hvor en kompetenceudvikling bør ske) som selvfølgelig er et godt tiltag, men hvordan tænkes denne udfordring løst, idet der i dag er store vanskeligheder med at få ansat sygeplejefagligt personale?</p>	<p>Der arbejdes på at sikre rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker i forvaltningen på flere områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved at synliggøre karriereveje for sygeplejersker både internt og eksternt, bl.a. med mulighed for specialuddannelse som Advanced Practitioner Nurse (kandidatuddannelse)</li> <li>• Der oprettes specialuddannelse i borgernær sygepleje, hvor forvaltningen forventer at uddanne ca. 500 sygeplejersker over den næste 10-20 år (diplomuddannelse)</li> <li>• Der er nedsat en arbejdsgruppe med henblik på at oprette fælles introduktionsforløb for henholdsvis nyansatte sygeplejersker og nyansatte SOSU-assistenters med fokus på at styrke rollen som sygeplejersker og SOSU-assistenters i den primære sundhedssektor</li> <li>• Afprøvning af introstillinger for nyuddannede sygeplejersker med henblik på</li> </ul>

			<p>at skabe mere attraktive arbejdspladser for nyuddannede sygeplejersker.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der arrangeres en karrieredag med henblik på at øge opmærksomheden på karrieremuligheder som kommunal sygeplejerske.</li> </ul> <p>Med strategien samles rehabilitering og akut sygepleje på færre centre. Det er forventningen, at dette vil gøre det lettere at fastholde det sundhedsfaglige personale, da der med organiseringen skabes gode rammer for et attraktivt fagligt miljø.</p> <p>På akutområdet stiller Sundhedsstyrelsens ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen” krav om, at medarbejdere der varetager akutsygepleje, har følgende kompetencer:</p> <p>Sygeplejersker: I en kommunal akutfunktion varetages opgaverne af erfarne sygeplejersker med følgende uddannelse og kompetencer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoriseret sygeplejerske.</li> <li>• Svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.</li> </ul> <p>Social og sundhedsassistenter: Grundlæggende sygeplejeopgaver kan efter konkret vurdering varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter med følgende kompetencer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoriseret social- og sundhedsassistent.</li> <li>• Svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling.</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>Personalet, der skal varetage akutfunktionen, skal overvejende være beskæftiget med de særlige opgaver, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje. Personalets kompetencer skal løbende udvikles og vedligeholdes.</p>
26	FOA SOSU, via SUF MED	<p>Strategien lægger op til, at den er udgiftsneutral.</p> <p>Dette vil vi gerne stille spørgsmålstejn ved, idet følgende koster det penge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At opkvalificere medarbejdere</li> <li>• At betale aften- og weekendtillæg til nye grupper såsom terapeuter</li> <li>• At indkøbe udstyr til måling af vitale værdier, udstyr til at tage og analysere blodprøver m.v.</li> <li>• At ansætte praktiserende læger</li> </ul>	<p>Omlægningen er samlet set udgiftsneutral som følge af, at antallet af pladser reduceres, og midlerne anvendes til intensivning af forløbene.</p> <p>Når den endelige plan er fastlagt, vil overskydende kapacitetsudgifter eksempelvis husleje, el, vand og varme blandt andet kunne anvendes til dækning af yderligere finansieringsbehov og ønsker.</p> <p>Der er med økonomiaftalen for 2018 afsat 100 mio. kr. til kompetenceløft på SOSU-området i 2018, hvoraf ca. 10 mio. kr. er tiltænkt Københavns Kommune. Udgifter til kompetenceudvikling vil blive taget af disse midler.</p>
27	FOA SOSU, via SUF MED	I forhold til borgere under 65 år vil der være behov for specifik kompetenceudvikling i forhold til misbrug og psykisk helbredstilstand samt konflikthåndtering.	Opmærksomhedspunktet vil blive taget med i videreudviklingen af strategien sammen med Center for HR i forhold til muligheder for kompetenceudvikling.
28	FOA SOSU, via SUF MED	Ved indførelsen af strategien vil der være medarbejdere, der bliver til overs, og her vil FOA Social og Sundhedsafdelingen gerne indgå i en dialog om processen. Vi ser det nødvendigt at komme i gang hurtigst muligt.	SUF MED, Område MED og Arbejdsplads MED vil blive inddraget i processen, hvis strategien godkendes med henblik på implementering.
29	FOA SOSU, via SUF MED	Det er en god ide at adskille rehabiliteringspladser og ventepladser,	De midlertidige plejepladser skal etableres på rehabiliteringscentrene i 2019, og det påbegyndes at

