

Odense den 31. oktober 2017

Høringssvar fra DASYS vedr. Målepunkter 2018

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har haft en repræsentant i arbejdsgruppen som overordnet har været tilfreds med processen og resultatet. Vi har derudover sendt høringsmaterialet til vores medlemmer, hvilket har givet anledning til kommentarer fra Fagligt Selskab for Geriatiske Sygeplejersker, Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje og Dansk Selskab for Sårheling. Kommentarerne fremgår separat fra de enkelte selskaber.

Generelle bemærkninger

Nedenstående generelle bemærkninger vedrører tilsyn på Bosteder, Plejehjem, Hjemmepleje og Hjemmesygepleje og akut funktioner, samt ift. tilsyn i Almen Praksis.

Overordnet er det fint og overskueligt, at målepunkter for tilsyn er bygget op på samme måde som i 2017, samt at niveauet følges. Det vurderes, at det er gode og relevante praksisnære målepunkter for ovennævnte områder.

Dog er kravet til omfanget af instrukser stort og enkelte instrukskrav forekommer ikke relevante, dette uddybes i nedenstående. Desuden er der målepunkter, hvor der måles på at plejepersonalet skal huske lægen på henvisninger, medicin revision etc. Det er problematisk, hvis ansvaret bliver delt med plejen, så medarbejderne skal være lægens sekretær og hjælper. Det er ikke den gængse opfattelse, at plejepersonalet er ansvarlig for at lægen husker at ordinere, henvise og lægge behandlingsplaner.

Bemærkninger til høringsmaterialet

Bosteder

Det er positivt, at målepunkterne er klare og retvisende. Her er det på sin plads med mange instrukser, da der en del steder ikke er ansat sundhedspersonale.

Det er meget relevant, at der henvises til brug af sundhedsfagligt personale, samt at der er fokus på somatiske lidelse ved skizofreni.

Målepunkt 2 under punkt 3: Det er lidt uklart, hvad det er der skal beskrives her vedr. ansvaret for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til patienten.

Målepunkt 8: Det er positivt at det fremhæves, at journalføringen skal foregå i et system. Det halter rigtig mange steder og hvis tilsynet måler på dette, vil man måske fremover forsøge at købe elektroniske patientjournaler og journalsystemer for den socialfaglige indsats med mulighed for integration imellem disse. Dette er vigtigt for at sikre sammenhæng og dermed øge patientsikkerheden.

Målepunkt 36: Opfølgning på UTH er meget relevant. Måske bør den indgå i de andre områder også.

Plejehjem, hjemmepleje, hjemmesygepleje og akutfunktioner

Målepunkt 2b: Her nævnes mange instrukser, fx instruks for ulykkestilfælde. Det er et vidt begreb. Instruks for kronisk sygdom er også et stort begreb og instrukserne bliver dermed ikke anvendelige.

Målepunkt 2f: "gennemgang og revision af den ordinerede medicin." Det bør være en lægeopgave og skal derfor ikke med her. Vi har ikke indflydelse på, om lægen mener medicinen er relevant. Desuden bliver det til en barneplegeopgave for andre faggrupper, her lægen.

Målepunkt 6: "i forhold til senkomplikationer - hvad der er planlagt og udført". Igen en lægeopgave, som må høre ind under årskontrol og ikke en sygeplejerskeopgave.

Målepunkt 6: Vedr. behandlingsdom (s. 8) skal sygeplejersken undersøge, om patienten følger de aftalte kontroller. Det må være det sted, hvor patienten skal møde op, der har det ansvar, eller fængselsvæsnet der er ansvarlige for, at borgeren overholder sine aftaler ift. dommen. Det er ikke sygeplejen. Hvis hjemmesygeplejen/sygeplejen får en kontrolfunktion, vil det ikke være befordrende for samarbejdet med patienten.

Målepunkt 9: Behandlingsindikation skal fremgå af medicinkort; det er det optimale. Igen, det er en lægeopgave, og hvis lægen ikke vil, kan sundhedspersonalet ikke imødekomme dette.

