

Høringsvar vedr. strategi for midlertidige døgnophold v/ Charlotte Larsen Da. Fysioterapeuter og Anne T. Jacobsen Ergoterapeutforeningen. d. 06.06.2018.

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.

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.

Der skal være fokus på, at det er ældre borgere med reduceret funktionsniveau, som kan have vanskeligt ved at mobilisere energi til intensive træningsforløb.

Det er positivt, at borgerne har let adgang til lægehjælp under opholdet. Der skal dog stadig være mulighed for at beholde egen læge, da det giver tryghed for nogle borgere.

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, selv om der forventes et større borger-flow.

Det er uklart, om der skal tilføres terapeutfaglige ressourcer, hvilket synes hensigtsmæssigt, når den faglige kvalitet skal højnes.

Det er ligeledes uklart, hvordan de nuværende personaleressourcer fordeles fremover på henholdsvis MTO'er og Sundhedshuse, når opholdene afkortes, og borger kan have behov for opfølgende træning hjemme.

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.

Der lægges op til, at borgerne skal 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. 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. Vi forudsætter derfor, at det bliver den faglige vurdering, som er bestemmende for tilrettelæggelsen af hensigtsmæssige forløb og ikke økonomiske incitamenter.

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.

Vi henleder opmærksomheden på, at det skal vurderes, om der vil blive et øget behov for særlige midlertidige hjælpemidler.

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.

Det mener vi i høj grad allerede er tilfældet med den nuværende organisering.

Med venlig hilsen

Fællestillidsrepræsentant Charlotte Larsen, Da. Fysioterapeuter

Fællestillidsrepræsentant Anne Theilgaard Jacobsen, Ergoterapeutforeningen

Dato. D. 06 juni 2018

Høringssvar til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fra Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro.

Vi valgt at lave et samlet høringssvar fra faggrupperne: FOA, Dansk Sygepleje Råd, Danske Fysioterapeuter, og Ergoterapeut Foreningen.

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.

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.

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.

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 at skulle være en del af de ukomplekse sygeplejeopgaver, og kunne varetage dem.

Vi anbefaler derfor også at social- og sundhedsassistenter tænkes ind i at kunne løse ukomplekse sygefaglige opgaver, samt også får faglig udvikling.

Vi håber at de to nye MTO enheder 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.

Vi anbefaler, i også tænker ind i nogle organisatoriske modeller som ville bidrage til et sammenhængende patient/borger forløb.

Dato. D. 06 juni 2018

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 Rehab BIN tilbyder terapeuterne både indiv. træning samt 7 forskellige 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.

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 MTO.

Der opbygges ofte relationsarbejdet 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.

Der skal være fokus på at der skal være tilstrækkelig med faglige ressourcer til at løfte den rehabiliterende indsats med borgerne.

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 borgeren kan indgå i et dagligt træningsforløb.

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 forløbende skal intensiveres, og dette kan blive udfordrende hvis borgeren ikke har et nærværende netværk, idet netværket i høj grad er medvirkende til at koordinerer udskrivelsen omkring borgeren.

Med venlig hilsen personalet på Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro.

Dato. D. 06 juni 2018

6. juni 2018

Hermed et høringssvar til 'Strategi for midlertidige døgnophold' fra ledelsen på MTO IBØ og BIN:

Vi ser det positivt, at forvaltningen fastholder et stærkt fokus på rehabilitering i hele borgers forløb – både i borgers ustabile faser på MTO og mere stabile faser i eget hjem.

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.

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.

Det bekymrer os, at det bliver foreslået at sprede de midlertidige plejeboliger på de eksisterende MTO – 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.

Vi håber derfor, at man finder en anden løsning.

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.

Dels mener vi, at vi allerede i dag indfrier en del af målene. MTO har udviklet sig vældig meget siden MTO-analysen blev lavet for to år siden. Vi håndterer i dag borgernes komplekse helbreds- og funktionsevnetilstande.

Desuden har rammer og retningslinjer, som f.eks. Indsatskataloget, afgørende betydning for, hvor specialiseret en indsats der kan udfoldes.