		idet det giver en øget faglighed samt kvalitet for både medarbejdere og borgere. Dog skal der tilbydes fastholdelsestræning for dem på venteplasserne, således at de ikke er opgavetunge, når de flyttes til andre tilbud.	<p>placere pladserne på kommunens plejehjem fordelt over byen i 2020.</p> <p>De midlertidige plejepladser vil imødekomme borgernes behov for pleje, omsorg og rehabilitering på et niveau svarende til den, man modtager i plejebolig. Der vil som på et plejehjem også være mulighed for at modtage vedligeholdende træning.</p>
30	Ledelsen på Rehabiliteringscenter BIN og Rehabiliteringscenter IBØ, via SUF MED	Vi ser det positivt, at forvaltningen fastholder et stærkt fokus på rehabilitering i hele borgers forløb – både i borgers ustabile faser på rehabiliteringscentre og mere stabile faser i eget hjem.	Positiv tilkendegivelse af strategien – ingen ændring eller handling på baggrund af høringssvaret
31	Ledelsen på Rehabiliteringscenter BIN og Rehabiliteringscenter IBØ, via SUF MED	Forslag om sammenlægning af akutplejepladser og rehabiliteringspladser hilser vi velkomment. Det er vanskeligt at have forskellige pladstyper i samme afdeling. Vi mener, ud fra den erfaring vi har med opgaven i dag, at det er nødvendigt med én pladstype, der tillader, at de tværfaglige vurderinger af helbreds- og funktionsevnetilstande bestemmer indsatsen overfor borgeren. Såkaldte 'korte ophold' håber vi hermed forsvinder.	<p>Positiv tilkendegivelse – ingen ændring eller handling på baggrund af høringssvaret.</p> <p>Der er på nuværende tidspunkt ikke taget stilling til anvendelsen af korte omsorgsophold.</p>
32	Ledelsen på Rehabiliteringscenter BIN og Rehabiliteringscenter IBØ, via SUF MED	Vi hilser det velkomment at rette fokus på at fremme samarbejdet med hospital og almen praksis. Vi er spændt på at blive inddraget i udviklingen af dette samarbejde.	Samarbejdet med hospitaler og almen praksis er et strategisk anlæggende for forvaltningen, og der er behov for at afklare rammerne for, hvordan og hvornår inddragelse bedst muligt kan ske under hensyn til samarbejdsparter og borgere. Inddragelsen vil fremgå af den proces- og kommunikationsplan, som vil blive udarbejdet forud og i forbindelse med

			implementeringen af strategien.
33	Ledelsen på Rehabiliteringscenter BIN og Rehabiliteringscenter IBØ, via SUF MED	<p>Det bekymrer os, at det bliver foreslået at sprede de midlertidige plejeboliger på de eksisterende rehabiliteringscentre – for kort tid efter at flytte pladserne helt ud af centrene igen. Hvis denne proces medfører en budgetreduktion og tilhørende personalereduktion ad to omgange, er vi bekymrede for, om vi kan fastholde de kompetente og kvalificerede medarbejdere, som nødvendigvis skal fastholdes, for at vi fortsat kan varetage høj kompleksitet og et endnu højere flow.</p> <p>Vi håber derfor, at man finder en anden løsning.</p>	<p>Der er med strategien tale om en omfattende omorganisering af området, som derfor vil forløbe efter en langsigtet, faseindel plan.</p> <p>Derudover vil der i forbindelse med strategien blive udarbejdet en plan for fastholdelse og rekruttering af medarbejdere.</p>
34	Ledelsen på Rehabiliteringscenter BIN og Rehabiliteringscenter IBØ, via SUF MED	<p>Vi har svært ved at se, at den beskrevne nye organisering, hvad angår størrelsen på fremtidens centre, er en forudsætning for at opnå de ønskede mål.</p> <p>Dels mener vi, at vi allerede i dag indfrier en del af målene. Rehabiliteringscentre har udviklet sig vældig meget siden Implements analyse blev lavet for to år siden. Vi håndterer i dag borgernes komplekse helbreds- og funktionsevnetilstande.</p> <p>Desuden har rammer og retningslinjer, som f.eks. Indsatskataloget, afgørende betydning for, hvor specialiseret en</p>	<p>Forvaltningen anerkender, at de nuværende rehabiliteringscentre løfter en stor opgave, og at centrene udvikler sig løbende.</p> <p>Strategien er udtryk for et paradigmeskifte for at løfte det samlede område og styrke indsatsen til de fremtidige udfordringer, som forvaltningen forudser i det nære sundhedsvæsen. I dag lever borgere således længere med sygdom og funktionsnedsættelser, som blandt andet betyder, at flere udskrives tidligere fra hospitalet med mere komplekse og omskiftelige behov. Det medfører, at det nære kommunale sundhedsvæsen får flere behandlingsopgaver, som blandt andet kræver et tættere samarbejde på tværs med hospitalerne og de praktiserende læger, hvis kommunen skal kunne løfte borgernes behov med tilbud af høj, faglig kvalitet.</p>