Aktuelt handelsnavn - det giver ikke mening.

Holdbarhed på patientens medicin må ikke være overskredet. Det er vi enige i, men vi har ikke ret til at smide borgerens medicin ud. Det vil derfor forekomme, at der står glas med gammel medicin.

Almen praksis

Overordnet er det positivt, at der er målepunkter, der ser på lægens ansvar fx ift. at lægge behandlingsplaner for KOL-patienter. Ligeledes, at der skal tages stilling til behandlingsindikation på ordineret medicin. Ligeledes også ift. til, at diabetikere skal henvises til øjenlæge og fodterapeut.

Fagligt Selskab for Geriatrike Sygeplejersker

Målepunkter for tilsyn på plejehjem, hjemmepleje, hjemmesygepleje og akutfunktioner 2018

- Den kronisk syge patient med komorbiditet – diabetes
- Patienten med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

Generelle bemærkninger

Det er fint, at dokumentet er inddelt i først instrukser, derefter hvordan praksis er.

Det er nyt fra tidligere.

Bemærkninger til høringsmaterialet

Målepunkter 1d-2f hjemmesygeplejen

Sidste år var akutfunktion for sig selv. Og allerede der var der målepunkter, som ikke var relevante for akut-enheden.

Det fremstår ikke som en god løsning og er ikke en god udvikling at samle de 4 enheder, som nu er samlet for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje og akutfunktioner.

I samme dokument for målepunkter: De forskellige enheder og personale, som er i de 4 enheder, har forskellige funktion og opgaver, og udfører forskelligt arbejde ud fra forskellige kompetencer og autorisationslov.

Første eksempel: SHS-teamet, som er kommunens akutfunktion, kaldes til et borgerhjem, der har hjemmepleje, hjemmesygepleje, genoptræning og borger er netop lige udskrevet fra hospital.

Akutfunktionen kaldes til at se på en isoleret indsats, som er specialiseret sygepleje – kateterlægning - og afslutter derefter deres indsats. Derfor vil det ikke give mening, at de skal gennemgå 12 punkter omkring borgeren, en helhedsvurdering for at give et urinkateter på foranledning af sygeplejen, et bosted, plejecenter i kommunen.

Andet eksempel: Borger er hjemtaget til intravenøsbehandling i 3 dage. Ellers rask. SHS-teamet kommer til denne ene isolerede indsats og skal ikke foretage undersøgelser på 11 andre punkter. Det giver ikke mening, at den kommunale sygepleje så skal møde op og gennemgå raske borgere på 11 punkter, der så ikke kræver handling, for at akutindsatsen kan udføre sin opgave. Det bliver administrativt for tungt at tilse borgere akut.

Tredje eksempel: 1813 beder akutindsatsen om at se på en borger i hjemmet. Borgeren er ukendt af kommunen i øvrigt. De bliver kaldt til en indsats, udredning via blodprøver og opstart af antibiotika i samarbejde med læge på 1813. Her skal akutindsatsen ikke udarbejde screeninger på 12 måltal, skizofreni og KOL, hvis det ikke er det, som borgeren henvender sig med.

Styrelsen for Patientsikkerhed viser i deres fremsendte dokumentation, at de har taget udgangspunkt i lovgivning – og deres egne behov for overskuelighed. Styrelsen har ikke sammenholdt det med ”hvad det er nødvendigt at pålægge kommunerne at dokumentere”. Unødvendigt – for at de skal kunne samle alle deres tilsyn i ét dokument. Kravet er ikke i tråd med kommunernes nye opgaver inden for akutindsatsen. Alle patienter med kroniske, kognitive og somatiske sygdomme har deres særlige opmærksomhedspunkter. Fordi Styrelsen ønsker at se særligt på disse to diagnoser, så er det ikke en særlig hjælp at Styrelsen forholder sig til hvad god behandling er.

5: Gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation

Der kommer de 12 punkter.