Og endelig vil det kommende center i område SYD i størrelse være omtrent som de enkelte centre er i dag.

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 MTO, vil der være brug for tilpasning til opgaven ikke blot på MTO, men også i visitationen og i hjemmeplejen.

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.

Venlig hilsen

Anette Steen Madsen, MTO BIN og Lotte Alsløw, MTO IBØ

Høringsvar vedr. Strategi for midlertidige døgnophold fra FOA SOSU

Hermed kommentarer til strategien for midlertidige døgnophold

I formålet med den nye strategi står der bl.a. ” *At centrene skal være førende på faglighed, kvalitet og sammenhæng på området*” 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 rehabilitering nødt til at forholde sig til i forhold til den kommende implementering af strategien

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?

I forhold til en hurtig tilbagevenden til eget hjem vil vi gerne udtrykke vores bekymring om hjemmeplejen er gearet til disse borgere og i givet fald hvilken efteruddannelse/kursus hjemmeplejens personale skal ha

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.

Strategien lægger op til 2 centralt placerede centre og derved skabe bedre rammer for samarbejdet mellem hospitalerne.

Vi har behov for at få uddybet hvordan en fysisk ændring af MTO´ernes placering fremmer samarbejdet med hospitalerne?

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 rekrutterings plan

Får man mulighed for at vælge?

En forudsætning for strategien er at borgerne har let adgang til lægehjælp under opholdet

Er der gjort nogen overvejelser om, hvordan dette sikres og hvis dette ikke lykkes - hvad så?

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?

Strategien lægger op til at den er udgiftsneutral.

Dette vil vi gerne stille spørgsmålstejn ved, idet følgende koster det penge

- At opkvalificere medarbejdere
- At betale aften og weekendtillæg til nye grupper såsom terapeuter
- At indkøbe udstyr til måling af vitale værdier, udstyr til at tage og analysere blodprøver m.v.
- At ansætte praktiserende læger

I forhold til borgere under 65 år vil der være behov for specifik kompetenceudvikling i forhold til misbrug og psykisk helbredstilstand samt konflikthåndtering.

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.

Det er en god ide at adskille rehabiliteringspladser og ventepladser, idet det giver en øget faglighed samt kvalitet for både medarbejdere og borgere. Dog skal der tilbydes fastholdelses træning for dem på ventepladserne, således at de ikke er opgavetunge når de flyttes til andre tilbud.

På vegne af FOA SOSU

FTR Vibeke Jensen, FTR Susan McAlden og FTR Dorte Nørgaard

Hørings svar vedr. MTO fra sygeplejerskerne,

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 MTO ér foregår ALLE timer døgnet rundt. Træning og rehabilitering er to vidt forskellige ting.

Så tænkes der Terapeuter i aften og weekends for så behøver man jo i princippet ikke at omorganisere alle enhederne,

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.

I langt størstedelen af borgerne på MTO 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.)

Det opleves at det kan blive ganske vanskeligt at få borgene i gang med at træning, end hvad der gøres allerede. Mange af de borgere der kommer på MTO, har lange og hårde forløb bag sig, samt er ofte opgivende, deprimeret og ved at opgive livet i den første uge de er hos os (vores MTO) fordi borgerne er så afkræftede.

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.

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 anæstesi, sin delir, har stærke ubærlige smerter eller noget helt andet.

Sammenhængen ødelægges sker ved at der sker så mange fejl.

Borgerne er ikke færdigbehandlede når de kommer ud på vores MTO, halvdelen af medicinen og recepterne mangler på serveren, så personalet på MTO 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

Genindlæggelser kan afhjælpes ved at sygeplejerskerne på MTO får lov at bruge akutudstyr, CRP måler, INR måler, hæmoglobinmåler og sug

Samt brug af de akutkompetencer som mange af sygeplejerskerne allerede har.

Lettere adgang til lægehjælp som forhåbentligt bliver bedre ved en omstrukturering.