		<p>indsats der kan udfoldes.</p> <p>Og endelig vil det kommende center i område SYD i størrelse være omtrent, som de enkelte centre er i dag.</p>	<p>Det er forventningen, at etablering af centrene i planområderne op imod hospitalerne blandt andet kan bidrage til et smidigere samarbejde med hospitalerne. Det skyldes, at hospitalerne foretrækker få samarbejdspartnere.</p>
<b>35</b>	Ledelsen på Rehabiliteringscenter BIN og Rehabiliteringscenter IBØ, via SUF MED	<p>Vi genkender ikke hele vores hverdag i dokumentet. De beskrevne borgerrejser opfanger og beskriver ikke den kompleksitet, som præger hverdagen i afdelingerne – herunder borgere med sociale og psykiatriske problemstillinger, demens, afhængighed og livstruende sygdom. Såfremt disse komplekse problemstillinger også i fremtiden havner på rehabiliteringscentre, vil der være brug for tilpasning til opgaven ikke blot på rehabiliteringscentre, men også i visitationen og i hjemmeplejen.</p>	<p>Borgerrejserne skal ses som eksempler på det paradigmeskifte, som strategien medfører. Forvaltningen anerkender, at nogle borgere vil have behov for henholdsvis længere og kortere ophold. Borgere, der har behov for under fire timers hjemmehjælp efter endt ophold på et rehabiliteringscenter, vil kunne modtage et kortere ophold end i dag på grund af deres begrænsede behov for efterfølgende hjælp i hjemmet. Erfaringen er, at det drejer sig om ca. 50 % af de borgere, der i dag modtager et rehabiliteringsophold. Det er i strategien et centralt fokusområde, at indsatsen tilrettelægges fleksibelt efter en faglig vurdering i samarbejde med borgeren af den enkeltes behov.</p> <p>Der er desuden løbende fokus på målgruppen og derfor på kompetenceudviklingen.</p>
<b>36</b>	Ledelsen på Rehabiliteringscenter BIN og Rehabiliteringscenter IBØ, via SUF MED	<p>I den beskrevne proces frem mod to centre må der lægges vægt på anerkendelse af den komplekse opgave, som medarbejderne varetager i dag, og vægt på at eliminere flest mulige usikkerheder om den nærmeste fremtid, så vi fortsat er i stand til at fastholde og rekruttere medarbejdere. Vi vil gerne bygge videre på den stabilitet og gode fundament, som er til stede i dag.</p>	<p>Forvaltningen anerkender, at medarbejderne på rehabiliteringscentre allerede i dag løfter en kompleks opgave af høj, faglig kvalitet til gavn for borgerne.</p> <p>Der er med strategien tale om en omfattende omorganisering af området, som derfor vil forløbe efter en langsigtet, faseinddelt plan. Der udarbejdes en proces- og kommunikationsplan for fastholdelse og rekruttering, hvis Sundheds- og Omsorgsudvalget godkender strategien.</p>

37	Sygeplejerskerne i SUF, via SUF MED	<p>I dokumentet skrives der, at man ønsker borgerne kan blive rehabiliteret døgnet rundt også i weekenderne? Antager, der menes genoptrænet, da rehabilitering allerede nu foregår på alle vores rehabiliteringscentre ér foregår ALLE timer døgnet rundt. Træning og rehabilitering er to vidt forskellige ting.</p> <p>Så tænkes der terapeuter i aften og weekends, for så behøver man jo i princippet ikke at omorganisere alle enhederne.</p>	<p>Den nye organisering skal sikre, at kommunens indsats tilrettelægges, så den i højere grad imødekommer borgernes individuelle behov. Dette mål skal blandt andet indfries ved, at borgerne skal tilbydes mere intensive ophold end tilfældet er i dag. Borgerne vil blandt andet kunne få rehabilitering i de sene eftermiddagstimer, på helligdage og i weekenden. Strategien skal derudover være med til at udvikle den rehabiliterende tilgang i det tværfaglige samarbejde.</p>
38	Sygeplejerskerne i SUF, via SUF MED	<p>Rehabilitering starter og handler for nogle om at kunne komme op ad sengen, for andre handler det om at kunne spise sufficiens, drikke væske osv., førend de overhovedet kan træne.</p> <p>I langt størstedelen af borgerne på midlertidige døgnophold bruger sygeplejerskerne den første uge på at få vendt op og ned på borgers hverdag. Herunder at få dem sufficient ernæret, rehydreret, udredt for diverse iøjefaldende problematikker (for ofte udskrives de med en uopdaget UVI, dysfagi osv.).</p> <p>Det opleves, at det kan blive ganske vanskeligt at få borgerne i gang med at træne, end hvad der gøres allerede. Mange af de borgere, der kommer på et</p>	<p>Et væsentligt princip i strategien er, at førstevalget er, at borgeren skal behandles i eget hjem, når det vurderes fagligt forsvarligt. Det er et vigtigt fokusområde, at borgerne tilbydes en indsats i trygge og vante omgivelser, tæt på deres pårørende og med mindst mulig forstyrrelse af deres dagligdag.</p> <p>Med strategien er målgruppen for de midlertidige døgnophold derfor også skærpet. Målgruppen omfatter således kun borgere, der har behov for intensiv rehabilitering og/eller akut sygepleje, som ikke kan varetages i borgerens eget hjem.</p> <p>Der er ingen tvivl om, at det er væsentligt at stabilisere borgeren i form af at stille de basale behov, før at det er muligt for borgeren at træne mere omfattende. Men samtidig er det vigtigt på et tidligt stadie at understøtte, at borgeren ikke bliver yderligere immobil eller får tilbagefald, eksempelvis får en lungebetændelse.</p>

