

Tilsynsrapport  
**Gribskov Kommune**  
Kommunal leverandør  
Hjemmesygepleje PlejeGribskov

Opfølgende uanmeldt tilsyn  
2019

# INDHOLD

1.0	Fakta om tilsynet	2
2.0	Vurdering	3
2.1	Tilsynets samlede vurdering	3
2.2	Tilsynets anbefalinger	5
2.3	Sundhedsfaglig dokumentation	6
2.4	Instrukser og retningslinjer	9
2.5	Indberetning og opfølgning på Utilsigtede hændelser (UTH)	9
2.6	Håndtering af sygeplejeydelser - medicin	10
2.7	Håndtering af sygeplejeydelser - anden medicin (insulin, øjendråber M.V)	12
2.8	Håndtering af øvrige sygepleje ydelser	14
2.9	Delegering af sygeplejefaglige opgaver	15
2.10	Kompetencer og udvikling	16
2.11	Borgerens oplevelse af den sygeplejefaglige indsats	17
3.0	Tilsynets formål og metode	18
3.1	Tilsynets formål	18
3.2	Metode	18
3.3	Vurderingsskalaen	19
3.4	Tilsynets tilrettelæggelse	19
4.0	Yderligere oplysninger	20

---

## Forord

Rapporten er bygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt det samlede tilsynsresultat, begrundelse for tilsynsresultatet, bemærkninger og anbefalinger.

Herefter indeholder rapporten de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. gennemgang af dokumentation, interview med medarbejdere samt tilsynsbesøg hos borgere. For hvert mål foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

Sidste del af rapporten indeholder en kort beskrivelse af tilsynets formål og metode samt kontaktoplysninger til BDO.



“

*Tilsynet er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.*

# FAKTA OM TILSYNET

Nedenfor præsenteres tilsynssted samt tilsynets datagrund og metoder kort.

<b>Leverandørens navn og adresse</b>
PlejeGribskov Hjemmesygepleje, Parkvænget 20A, 3200 Helsingør
<b>Leder</b>
Birgitte Rosenquist
<b>Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg</b>
Den 15., 16. og 17. januar 2019
<b>Datagrundlag</b>
<p>Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interview med hjemmesygeplejens ledelse</li> <li>• Gennemgang af dokumentation</li> <li>• Observation og dialog med medarbejdere, som Tilsynet møder under tilsynet.</li> <li>• Tilsynsbesøg hos 20 borgere (10 borgere i område Nord og 10 borgere i område Syd)</li> <li>• Gruppeinterview med 4 medarbejdere (2 social- og sundhedsassistenter, 2 sygeplejersker)</li> </ul> <p>Fordeling af borgerne er sket ud fra følgende udvælgelseskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 borgere modtager udelukkende hjælp til medicinopgaver</li> <li>• 6 borgere modtager hjælp til andre sygeplejeopgaver samt medicinopgaver</li> <li>• 4 borgere modtager udelukkende hjælp til andre sygeplejeopgaver end medicinopgaver</li> </ul> <p>Tilsynet blev afsluttet med en tilbagemelding til ledelsen.</p>
<b>Tilsynsførende</b>
Mette Norré Sørensen, Senior Manager, sygeplejerske

# VURDERING

## 2.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

BDO har på vegne af Gribskov Kommune gennemført et opfølgende uanmeldt tilsyn i PlejeGribskov Hjemmesygepleje. Den samlede tilsynsvurdering er, jf. beskrivelsen af vurderingsskalaen under afsnit 3.3:

*Få mangler, som relativt nemt vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats*

Tilsynet vurderer, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje har arbejdet målrettet med anbefalingerne fra forrige tilsyn, og ledelsen kan redegøre for igangsatte handlinger i forhold til de konkrete anbefalinger. Det er tilsynets vurdering, at ledelsen har haft fokus på at implementere arbejds gange, som fremmer kvaliteten i forhold til anbefalingerne fra 2018.

Tilsynet vurderer, at ledelsen har prioriteret og udvalgt relevante fokusområder i kvalitetsarbejdet, samt at indholdet i kvalitetsarbejdet er i overensstemmelse med kendte risikoområder.