Jeg savner en plan for hele borgerforløbet fra 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 d opgaver så borger kan mestre eget liv. Er hjemmeplejen og plejehjem gearet til at overtage borgerne fra MTO

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?

Borgene på vores MTO ´er har forhåbentligt ikke brug for intensiv sygepleje og observation og behandling, for så burde d ligge på hospitalets intensive afdelinger og ikke udskrives da de jo så langt fra er færdigbehandlet.

Så svanes samspillet med den lokale myndighed hvis vi snakker om mål som sammenhæng i borgerforløbet, så borger opleversammenhængen.

”Ingen borger oplever indlæggelser eller genindlæggelser der kunne være undgået” er ikke en borgeroplevelse men opfyldelse at måltal. bare en obs.!

Med venlig hilsen

Marianne Rasch

Fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne i SUF

Sundheds- og Omsorgsudvalget

Hørings svar vedrørende strategi for midlertidige døgnophold

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.

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 borgernes oplevelse af kvalitet og sammenhæng på midlertidige døgnophold blandt andet afhænger af, at der er lægedækning hele døgnet.

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.

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.

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.

Rådet står naturligvis til rådighed for yderligere drøftelse af høringssvaret.

Venlig hilsen

Kirsten Nissen
Fmd. ÆldreRådet

Hanne Simonsen
Fmd. Sundhedsudvalg

Lise Helweg
Fmd. Omsorgsudvalg

Københavns
ÆldreRåd

Sjællandsgade 40
2200 København N

Telefon
20491868

Email
aeldreraadet@suf.kk.dk

Hjemmeside
aeldreraadet.kk.dk

Den 7. juni 2018





Sundheds- og omsorgsudvalget
Københavns Kommune

2. juli 2018

Dansk Sygeplejeråd

Kreds Hovedstaden
Frederiksborggade 15, 4
1360 Københavns K

Åbningstid:
Mandag, tirsdag, torsdag og
fredag kl. 9.00 – 14.00 samt
onsdag kl. 13.00 – 16.00

Tel +45 70 21 16 62
Fax +45 70 21 16 63

hovedstaden@dsr.dk
www.dsr.dk

Vedr. høring af Strategi for midlertidige døgnophold

I Dansk Sygeplejeråd Hovedstaden har vi fulgt udvalgets drøftelser om strategi for kommunens midlertidige ophold. Forud for udvalgets godkendelse af strategien på udvalgs møde d. 16. august sender vi hermed vores kommentarer til strategien.

Overordnet finder vi formålet for strategien positivt og nødvendigt. Borgerne har brug for bedre sammenhængende forløb af høj kvalitet baseret på borgerens individuelle behov. Det er allerede målsætninger, som de midlertidige pladser arbejder efter i dag. Derfor er vi bekymret for, om de foreslåede ændringer vil medføre bedre forløb end i dag.

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.

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:

Færre centre i planområderne byen og syd

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:

- 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)
- Fastholdelse af medarbejdere. Allerede i dag er der ansat dygtige sygeplejersker på de 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.

Færre midlertidige pladser i den nye strategi

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 plejeadselspladser. Pladser til palliative forløb og erhvervet hjerneskade ændres der ikke på.

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 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 reducere i pladserne u hensigtsmæssig.

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.

Let adgang til lægehjælp

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 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.

Økonomien

Strategien skal gennemføres uden merudgifter, idet den intensiverede rehabiliteringsindsats finansieres ved at der reduceres i det gennemsnitlige antal opholds dage.

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 u hensigtsmæssigt overfor den svækkede borgere, der har brug for omfattende sygepleje, før de kan komme ordentligt i gang med at træne.

Vi håber, at I vil tage vores betragtninger til efterretning og at de vil indgå i jeres behandling af strategien på udvalgmødet d. 16. august.

Vi står selvfølgelig til rådighed, hvis der ønskes en uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen



Vibeke Westh
Kredsformand
Dansk Sygeplejeråd
Kreds Hovedstaden



Signe Hagel Andersen
Kredsnæstformand
Dansk Sygeplejeråd
Kreds Hovedstaden