		<p>midlertidige døgnophold, har lange og hårde forløb bag sig samt er ofte opgivende, deprimeret og ved at opgave livet i den første uge, de er hos os (vores rehabiliteringscenter), fordi borgerne er så afkræftede.</p> <p>Er det etisk forsvarligt at presse den slags borgere til at træne og ”bare komme i gang”, når de faktisk ikke engang kan overskue at slå øjnene op.</p> <p>Derudover kræver det tid at skabe tillid mellem sygeplejerske og borger, ligesom der kommer mange forskellige personaler ind i borgers liv i den første uge, hvor borger måske endnu ikke er kommet sig over sin pneumoni eller anæstesen, sin delir, har stærke ubærlige smerter eller noget helt andet.</p>	<p>Der kan med individuel træning tages hensyn til den enkelte borgers behov under det midlertidige døgnophold, idet træningen kan tilrettelægges på forskellige tidspunkter af døgnet, så aktiviteterne fleksibelt tilpasses borgerens behov og mulighed for aktiv deltagelse.</p>
39	Sygeplejerskerne i SUF, via SUF MED	<p>Sammenhængen ødelægges ved, at der sker så mange fejl.</p> <p>Borgerne er ikke færdigbehandlede, når de kommer ud på vores rehabiliteringscenter, halvdelen af medicinen og recepterne mangler på serveren, så personalet på rehabiliteringscentret starter i minus, fordi de skal udrydde diverse fejl og ting, som er overset på hospitalet, samt følge op på, om der overhovedet er en plan for borger og deres sygdomsforløb/udredning.</p>	<p>Strategien er tænkt til at afhjælpe blandt andet de udfordringer, som adresseres her, idet der forventes tættere lægetilknytning til de to kommende centre.</p> <p>Idet de to centre får status af akutfunktion, vil der være krav om at løse de i Sundhedsstyrelsens ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen” beskrevne indsatser. Det omfatter blandt andet målinger af kliniske parametre osv.</p>

		Genindlæggelser kan afhjælpes ved, at sygeplejerskerne på rehabiliteringscentre får lov at bruge akutudstyr, CRP måler, INR måler, hæmoglobinmåler og sug samt brug af de akutkompetencer, som mange af sygeplejerskerne allerede har.	
40	Sygeplejerskerne i SUF, via SUF MED	Lettere adgang til lægehjælp, som forhåbentligt bliver bedre ved en omstrukturering.	En del af strategien er at etablere tættere lægetilknytning til de to kommende centre.
41	Sygeplejerskerne i SUF, via SUF MED	Jeg savner en plan for hele borgerforløbet, som ikke kan gennemskues oplægget. Et forløb fra borger indlægges, og til borger er i eget hjem. For alle skal jo kunne samarbejde og løse de opgaver, så borger kan mestre eget liv. Er hjemmeplejen og plejehjem gearret til at overtage borgerne fra rehabiliteringscentre.	Der er nationalt såvel som lokalt fokus på at skabe sammenhængende overgange for borgerne. Et bærende princip i strategien er derfor, at organiseringen skal understøtte sammenhæng i borgernes forløb og sikre dem trygge overgange. I det kommende arbejde med videreudvikling og implementering af strategien skal dette princip operationaliseres ved en proces i efteråret 2018 med inddragelse af relevante parter.
42	Sygeplejerskerne i SUF, via SUF MED	I strategien under målgruppen hedder det sig, at det skal være borgere, der har behov for en sygeplejefaglig indsats eller rehabilitering... Sygepleje er OGSÅ rehabilitering, så igen menes der træning? Og defineres rehabilitering i denne strategi som træning alene? Borgerne på vores rehabiliteringscentre har forhåbentlig ikke brug for intensiv sygepleje og observation og behandling, for så burde de ligge på hospitalets intensive afdelinger og ikke udskrives, da de jo så langt fra er	Udviklingen i sundhedsvæsenet medfører, at kommunerne skal varetage sygepleje for langt flere borgere i ustabile og uafklarede forløb.  En stor del af de borgere, der i dag får et midlertidigt døgnophold, kommer fra et behandlingsforløb i sygehusregi. En af de forandringer, der skal ske i det nære sundhedsvæsen, er, at kommunerne skal blive bedre til at forebygge indlæggelser gennem etablering af akutfunktioner med specialiserede kompetencer.  Kommunale akutfunktioner vil være et tilbud til borgere, der ikke har behov for sygehusindlæggelse,