Det er tilsynets vurdering, at der er relevant fokus på at sikre fagligheden i PlejeGribskov Hjemmesygepleje, herunder at sikre de nødvendige kompetencer på området.

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af de 12 sygeplejefaglige problemområder i de undersøgte journaler er dokumenteret på tilfredsstillende niveau. Det er i alle tilfælde fagligt vurderet og taget stilling til borgernes aktuelle og potentielle sundhedsmæssige problemområder.

Det er tilsynets vurdering, at de journaler, der på tilsynspunktet er konverteret til FSIII, er udfyldt på tilstrækkelig vis, men at der fortsat er udviklingspotentiale i forhold til at få kvalificeret tilstandspræciseringerne i helbredstilstandene.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på fagligvis kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med borgernes journaler, og hvorledes der foretages en systematisk og målrettet konvertering af journalerne til FSIII.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan der skal arbejdes med ændringer i borgernes tilstand. Ligeså er det tilsynets vurdering, at triageringsredskabet er blevet implementeret både internt i PlejeGribskov Hjemmesygepleje og hos leverandørerne for Hjemmepleje, således at det nu er muligt på systematisk vis at arbejde målrettet med borgernes helbredsmæssige ændringer eller tab af funktionsniveau. Det er dog tilsynets vurdering, at dokumentationsarbejdet omkring triageringen kan styrkes, således at der i journalerne dokumenteres og tydeliggøres, hvorledes der skal sætte ind for at genoprette borgernes habituelle helbredstilstand.

Tilsynet vurderer, at der foreligger instrukser og retningslinjer på det sygeplejefaglige område. Det er ligeledes tilsynets vurdering, at medarbejderne har viden om gældende instrukser og vejledninger, herunder hvor viden kan søges, når der opstår behov herfor.

Det er tilsynets vurdering, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje er i en velfungerende udviklende proces med fast struktur og arbejds gange omkring UTH arbejdet. Ledelsen sikres læring og udvikling på området, både via strukturerede møder, skriftlige nyhedsbreve og ved anvendelse af forskellige refleksion metoder.

Tilsynet vurderer, at medicindokumentationen i journalerne overordnet er på et meget tilfredsstillende niveau og følger retningslinjerne på området. Det er ligeå tilsynet vurdering, at borgernes medicin er opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer, der konstateres dog i en stikprøve, at der foreligger uaktuel medicin sammen med aktuel medicin.

Tilsynet vurderer, at der i to tilfælde i forhold til AK-medicinbehandling bør iværksættes en indsats med praktiserende læge, således at sikkerheden omkring risikosituationslægemidler styrkes.

Der konstateres ingen dispenseringsfejl i borgernes doseringsæsker. Tilsynet konstaterer i en stikprøve, at en borgers PN-medicin mangler mærkning efter retningslinjerne.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for gældende retningslinjer for medicindispensering og medicinadministration, samt hvorledes disse anvendes i det daglige arbejde.

Det er tilsynets vurdering, at handleplaner/handlingsanvisninger i forhold til sygeplejeydelser (ud over medicin) generelt er af tilfredsstillende karakter, kun i enkelte handlingsanvisninger er det ikke konsekvent beskrevet, hvem der er den behandlingsansvarlige læge samt beskrevet, om borgeren har givet samtykke til behandlingen.

Tilsynet vurderer, at borgerne, som modtager hjælp til sygeplejeydelser, er trygge og tilfredse med den sygeplejefaglige indsats. Tilsynet hæfter sig dog ved, at en borger tilkendegiver i perioder at være mindre tryk, da det opleves, at der indimellem kommer medarbejdere, som ikke har den rette faglighed i forhold til opgaveløsningen.

Det er tilsynets vurdering, at der foreligger instrukser og retningslinjer på delegeringsarbejdet i forhold til leverandører af hjemmepleje. Tilsynet vurderer, at delegeringsarbejdet bør kvalificeres yderligere, således at der foreligger individuelle kompetenceprofiler og delegeringsskemaer på medarbejderne i PlejeGribskov Hjemmesygepleje.

