

Høringssvar om kommunal sygepleje, basal palliation og akutsygepleje

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

Bemærkninger til de tre høringsudkast er angivet nedenfor.

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	DSAM finder, at vejledningen overordnet beskriver rammerne for kommunal sygepleje klart og hensigtsmæssigt. Det er positivt, at der skelnes mellem lægedelegerede opgaver og indsatser, som sundhedspersoner iværksætter på eget initiativ og ansvar. Det er ligeledes positivt, at den henvisende læge har behandlingsansvaret, indtil dette eventuelt overdrages til en anden.	
Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	DSAM foreslår, at "gensidig rådgivning og sparring" i samarbejdet med almen praksis erstattes af "konference" eller blot "sparring". Den kommunale sygepleje og almen praksis "rådgiver" ikke hinanden.
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarden for kommunal sygepleje og basal palliation	DSAM støtter fælles kvalitetskrav til kommunal sygepleje og basal palliation. Det er positivt med døgndækket sygepleje, tilgængelighed for samarbejdspartnere og fokus på tydelig placering af ansvar. DSAM støtter også kravene om relevante kompetencer og en indsats, som tilrettelægges efter patientens samlede situation og ønsker. Det er godt, at nødvendige indsatser kan iværksættes, før den samlede sygeplejefaglige udredning er afsluttet, og at digitale besøg forudsætter faglig relevans og tager hensyn til patientens ønsker og forudsætninger.	
Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.2. Afgrænsning af målgruppen	Ved nyopstået akut sygdom eller væsentlig forværring skal arbejdsgangene sikre rettidig lægelig vurdering. Den kommunale sygepleje skal kunne kontakte egen læge, lægevagt eller akuttelefon direkte med henblik på vurdering af behovet for behandling, akutsygepleje eller indlæggelse. Ved mistanke om umiddelbart livstruende sygdom kontaktes den præhospitale indsats direkte. Akutsygeplejen må ikke etableres som et obligatorisk mellemlid før lægelig vurdering. Sygeplejefaglig vurdering og observation kan understøtte den lægelige vurdering, men må ikke forsinke den. Målet om at forebygge indlæggelser må heller ikke føre til, at nødvendig lægelig vurdering eller indlæggelse udsættes, fordi patienten skal ses af en akutsygeplejerske.
	2.3. Borgere med behov for palliation	Egen læge bør beskrives som en aktiv samarbejdspartner. Egen læge er altid patientens tovholder. Formuleringen om, at almen praksis informeres, hvis klinikken har en tovholderfunktion, bør derfor udgå. Almen praksis bør informeres om palliative behov, og palliativ behandling bør varetages i samarbejde mellem den kommunale sygepleje og egen læge, medmindre ansvaret ligger hos den specialiserede palliation.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	

	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	DSAM finder det positivt, at afsnittet udtrykkeligt beskriver basal palliation som en indsats i samarbejde med patienten, egen læge og eventuelle pårørende. Den konkrete beskrivelse fremstår dog i høj grad som en kommunal indsats. Samarbejdet med egen læge bør udfoldes tydeligere. Samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling bør inddrage egen læge. Sygeplejen og hjemmeplejen har en vigtig rolle i at afdække patientens ønsker og bidrage med observationer, mens beslutninger om behandlingsniveau træffes af en læge.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	Samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling skal indgå i et samarbejde med egen læge, når de vedrører lægelige behandlingsbeslutninger. Se bemærkningen til afsnit 3.5.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Ved akut opstået sygdom eller akut forværring nævnes akutsygepleje eller anden relevant regional indsats. Egen læge og lægevagt/akuttelefons bør nævnes udtrykkeligt. Arbejdsgangene skal sikre direkte og rettidig lægelig vurdering. Akutsygeplejen må ikke blive et forsinkende mellemled før lægekontakt, behandling eller nødvendig indlæggelse.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	

	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Vi foreslår, at samarbejdet med egen læge om basal palliation beskrives i et selvstændigt afsnit, ligesom samarbejdet med det specialiserede palliative niveau. Basal palliation i hjemmet skal beskrives som en fælles indsats mellem patienten, eventuelle pårørende, egen læge og den kommunale sygepleje og hjemmepleje. Afsnittet bør beskrive samarbejdet om den palliative plan, symptomlindring, samtaler om fremtidig pleje og behandling samt opfølgning ved ændringer i patientens tilstand. Det er positivt med tydelige og operationelle samarbejdsaftaler. Lægernes organisationer skal inddrages i aftaler, der vedrører almen praksis: DSAM vedrørende faglige spørgsmål og PLO vedrørende konkrete aftaler om opgaver og kapacitet.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	DSAM anerkender fokus på relevante data og på at minimere den administrative byrde. Data skal beskrive faglig og patientoplevet kvalitet og kunne anvendes til at forbedre patientforløbene. Dokumentation og monitorering skal stå mål med nytten og må ikke tage unødigt tid fra pleje og behandling.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	KOL-eksemplet bør omskrives, så rettidig lægelig vurdering fremgår. Ved akut forværring af vejrtrækning og funktionsevne skal lægen vurdere behovet for behandling, akutsygepleje eller indlæggelse. Akutsygeplejen må ikke fremstilles som et nødvendigt første led for at undgå indlæggelse.