		færdigbehandlet.	men som har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov, som ikke kan varetages af den øvrige kommunale hjemmesygepleje. Formålet med indsatsen kan være at forebygge forværring af akut opstået sygdom gennem en tidlig, proaktiv indsats, og at følge op på sygehusets pleje og behandling. En del af borgerne i denne målgruppe vil blive tilbudt et forløb i akutfunktionen på et af de to centre.
43	Sygeplejerskerne i SUF, via SUF MED	Så savnes samspillet med den lokale myndighed, hvis vi snakker om mål som sammenhæng i borgerforløbet, så borger oplever sammenhængen. ”Ingen borger oplever indlæggelser eller genindlæggelser, der kunne være undgået” er ikke en borgeroplevelse, men opfyldelse af måltal. Bare en obs.!	Der er nationalt såvel som lokalt fokus på at skabe sammenhængende overgange for borgerne. Et bærende princip i strategien er derfor, at organiseringen skal understøtte sammenhæng i borgernes forløb og sikre dem trygge overgange. I det kommende arbejde med videreudvikling og implementering af strategien skal dette princip operationaliseres ved en proces i efteråret 2018 med inddragelse af relevante parter.
44	Københavns Ældreråd	Københavns Ældreråd takker for høring af 25. maj 2018 vedrørende strategi for midlertidige døgnophold. Vi er i rådet som udgangspunkt meget positive over for indholdet i strategien, idet to større og specialiserede enheder vil kunne bidrage til at levere en høj faglig ekspertise, døgnsygepleje og øget lægefaglig bistand.	Positiv tilkendegivelse, der ikke medfører ændringer i strategien.
45	Københavns Ældreråd	Rådet skal dog opfordre til, at der i forbindelse med aftale om lægedækning tages særligt hensyn til behovet for dækning i aftentimer og weekender, idet det er vores opfattelse, at borgeres oplevelse af kvalitet og sammenhæng på midlertidige døgnophold blandt andet afhænger af,	En del af forvaltningens strategi er at etablere tættere lægetilknytning til de to kommende centre.  Sundhedsstyrelsens ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen” stiller krav om, at kommunen skal have akutfunktioner, der er tilgængelige døgnet rundt alle ugens syv dage. Derfor er det oplagt, at behovet for

		at der er lægedækning hele døgnet.	tæt lægesamarbejde om aften og i weekender, indtænkes, når der skal etableres aftaler om lægesamarbejde på centre.
46	Københavns Ældreråd	Videre er det rådets opfattelse, at det er belastende for borgere, at der er indsat et mellemlid mellem hospital og udskrivning til eget hjem/plejehjem.	<p>Et væsentligt princip i strategien er, at førstevalget er, at borgeren skal behandles i eget hjem, når det vurderes fagligt forsvarligt. Dette er netop vigtigt, da det kan være belastende for nogle borgere at have mange skift i deres forløb på grund af deres helbredstilstand. Det er derfor et fokusområde, at borgerne tilbydes en indsats i trygge og vante omgivelser, tæt på deres pårørende og med mindst mulig forstyrrelse af deres dagligdag.</p> <p>Med strategien er målgruppen for de midlertidige døgnophold derfor også skærpet. Målgruppen omfatter således kun borgere, der har behov for intensiv rehabilitering og/eller akut sygepleje, som ikke kan varetages i borgerens eget hjem.</p>
47	Københavns Ældreråd	Der bør derfor ikke være et maksimum på antal dage på det midlertidige døgnophold, men borgerne bør først udskrives, når vedkommende er klar til at sendes hjem eller på plejehjem.	<p>Borgernes ophold vil være individuelt og fagligt vurderet sammen med borgeren på baggrund af deres behov og situation. Det er ikke hensigten at fastsætte en fast gennemsnitlig opholdstid, da denne vil variere fra borger til borger.</p> <p>Opholdslængden, der beskrives i strategien, skal således illustrere den intensivering, der vil finde sted i indsatsen, og som kan anvendes som styringsredskab for centrene. Målet er derfor, at den faglige vurdering af den enkelte borgers konkrete behov i højere grad skal være bestemmende for længden af opholdet i stedet for den udbredte standard, der i dag er, med ophold på 28 dage. Nogle borgere vil have behov for kortere ophold, mens andres behov vil kræve et længere ophold.</p>