Tilsynet vurderer, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje er i en udviklende og fremadskridende proces med fokus på den faglige kvalitet i leveringen af indsatsen til borgerne. Det er endvidere tilsynets vurdering, at ledelsen arbejder målrettet med medarbejdernes kompetencer og udvikling.

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever respektfuld kommunikation og god kontakt med medarbejderne til trods for, at flere borgere fortæller, at der kommer mange forskellige medarbejdere i hjemmet. Det er tilsynets vurdering, at borgerne efterspørger mere nøjagtige tidspunkter for levering af indsatsen.

Det er tilsynets vurdering, at borgere med særlig komplekse problemstillinger kan profitere af mere kontinuitet i leveringen af sygeplejeydelserne.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for, hvorledes der sikres respekt for borgernes levevis og respektfuld kommunikation.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interview med ledelsen, tilsynets observationer, besøg hos borgeren samt individuelle interviews med medarbejderne.

Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

## 2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til den fremadrettede udvikling i Hjemmesygeplejen:

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at dokumentationsarbejdet omkring triageringen styrkes, således at der i journalerne dokumenteres og tydeliggøres, hvorledes der skal sættes ind for at genoprette borgers habituelle helbredstilstand.
2. Tilsynet anbefaler, at der i forhold til to borgers AK-behandling rettes kontakt til praktiserende læge, således at blodprøvetagning tilrettelægges, så INR-svar altid foreligger, før en dispensering foretages.
3. Tilsynet vurderer, at delegeringsarbejdet bør kvalificeres yderligere, således at der foreligger individuelle kompetenceprofiler og delegeringsskemaer på medarbejderne i Hjemmesygeplejen.
4. Tilsynet anbefaler, at Hjemmesygeplejen fortsat er opmærksom på, at borgerne møder få og kendte medarbejdere. Tilsynet anbefaler herunder, at der udarbejdes tiltag, således at hjælpen leveres på mere regelmæssige tidspunkter.

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til de enkelte målepunkter.

## 2.3 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

Mål 1	
Emne	Data
Er der taget stilling til / udfyldt under alle 12 problemområder i sygeplejefagligudredning	<p>Tilsynet gennemgår 20 journaler.</p> <p>Der er i alle 20 journaler taget stilling til de 12 sygeplejefaglige problemområder.</p> <p>Under problemområderne fremgår der en beskrivelse af borgers sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling.</p> <p>Problemområderne er aktuelle og svarer til borgers helbredsmæssige tilstand.</p> <p>Der er taget stilling til aktuelle og potentielle problemområder, og disse er fagligt vurderet og dokumenteret.</p> <p>7 ud af de 20 undersøgte journaler er konverteret til FSIII. Det er tilsynet vurdering, at disse journaler er udfyldt på strækkelig vis, men at der fortsat er udvikling i forhold til at få kvalificeret tilstandspræciseringerne i helbredstilstandene.</p>
Er der en rød tråd / sammenhæng mellem sygeplejefagligudredning, medicinoplysninger, handleplaner/handlingsanvisninger?	<p>Tilsynet observerer, at der generelt er sammenhæng mellem sygeplejefagligudredning/helbredstilstande, medicinoplysninger og handleplaner/handlingsanvisninger.</p>
Er der oprettet relevante handleplaner/handlingsanvisninger?	<p>Der er oprettet handleplaner/handlingsanvisninger på alle visiterede Sundhedslovsydelsler.</p> <p>Der er tydelig markeret i borgers journal, når Sundhedslovsydelsen er videreleveret til anden leverandør.</p> <p>Tilsynet konstaterer, at der er lidt varieret kvalitet og forskellige tilgange til udarbejdelsen af handleplanen/handlingsanvisningen.</p> <p>Generelt fremtræder handleplaner i Nexus mere specifikke og detaljeret i beskrivelsen af de handlinger, der skal udføres hos borgeren, end de udarbejdede handlingsanvisningerne i journaler, som er konverteret til FSIII.</p> <p>Tilsynet konstaterer, at der i enkelte journaler mangler en opfølgingsdato på indsatsen samt beskrivelse af kadencen i leveringen af ydelsen. Ligeledes er der ikke i alle tilfælde beskrevet, om der er indhentet samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge/hospital.</p> <p>I et tilfælde fremstår en handleplan med lidt forkerte oplysninger, og enkelte handlingsanvisninger fremstår med mindre faglige begrundelser for, hvorfor borger ikke kan varetage opgaven. Fx er der beskrevet i en journal, at borger skal have dispenseret sin medicin, da borger ikke kan varetage opgaven - borger giver udtryk for, at han ikke kan dette selv.</p>
Er der sammenhæng mellem de tildelte sygeplejeydelser og borgers helbredstilstand?	<p>Tilsynet bemærker, at der overordnet er sammenhæng mellem de tildelte ydelser og borgernes helbredstilstand.</p>