Så kommer det særlige fokusområde for diabetes. Så kommer der lægefaglige symptomer (hypo- og hyperglykæmi) og det skal fremgå, hvordan patienten er reguleret i diabetes, herunder tegn på senkomplikationer. Hvis man ikke under de foregående 12 spørgsmål kan komme ind på, at borgeren har hypoglykæmi, så mangler der faglighed i kommunen, og ikke hjælp til hvad der skal dokumenteres og hvor og hvor ofte.

5: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Der bør af styrelsens dokumenter fremgå, at når man gennemgår dokumentationen for de 12 problemområder vil der være fokus på borgere, der har diagnosen diabetes eller skizofreni, om de er velbehandlede og om der er handleplaner for deres nuværende udfordringer.

Det forventes, at der i de 12 områder er beskrevet relevante problemstillinger - ikke potentielle udfordringer, som ikke viser sig relevante.

Hele nr. 2. 2: Interview om og gennemgang af instrukser

Interview med gennemgang og instruks. Det er meget forvirrende, hvad der efterspørges og som det skal foreligge skriftligt. Hvad skal man tale om ved besøget og hvad skal foreligge skriftligt? Skal der ligge en instruks om, at medarbejderne skal dokumentere i KMD care/NEXUS og at de skal logge sig ind og skrive deres notater der?

Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje

Generelle bemærkninger

Målepunkt Patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom, 2e Misbrugscentre.

Vi anerkender det risikobaserede tilsyn som en metode til sikring af kvaliteten i den sundhedsfaglige behandling. Det anses som positivt at få lavet en gennemgang af de involverede misbrugscentres instrukser og øvrige sundhedsfaglige praksis ift. relevante vejledninger og lovgivning.

Overordnet anbefales det, at tilsynet ikke ensidigt fokuserer på borgere med skizofreni- og/eller diabetesdiagnoser. En væsentlig del af især de dårligste borgere i misbrugsbehandling får slet ikke stillet diagnoser indenfor de psykiatriske spektrum, da det kræver en længere abstinent periode før en sådan diagnose stilles. Det er et krav, som en del af disse borgere slet ikke kan leve op til. Generelt kan det således siges, at udredning, der ikke kan foregå på misbrugsbehandlingscentret, ofte kan være en udfordring.

Bemærkninger til høringsmaterialet

Afsnit 2: Instruks for medicin håndtering: Her savnes en præcisering af ansvarsfordelingen mellem ordinerende læge og misbrugscentrets ledelse. Dernæst mangler en nærmere beskrivelse/eksempel på, hvad der forstås ved ikke-dispenserbar medicin.

Afsnit 3: Her gøres opmærksom på, at kommunal misbrugsbehandling starter ved borgerens henvendelse med ønske om behandling – ikke på baggrund af lægelig henvisning. Afsnittets titel er derfor misvisende og kan give anledning til misforståelser og usikkerhed.

Afsnit 9: Misbrugscentrets systematiske vurdering af suicidalrisiko hos patienter med skizofreni. Vi anerkender behovet for en vurdering af skizofrenes suicidalrisiko. Det vurderes dog mindst lige så relevant at vurdere suicidalrisiko hos borgere med psykiske lidelser, såsom personlighedsforstyrrelser, angst og depressive lidelser, som er langt hyppigere forekommende hos målgruppen.

Dansk Selskab for Sårheling

Generelle bemærkninger

I National klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår anvender Sundhedsstyrelsens begrebet multidisciplinært team. Det bør også anvendes i de medsendte vejledninger.

Sundhedsstyrelsen definerer multidisciplinært team således: Et team af relevante lægelige specialer og andre sundhedsprofessionelle, der medvirker i bl.a. udredning og behandling, og indgår i et forpligtende, kontinuert samarbejde.

Den foreslåede ændring af *tværfaglige team* til *multidisciplinært team* er i følgende vejledninger:
Somatiske sygehuse medicinske og akutmedicinske afdelinger: Punkt 6a
Somatiske Sygehuse kirurgiske afdelinger: Punkt 7

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS og de involverede faglige selskaber naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bente Hoeck
Næstformand