48	Københavns Ældreråd	<p>Ældrerådet er bekymret over, at antallet af pladser bliver reduceret (jf. tabel 1.), hvilket må betyde, at flere borgere i fremtiden udskrives direkte eller tidligere til eget hjem. Dette giver yderligere pres på praktiserende læge og akuthjælp med risiko for flere genindlæggelser.</p>	<p>Trods pladsantallet reduceres, vil borgernes faglige indsats blive intensiveret og kortere. Det betyder, at det ca. vil være samme antal borgere, der årligt vil modtage et midlertidigt døgnophold som i dag.</p> <p>Forvaltningen forventer dog, at de borgere, der får under fire timers hjemmehjælp efter endt ophold, vil kunne komme hjem tidligere.</p> <p>Der er en vis usikkerhed omkring det fremtidige kapacitetsbehov, alt efter hvor hurtigt intensiveringen af de midlertidige døgnophold kan gennemføres. Derfor vil der i en periode blive arbejdet med en såkaldt bufferkapacitet, hvor det er muligt at holde ekstra pladser åbne, indtil intensiveringen er fuldt ud implementeret.</p> <p>Allerede i dag er det praktiserende læge, der har behandlingsansvaret for borgere, uanset om de befinder sig i eget hjem eller på et rehabiliteringscenter. Forvaltningen arbejder kontinuerligt på at sikre et tæt samarbejde med lægerne, således at borgerne modtager rettidig observation, pleje og behandling – hvormed unødige indlæggelser kan undgås.</p>
49	Københavns Ældreråd	<p>Rådet står naturligvis til rådighed for yderligere drøftelse af høringssvaret.</p>	<p>Positiv tilkendegivelse – Ældrerådet vil blive informeret igen efter Sundheds- og Omsorgsudvalgets 3. behandling af strategien den 16. august 2018.</p>
50	Dansk Sygeplejeråd	<p>Overordnet finder vi formålet for strategien positivt og nødvendigt. Borgerne har brug for bedre sammenhængende forløb af høj kvalitet baseret på borgerens</p>	<p>Forvaltningen anerkender, at medarbejderne i dag allerede samarbejder om at skabe sammenhængende forløb for borgerne. Samtidig vurderes det, at rammerne omkring dette samarbejde vil kunne optimeres, så medarbejderne blandt andet får</p>

		<p>individuelle behov. Det er allerede målsætninger, som de midlertidige pladser arbejder efter i dag. Derfor er vi bekymret for, om de forslåede ændringer vil medføre bedre forløb end i dag.</p> <p>Vi advarer også mod, at strategien vedtages umiddelbart inden, regeringen kommer med sit udspil til sundhedsreform. Statsminister Lars Løkke Rasmussen har annonceret, at det bliver den største reformen af sundhedsvæsenet i 10 år, og sammen med den nye nærhedsfinansiering i det regionale sundhedsvæsen kommer det til at betyde store forandringer i det kommunale sundhedsvæsen. Vi forudser, at regeringens udspil kan have en markant indflydelse på indhold og antal af midlertidige pladser, og mener derfor, at strategien bør udsættes indtil regeringens udspil er kendt. Vi gør opmærksom på, at omlægninger har stor betydning for borgere og personale, og det er kontraproduktivt at vedtage en større ændring for så at måtte revidere den kort tid efter.</p>	<p>mulighed for at kunne agere mere proaktivt end i dag. Implements analyse af området fra 2017 pegede på områder, hvor forvaltningen med fordel kan justere organiseringen for at sikre borgerne mere sammenhæng i overgangene.</p> <p>Udspillet til en sundhedsreform er et vigtigt opmærksomhedspunkt, der vil kunne få indflydelse på strategien, hvorfor det vil indgå i den videre proces. Strategien er udtryk for et paradigmeskifte for at løfte det samlede område og forberede indsatsen til de fremtidige udfordringer, som forvaltningen forudser i det nære sundhedsvæsen. I dag lever borgere længere med sygdom og funktionsnedsættelser, som blandt andet betyder, at flere udskrives tidligere fra hospitalet med mere komplekse og omskiftelige behov. Det medfører, at det nære kommunale sundhedsvæsen får flere behandlingsopgaver, der blandt andet kræver et tættere samarbejde på tværs med hospitalerne og de praktiserende læger, hvis kommunen skal kunne løfte borgernes behov med tilbud af høj, faglig kvalitet. Det forventes, at regeringens udspil vil omhandle nogle af de samme udfordringer, som forvaltningen oplever, og at strategien på den vis vil kunne være med til at gøre kommunen bedre rustet, hvis en eventuel ny sundhedsreform indføres.</p>
51	Dansk Sygeplejeråd	<p>Omkring det konkrete indhold af strategien har vi følgende – med forbehold for at vi kan have flere kommentarer, når regeringens udspil skal implementeres i København:</p> <p><b>Færre centre i planområderne byen</b></p>	<p>Når de midlertidige centre organiseres med færre centre og i planområderne, er det blandt andet med henblik på at styrke mulighederne for samarbejde med hospitalerne. For medarbejderne kan det betyde lettere adgang til kompetenceudvikling gennem oplæring eller ”praktik” på hospitalsafdelingerne.</p>