<p>Er der overensstemmelse mellem dokumentationen af borgernes helbredstilstande og borgerens aktuelle helbred?</p>	<p>Under besøget hos borgerne observeres det, at borgernes aktuelle helbred generelt stemmer overens med beskrivelserne i dokumentationen.</p> <p>Tilsynet konstaterer dog, at der i 1 journal ses manglende sammenhæng/opfølgning mellem dokumentationen af borgers helbredstilstand og borgers aktuelle helbred.</p> <p>I journalen fremgår det, at borger klager over smerte i halepartiet, og der er konstateret rødme i bleområdet for ca. 1 uge siden. Sygeplejerske beskriver, at der skal smøres med særlig creme ved hver bleskift.</p> <p>Tilsynet konstaterer, at der ikke er udarbejdet opfølgende notater i journalen. Det er tilsynet vurdering, at borger er i risiko for tryksår, og at der i den forbindelse bør være opfølgende dokumentation på problemområdet samt udarbejdet en plan for, hvorledes en øget opmærksomhed og målrettet pleje kan imødekommes.</p> <p>Tilsynet observerer ligeledes, at borgernes tilstand i 2 ud af 20 journaler er triageret gul. Begge disse borger har flere Sundhedslovsydelser, og derved også flere handleplaner/handlingsanvisninger.</p> <p>Ved gennemsøgning af tidligere notater konstateres det, at der i den ene journal er beskrevet for flere mdr. siden, at borger er triageret gul grundet kompleksitet i sin sårbehandling. Der foreligger ikke opfølgende dokumentation på triageringsniveauet.</p> <p>I den anden journal er det ikke muligt at finde dokumentation for, på hvilke grundlag borger er triageret gul, og hvorledes der skal sættes ind for at genoprette borgers habituelle helbredstilstand.</p>
<p>Vurderer borgeren, at den tildelte sygeplejeindsats svarer til borgernes behov?</p>	<p>Alle borgere giver udtryk for, at den tildelte sygeplejeindsats svarer til deres behov.</p>
<p>Kan medarbejderen redegøre for, hvordan man arbejder med borgers patientjournal</p>	<p>Ledelsen oplyser, at der siden sidste tilsyn har været igangsat en gennemgribende gennemgang af borgernes journaler med henblik på at få disse kvalificeret og journalført efter retningslinjerne på området. Gennemgangen har dog måtte stoppe - da man ca. var nået 500 journaler igennem - da processen var meget ressourcekrævende. Ledelsen har en forhåbning om, at gennemgangen har skabt grobund for en god rutine og givet medarbejderne erfaring, som kan bruges i det fremadrettede dokumentationsarbejde.</p> <p>Den sundhedsfaglige dokumentation bliver italesat i hverdagen, ligeså er der udarbejdet tjekliste til dokumentationsarbejdet.</p> <p>Ledelsen beskriver, at implementeringen af FSIII er en udfordring og fylder meget i hverdagen. Alle medarbejdere har været på kursus i FSIII, men det opleves, at der fortsat er behov for træning og læring på området. Det er planen, at der skal etableres faste undervisningsseancer, således at medarbejderne kan blive bedre til at agere i systemet og forstå FSIII sproget.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med borgernes journaler og beskriver, at der foretages en systematisk og målrettet konvertering af journalerne til FSIII.</p> <p>Medarbejderne giver udtryk for, at de er ved at blive fortrolige med det nye omsorgssystem. Henviser til, at alle har været på et dagkursus, men at der fortsat er behov for udvikling og fokus på, at omsorgssystemet bliver anvendt korrekt.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at det stadig er de samme dokumentationskrav, selv om omsorgssystemet har ændret sit udseende.</p>