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarden for akutsygepleje	DSAM støtter ambitionen om en tilgængelig akutsygepleje med fælles kvalitetskrav. De beskrevne opgaver er relevante. Det er positivt, at der lægges vægt på tydelig arbejdsdeling, klart behandlingsansvar og færrest mulige skift i behandlingsansvaret. DSAM fremhæver desuden muligheden for blodprøvetagning på delegation og præciseringen af, at behovet for sygehusindlæggelse beror på en individuel lægefaglig vurdering. Kravet om samarbejdsaftaler er vigtigt, særligt at aftalerne skal sikre adgang til relevant lægefaglig sparring og hurtig kontakt via bagomnumre.	
Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarden i den samlede styringsramme	Afsnit 1.3.2: Det er positivt, at arbejdsdeling, samarbejde og behandlingsansvar skal afklares som led i den lokale planlægning. Det bør imidlertid fremgå, hvem disse forhold aftales med. Lægernes organisationer skal inddrages: DSAM vedrørende faglige spørgsmål og PLO vedrørende konkrete aftaler om opgaver og vilkår. Dette bør sikres gennem inddragelse i udarbejdelsen af nærsundhedsplanerne og de relevante lokale samarbejdsrammer. Den lokale tilrettelæggelse skal tage udgangspunkt i den nationale opgavebeskrivelse for almen praksis. Lokale samarbejdsaftaler må ikke i sig selv placere nye opgaver eller behandlingsansvar i almen praksis.
	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	Formuleringen om, at akutsygeplejen skal understøtte almen praksis gennem rådgivning, bør ændres. Akutsygeplejen rådgiver ikke almen praksis. DSAM foreslår, at man bruger ordet "konference" eller nøjes med at bruge ordet "sparring".
3. Målgruppe	-	

	3.2. Målgruppens karakteristika	Afsnit 3.2: Bosteder bør nævnes sammen med plejehjem i beskrivelsen af patienter, som kan have gavn af vurdering og behandling i velkendte rammer.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Ved nyopstået akut sygdom eller væsentlig forværring skal arbejdsgangene sikre rettidig lægelig vurdering. Den kommunale sygepleje og hjemmeplejen skal kunne kontakte egen læge, lægevagts eller akuttelefon direkte med henblik på vurdering af behovet for behandling, akutsygepleje eller indlæggelse. Ved mistanke om umiddelbart livstruende sygdom kontaktes den præhospitale indsats direkte. Akutsygeplejen må ikke etableres som et obligatorisk mellemlid mellem lægelig vurdering. Sygeplejefaglig vurdering og observation kan understøtte den lægelige vurdering, men må ikke forsinke den. Målet om at forebygge indlæggelser må heller ikke føre til, at nødvendig lægelig vurdering eller indlæggelse udsættes. Det er positivt, at der skal foreligge skriftlige instrukser for, hvornår den præhospitale indsats skal involveres. Tilsvarende instrukser bør også angive, hvornår man skal kontakte egen læge eller lægevagt.
	4.2. Typer af indsatser	Afsnit 4.2.2: Det fremgår, at akutsygeplejen kan foretage relevante diagnostiske undersøgelser, eventuelt på delegation. Det bør præciseres, hvad der gælder, når akutsygeplejen selvstændigt iværksætter diagnostiske undersøgelser inden for sit selvstændige virksomhedsområde, og hvad der gælder ved undersøgelser udført på lægelig delegation. Når akutsygeplejen selvstændigt iværksætter undersøgelser inden for sit virksomhedsområde, skal funktionen have kompetencer og arbejdsgange til at vurdere resultaterne og følge op. Lægen skal kontaktes, når resultatet eller patientens tilstand giver anledning til lægelig vurdering. Den gældende orienteringspligt skal overholdes. Orienteringen skal tydeligt angive, om der er behov for lægelig opfølgning, eller om den alene gives til orientering. Resultater skal ikke rutinemæssigt sendes til egen læge til godkendelse. Orientering eller fremsendelse af et kopisvar må ikke anvendes som en stiltiende overdragelse af ansvar.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	

	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Afsnit 6.3.2: Der bør tydeligt skelnes mellem sygeplejerskens ansvar for selvstændige handlinger inden for eget virksomhedsområde og lægens behandlingsansvar i det konkrete forløb. At en læge har henvist patienten til akutsygepleje, kan ikke i sig selv medføre, at lægen overtager ansvaret for undersøgelser eller medicinsk behandling, som sygeplejersken efterfølgende iværksætter på eget initiativ. Sygeplejerskens ansvar for handlinger inden for eget virksomhedsområde og lægens ansvar ved lægelig delegation bør holdes adskilt. ----- Boksens formulering om, at patientens almenmedicinske tilbud som udgangspunkt har behandlingsansvaret, bør ændres. Udgangspunktet bør være, at den læge, som henviser eller iværksætter det konkrete forløb i akutsygeplejen, har det lægelige behandlingsansvar. Hvis akutsygeplejen kontakter egen læge i dagtid, og lægen iværksætter et behandlingsforløb, har egen læge ansvaret for dette. Hvis forløbet er iværksat af lægevagten eller sygehuset, skal ansvaret ikke automatisk overgå til egen læge ved begyndelsen af næste dagtid. Samarbejdsaftalerne skal beskrive, hvordan overdragelsen sker, hvilke oplysninger der skal følge med, og hvordan det sikres, at ansvaret er modtaget. Tilsvarende skal aftalerne beskrive overdragelse fra almen praksis til lægevagt eller akuttelefon.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	