		<p><b>og syd</b></p> <p>Strategien medfører, at der fremover vil være to centre for midlertidige pladser. I strategien fremføres det, at en af gevinsterne kan være, at centrene bliver mere attraktive for nye medarbejdere. Særligt på sygeplejerskeområdet er der udfordringer med at rekruttere medarbejdere til ældreområdet. Skal rekrutteringsgevinsterne lykkes, er der særligt to opmærksomhedspunkter vi vil fremhæve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De nye centre har potentiale for at etablere nye muligheder for at iværksætte på forskning og udvikling i sygeplejen indenfor rehabilitering og akut sygepleje. Faglig udvikling og kompetenceudvikling er attraktivt for sygeplejersker. Det har betydning, at man kan se tydelige karriereveje og udviklingsmuligheder foran sig. Vi anbefaler, at der medfølger et kompetenceløft at sygeplejen i form af den nye specialuddannelse i borgnær sundhed for sygeplejersker og kandidatuddannelsen i avancerede kliniske sygeplejersker (APN)</li> <li>• Fastholdelse af medarbejdere. Allerede i dag er der ansat dygtige sygeplejersker på de</li> </ul>	<p>Som nævnt i svaret til FOA (#25) iværksættes der allerede generelle kompetenceløft til sygeplejersker i form af specialuddannelse i borgernær sundhed og kandidatuddannelse i Advanced Practitioner Nurse (APN) samt andre initiativer med henblik på at rekruttere, introducere og fastholde sygeplejersker i SUF. Endvidere vil Akutplejeenheden på Vigerslevhus i efteråret 2018 blive tilbudt træning i praktisk-klinisk beslutningstagning for alle sundhedsfaglige medarbejdere.</p> <p>Detailorganisering af de nye centre er ikke fastlagt, men der vil i processen frem til den endelige bemanning blive gjort, hvad der er muligt for at inddrage medarbejderne blandt andet gennem MED-organisationen. Inddragelsen vil ske inden for de økonomiske og organisatoriske rammer og ikke mindst under hensyn til de borgere, som skal plejes under og efter flytning og organisatoriske omlægning.</p> <p>Det er en del af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vision, at forvaltningen ”vil være særligt dygtige til at arbejde på tværs af opgaver og kompetencer – sammen med borgeren”. Derfor er DSR’s bekymring om at store centre skabe større afstand mellem kolleger og borgere også en bekymring, forvaltningen tager alvorligt. Samarbejde mellem kolleger, borgere og pårørende vil derfor blive prioriteret i arbejdet med at skabe centrenes detailorganisation og arbejdstilrettelæggelse.</p>
--	--	--	---

		<p>midlertidige pladser. Det er vigtigt at disse inddrages i omlægningsprocessen, så de kan se sig selv i de større nye centre. Vi har hørt, at sygeplejersker er bekymret for, at man let mister nærheden til borgerne og kollegerne i store centre. Det bør der tages hensyn til i organiseringen af arbejdet på centrene.</p>	
52	Dansk Sygeplejeråd	<p><b>Færre midlertidige pladser i den nye strategi</b>  Med de nye centre og strategien lægges op til en markant reduktion af antallet af pladser til rådighed. I dag har vi samlet set 272 pladser fordelt på rehabiliteringspladser og akutpladser. I den nye model vil der samlet set være 210 pladser til rehabiliteringspladser, akutpladser og midlertidige plejepladser. Pladser til palliative forløb og erhvervet hjerneskade ændres der ikke på.</p> <p>I strategien fremgår det, at den nye intensiverede faglige indsats vil kunne reducere antallet af de nuværende pladser til midlertidige døgnophold. Vi er meget bekymret for, om denne reduktion er hensigtsmæssig og realistisk set i lyset af den kendte udvikling, vi ser i det nære sundhedsvæsen. Der er med de nye</p>	<p>Trods pladsantallet reduceres, vil borgernes faglige indsats blive intensiveret og kortere. Det er i strategien et centralt fokusområde, at indsatsen tilrettelægges fleksibelt efter en faglig vurdering i samarbejde med borgeren, så den enkeltes behov bliver afgørende for deres indsats på de midlertidige døgnophold.</p> <p>Intensiveringen af opholdene på centrene vil desuden betyde, at borgerne efter opholdet forventeligt vil have et øget funktionsniveau, når de skal hjem.</p> <p>Forvaltningen forventer i den sammenhæng, at de borgere, der i dag får under fire timers hjemmehjælp efter endt ophold, vil kunne komme hjem tidligere.</p> <p>Det betyder, at det ca. vil være samme antal borgere, der årligt vil modtage et midlertidigt døgnophold som i dag – trods det lavere pladsantal.</p> <p>Der er en vis usikkerhed omkring det fremtidige kapacitetsbehov, alt efter hvor hurtigt intensiveringen af de midlertidige døgnophold kan</p>