	<p>Direkte adspurgt kan medarbejderne redegøre for, hvorledes den sundhedsfaglige dokumentation skal beskrives i de forskellige dokumenter i journalen, herunder journalføring af borgernes sundhedsmæssige aktuelle og potentielle tilstande, borgernes pleje og behandling, beskrivelse af behandlingsansvarlig læge, samtykkeregler, dokumentation af værdier og daglige observationer, og hvorledes disse kædes sammen med øvrig dokumentation for at skabe sammenhæng.</p> <p>Medarbejderne redegør desuden for triageringsarbejdet i hjemmesygeplejen og orienterer om, hvorledes der er etableret faste møder hos leverandørerne for hjemmepleje. Ved disse møder deltager en fast sygeplejerske, således at der skabes kontinuitet og fremdrift i møderne.</p> <p>Det er medarbejdernes oplevelse, at triageringsmøderne er velfungerende og bidrager til større faglighed og bevågenhed i forhold til forbyggelige diagnoser.</p>
<p>Kan medarbejderen redegøre for arbejdsgange ift. ved ændringer i borgerens tilstand</p>	<p>Medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for arbejdsgange ved ændringer i borgernes tilstand.</p> <p>Medarbejderne udtrykker følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orienterer sig i dokumentationen og støtter sig blandt andet op ad denne for at foretage vurdering af ændringen hos borgeren</li> <li>• Gøre de nødvendige observationer og måle relevante værdier. Ved tryksår udarbejdes Branden score.</li> <li>• Bevidst om at ajourføre dokumentationen - eksempelvis ændringsskema, handlingsanvisninger og helbredstilstande</li> <li>• Forholder sig til det mest akutte først, efter at have foretaget vurdering heraf. Hvis der er behov, tilses borgeren ved ekstra besøg</li> <li>• Tager kontakt til de relevante samarbejdspartnere - eksempelvis leverandør af hjemmepleje, visitationen, team-hjælpe midler eller egen læge</li> <li>• Tale med borgeren om observerede ændringer og spørge ind hertil.</li> <li>• Benytte triageringsredskabet til at sætte fokus på ændringen i borgerens tilstand.</li> </ul>
<p><b>Tilsynets samlede vurdering - 2</b></p>	
<p>Tilsynet vurderer, at kvaliteten af de 12 sygeplejefaglige problemområder i de undersøgte journaler er dokumenteret på tilfredsstillende niveau. Der er i alle tilfælde fagligt vurderet og taget stilling til borgernes aktuelle og potentielle sundhedsmæssige problemområder.</p> <p>Det er tilsynet vurdering, at de journaler, der på tilsynspunktet er konverteret til FSIII, er udfyldt på strækkelig vis, men at der fortsat er udviklingspotentiale i forhold til at få kvalificeret tilstandspræciseringerne i helbredstilstandene.</p> <p>Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med borgernes journaler, og hvorledes der foretages en systematisk og målrettet konvertering af journalerne til FSIII.</p> <p>Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan der skal arbejdes med ændringer i borgernes tilstand. Ligeså er det tilsynet vurdering, at Triageringsredskabet er blevet implementeret både internt i hjemmesygeplejen og hos leverandørerne for hjemmepleje, således at det nu er muligt på systematisk vis at arbejde målrettet med borgernes helbredsmæssige ændringer eller tab af funktionsniveau.</p> <p>Det er dog tilsynets vurdering, at dokumentationsarbejdet omkring triageringen kan styrkes, således at der i journalerne dokumenteres og tydeliggøres, hvorledes der skal sættes ind for at genoprette borgers habituelle helbredstilstand.</p>	

## 2.4 INSTRUKSER OG RETNINGSLINJER

Mål 2	
Emne	Data
Foreligger der instrukser og retningslinjer på det sygeplejefaglige område	Tilsynet bliver forevist skriftlige instrukser og retningslinjer på det sygeplejefaglige område. Disse overholder de formelle krav til instrukser, herunder om de er tilgængelige, daterede, indeholder oplysninger om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og er fornyet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.  Ledelsen orienterer desuden, at der arbejdes målrettet med at få VAR Healthcare systemet indkøbt til Gribskov Kommune.  Ligeledes bliver tilsynet præsenteret for arbejdsbeskrivelser/manual for FSIII.
Kan medarbejderne redegøre for hvilke og hvordan de bruger gældende instrukser i det daglige arbejde?	Medarbejderne henviser til skriftlige instrukser og retningslinjer, som forefindes i mapper på kontoret.  Yderligere beskriver medarbejderne, at viden og faglig sparring sker med kolleger, ledere og kvalitetssygeplejersken - eller ved at søge viden på nettet - eksempelvis bruge Sundhedsstyrelsens hjemmeside eller Pro Medicin.  Medarbejderne fortæller, at VAR Healthcare systemet er blevet afprøvet i 14 dage, og der er stor begejstring for dette opslagsværk.
Tilsynets samlede vurdering - 1	
Tilsynet vurderer, at der foreligger instrukser og retningslinjer på det sygeplejefaglige område.  Tilsynet vurderer, at medarbejderne har viden om gældende instrukser og vejledninger, herunder hvor viden kan søges, når der opstår behov herfor.	

## 2.5 INDBERETNING OG OPFØLGNING PÅ UTILSIGTEDE HÆNDELSE (UTH)

Mål 3:	
Emne	Data
Hvordan organiseres arbejdet og indberetning af UTH	Medarbejderne redegør for, hvilke hændelser der skal indberettes. Indberetningen foregår i omsorgssystemet under et særligt felt. Det er medarbejdernes opfattelse, at der er fokus på indberetning af hændelserne, og at dette fungerer på tilfredsstillende vis.  Ledelsen orienterer, at der hver mdr. er møde med risikomanager i kommunen, hvor alle UTH'er gennemgås sammen med ledelsen. Der er planer om, at hjemmesygeplejen selv kan få adgang til de registrerede UTH'er elektronisk, således at det bliver muligt at følge direkte op på den individuelle hændelse.  Ledelsen beskriver, at der fortsat opleves UTH'er i forhold til efterdoseringer eller andre forhold, der gør, at der må planlægges en ny medicindispensering hos borgeren. Ledelse oplyser, at det italesættes jævnligt, at der ikke må forekomme efterdoseringer. For at få mere viden og statistik på området er det nu muligt i forbindelse med efterdoseringer at få oprettet en specifik ydelse, således at der kan trækkes statistik, og derved mulighed for at få mere læring på området.

Hvordan følges op på de indberettede UTH'er	Det er ledelsens ansvar at formidle viden på området videre til medarbejderne. Dette gøres ofte ved personalemøderne, og i forbindelse med morgenmøderne kan der ligeledes foregå en italesættelse af området. I nyhedsbrev, som udkommer en gang om ugen, er der ligeså information om UTH'er.
Hvorledes sikres der læring og udvikling i forhold til UTH arbejdet.	Ledelsen oplyser, at det er planlagt, at risikomanager kommer med til næste personalemøde for at fortælle om de hyppigste UTH'er. Karakteristisk bliver der ud fra kernesagsanalysen iværksat nye tiltag for at skabe højere kvalitet i leveringen. Der er iværksat en del undervisning i forhold til medicinområdet, hvor der typisk er flest UTH'er. For at sikre, at der fortsat sker udvikling på området, er der udarbejdet kort på blandt andet medicinområdet, som ledelsen med hyppige mellemrum trækker frem om morgenen, således at der hele tiden er fokus og faglig refleksion på området.
<b>Tilsynets samlede vurdering - 1</b>	
Tilsynet vurderer, at Hjemmesygeplejen er i en velfungerende udviklende proces med fast struktur og arbejds gange omkring UTH arbejdet. Ledelsen sikrer læring og udvikling på området både via strukturerede møder, skriftlige nyhedsbreve og ved anvendelse af forskellige refleksionsmetoder.	