		<p>supersygehuse lagt op til en reduktion af indlæggelsestiden på hospitalerne. Vi ved, at der forventes en stigning i ældre og i kroniske sygdomme. Når vi samtidig forholder os fagligt til de borgere, vi i dag møder på de midlertidige pladser, er de ofte svært syge og har brug for sygepleje til at komme til hæfterne igen. Der er tale om helbredsmæssige ustabile borgere, der ofte er forvirrede, alment svækkede og ofte præget af fysisk og psykisk træthed. Tilstanden hos disse borgere begrænser, hvor intensiv den fysiske genoptræning kan være. Derfor finder vi en reduktion i pladserne uhensigtsmæssig.</p> <p>Udviklingen peger på, at flere sundhedsopgaver løses i kommunerne. Derfor skal kommunerne være gearret til den udvikling og det vil være ærgerligt at etablere nye centre, der ikke er på forkant med den udvikling. Vi har svært ved at se, hvordan færre midlertidige pladser flugter med den udvikling.</p>	<p>gennemføres. Derfor vil der i en periode blive arbejdet med en såkaldt bufferkapacitet, hvor det er muligt at holde ekstra pladser åbne, indtil intensiveringen er fuldt ud implementeret.</p>
53	Dansk Sygeplejeråd	<p><b>Let adgang til lægehjælp</b> Vi er meget enige i, at der er behov for et bedre samarbejde med både hospitalslægerne og almen praksis. Som sygeplejersker er vi udfordret af, at vi altid arbejder på lægens delegation og dette besværliggøres, når der ikke er direkte lægekontakt i</p>	<p>Det er fortsat borgerens egen praktiserende læge, der som udgangspunkt har behandlingsansvaret og det koordinerende ansvar for borgerens forløb.</p> <p>For at sikre et tæt lægesamarbejde og rettidig adgang til lægefaglighed, som er nødvendigt i forhold til målgruppen af ustabil syge borgere, forventer</p>

		<p>hverdagen. Man bør derfor arbejde på rammedelegationer fra læger til sygeplejerskerne. F.eks. når sygeplejersken vurderer, at der bør foretages relevante undersøgelser af patienten. Det kan være måling af et blodsukker eller måling af CRP (infektionstal), som er undersøgelser en læge i dag skal delegere til en sygeplejerske. Skal en kommunal akutfunktion fungere efter hensigten, bør en sygeplejerske kunne handle effektivt i hverdagen. Man bør derfor arbejde på samarbejdsaftaler med hospitalernes læger samt overveje ordninger med faste læger på centrene, ligesom man har fasttilknyttede læger til plejecentrene.</p>	<p>forvaltningen at indgå samarbejdsaftaler med almen praksis og/eller akutsygehuse omkring lægetilknytning på centrene. Hermed skal det sikres, at borgere rettidigt får den nødvendige behandling.</p> <p>Der er fra forvaltningens side stor opmærksomhed på, at sikre sygeplejerskerne arbejdsbetingelser, der muliggør en patientsikker og effektiv hverdag. Der vil derfor også fortsat blive arbejdet for at akutsygeplejen har gode rammer omkring blandt andet måling af vitale parametre. Det skal i den forbindelse understreges, at rammedelegationer forudsætter accept fra lægeside.</p>
54	Dansk Sygeplejeråd	<p><b>Økonomien</b> Strategien skal gennemføres uden merudgifter, idet den intensiverede rehabiliteringsindsats finansieres ved at der reduceres i det gennemsnitlige antal opholdsdage.</p> <p>Igen må vi påpege vores bekymring for om det er realistisk at intensivere rehabiliteringsindsatsen i det omfang, der er lagt op til. Allerede i dag arbejdes der intensivt på at forkorte forløbene for borgere. Der er allerede fokus på genoptræning og hurtig udskrivning i sådan et omfang, at det kan virke uetisk og uhensigtsmæssigt overfor den svækkede borgere, der har</p>	<p>Samlet set udvides den økonomiske ramme som følge af den demografiske udvikling og udmøntes som en intensivering af indsatsen.</p> <p>Borgernes ophold vil være individuelt og fagligt vurderet sammen med borgeren på baggrund af deres behov og situation. Det er ikke en ambition at fastsætte en fast gennemsnitlig opholdstid, da denne vil variere fra borger til borger.</p> <p>Opholdslængden, der beskrives i strategien, skal således illustrere den intensivering, der vil finde sted i indsatsen, og som kan anvendes som styringsredskab for centrene. Nogle borgere vil have behov for kortere ophold, mens andres behov vil kræve et længere ophold. Det er et</p>

		brug for omfattende sygepleje, før de kan komme ordentligt i gang med at træne.	opmærksomhedspunkt, at der tages hensyn til borgere med et reduceret funktionsniveau, som kan påvirke deres deltagelse i aktiviteter i deres rehabiliteringsforløb.
--	--	---	---