## 2.6 HÅNDTERING AF SYGEPLEJEYDELSER - MEDICIN

Mål 4:	
Emne	Data
Overholder medicindokumentationen gældende retningslinjer, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er FMK opdateret?</li> <li>• Er medicinskema korrekt udfyldt med rette underpunkter.</li> <li>• Er der administrations tidspunkter korrekt anført?</li> <li>• Fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for PN-medicin?</li> <li>• Er der oprettet en handleplan/handlingsanvisning for medicin håndteringen?</li> </ul>	Tilsynet gennemgår 16 borgers medicinlister, alle er opdateret efter FMK, og medicindokumentationen overholder gældende retningslinjer i 15 ud af 16 journaler. I et tilfælde er det ikke muligt at se i medicinskemaet, at borgers medicin er dosisdispenseret.  I forhold til handlingsanvisninger/handleplaner for medicindispensering ses disse oprettet og korrekt udarbejdet. I forhold til en handleplan er det dog utydeligt, at borger skal have medicinsk præparat (Alendronat) en gang ugentligt en halv time før måltidet.
Er medicinen, inkl. Den dispenserede, opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer, herunder:	Borgernes medicin er i 15 ud af 16 tilfælde opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer. I et tilfælde observerer tilsynet, at der foreligger uaktuel medicin sammen med aktuel medicin. Samtlige doseringsæsker er mærket med cpr.nr og navn.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er doseringsæsker og andre beholdere med ophældt medicin mærket med borgerens navn og CPR. Nr.?</li> <li>• Opbevares aktuel medicin adskilt fra PN medicin og ikke aktuel medicin?</li> </ul>	<p>I et tilfælde konstaterer tilsynet, at en borger får udleveret PN-medicin til selvadministration i en doseringsæske. Doseringsæsken er forsynet med navn og cpr nr., men mangler mærkning af medicinens navn, styrke, dosis samt holdbarhedsdato og dato for ophældning.</p>
<p>Er der overensstemmelse mellem doseret medicin og aktuel medicinliste?</p>	<p>Der er overensstemmelse mellem medicinskema og antallet af tabletter i borgernes doseringsæsker.</p> <p>Tilsynet overværer en medicindispensering i en borgers bolig. Tilsynet observerer, at der ikke er ordineret risikosituationslægemiddel til hele den dispenserede periode, idet der ikke er kommet svar på borgers blodprøver (INR). Sygeplejerske vælger at dispensere risikosituationslægemiddel i to ekstra dage ud fra tidligere ordination med den begrundelse, at der erfaringsmæssigt ikke kommer et svar på blodprøven i løbet af weekenden. Sygeplejerske sender efterfølgende en korrespondancemeddelelse til egen læge med oplysning om, at der er dispenseret medicin ud over ordinationsperioden.</p> <p>Tilsynet bliver bekendt med, at denne praksis også anvendes i forhold til en anden borger, som er i behandling med risikosituationslægemiddel.</p> <p>Tilsynet henleder til instruks for Servicebeskrivelse for hjemmesygeplejen omkring samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. AK-behandling.</p>
<p>Hvis borgeren får risikosituationslægemidler (såsom fx Marevan og Methotrexat) er der oprettet en handleplan?</p>	<p>Tre borgere får risikosituationslægemiddel, og der ses udarbejdet handlingsanvisning herpå.</p>
<p>Er borgeren tryk i forbindelse med hjælp til medicindispensering?</p>	<p>De borgere, som modtager hjælp til medicindispensering, giver udtryk for, at de er trygge ved indsatsen.</p> <p>En borger oplyser, at borger netop på tilsynsdagen har fået dispenseret sin medicin. Medarbejder opdagede før dispenseringen, at et medicinsk præparat ikke havde delekærv, og at det derved ikke var muligt at dispensere den ordinerede halve tablet. Medarbejder fik via læge/apotek samt ved en stor indsats anskaffet rette medicin, således at borger fik korrekt dosis i doseringsæskerne.</p> <p>En anden borger påpeger, at ordningen med, at medarbejder altid ringer om morgenen og oplyser, hvornår besøget leveres på dagen, gør, at borger bedre kan tilrettelægge dagen.</p> <p>En tredje borger oplyser, at der opleves stor fleksibilitet og hensyn til, at borger ofte skal på hospitalet eller til andre behandlingssteder.</p> <p>Et par borgere fremhæver, at de finder det lidt rigeligt, at der skal komme en medarbejder fra sygeplejen hver dag og udlevere den dispenserede medicin, når der i forvejen kommer en medarbejder fra hjemmeplejen.</p> <p>Tilsynet bemærker, at størstedelen af borgerne fortæller om faste dage for levering af hjælpen, men mindre faste tidspunkter for levering af indsatsen. Dette gør, at borgerne føler, at de generelt venter på besøget og bliver sat i en fastlåst position. Tilsynet observerer desuden, at enkelte borgere, som modtager medicindispensering, ville være i stand til at få hjælpen leveret på sygeplejeklinik.</p>

<p>Kan medarbejderen redegøre for, hvordan de håndterer borgerens medicin?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kender og anvender medarbejderen de gældende retningslinjer for medicindispensering, herunder</li> <li>• Ophældning af medicin til en periode ad gangen?</li> <li>• Medicindispensering i æske?</li> <li>• Dosisdispensering?</li> <li>• Observation af bivirkninger</li> </ul>	<p>Medarbejderne kan redegøre for, hvordan gældende retningslinjer for medicindispensering anvendes i forbindelse med håndtering af borgers medicin. I medarbejdernes redegørelse af, hvorledes der sker medicindispensering, fremhæver medarbejderne blandt andet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kendskab til retningslinjerne. Beskriver systematiske arbejdsgange i forhold til alle de observationer, der er nødvendige ved medicindispenseringen</li> <li>• Opgaven opstartes ved kontrol og opdatering af FMK</li> <li>• OBS på, om der er nye svar på blodprøver</li> <li>• Sikrer, at der er nok medicin til 14 dage</li> <li>• Sikrer, at medicin ikke er for gammelt</li> <li>• Sikrer, at æskerne er tomme før ophældning</li> <li>• Sætter altid doseringsæskerne i den rigtige dags-rækkefølge</li> <li>• Sikrer, at der er nok tabletter til næste dispensering</li> <li>• Sikre cpr nr. og navn på æskerne</li> <li>• Eftertælling efter dispenseringen, særligt fokus på risikosituationslægemidler</li> <li>• Efterdoseringer - forekommer ikke. Der doseres kun til hele æsker</li> <li>• Kontrol af, om der er fejl og mangler i medicinbeholdningen - eksempelvis, om der er de rigtige poser til korrekt opbevaring</li> <li>• Dokumenterer i journalen</li> <li>• Involvering af borger eller pårørende i forhold til bestilling af ny medicin</li> </ul>
---	--

### Tilsynets samlede vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at medicindokumentationen i journaler overordnet er på et meget tilfredsstillende niveau og følger retningslinjerne på området.

Tilsynet vurderer, at borgernes medicin generelt opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer, der konstateres i en stikprøve, at der foreligger uaktuel medicin sammen med aktuell medicin.

Der konstateres ingen dispenseringsfejl i borgernes doseringsæsker. Tilsynet konstaterer i en stikprøve, at en borgers PN-doseringsæske mangler mærkning af medicinens navn, styrke, dosis samt holdbarhedsdato og dato for ophældning.

Tilsynet vurderer, at der i to tilfælde i forhold til AK-medicin bør iværksættes en indsats med praktiserende læge, således at sikkerheden omkring risikosituationslægemidler styrkes.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for gældende retningslinjer for medicindispensering, og hvorledes disse anvendes i det daglige arbejde.

## 2.7 HÅNDTERING AF SYGEPLEJEYDELSER - ANDEN MEDICIN (INSULIN, ØJENDRÅBER M.V)

Mål 5:	
Emne	Data
<p>Overholder medicindokumentationen gældende retningslinjer, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er der sat administrationstidspunkt på præparatet?</li> </ul>	<p>Medicindokumentationen overholder gældende retningslinjer i forhold til de relevante borgere.</p> <p>Der ses oprettelse af handlingsanvisninger/handleplaner ved eksempelvis øjendrypning, pleje af hudproblem, smertepaster og inhalationsmedicin.</p> <p>I forhold til en borger mangler handlingsanvisning på pleje af hudproblem.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkeltdosis og maksimal døgndosis for PN-medicin</li> <li>• Er der oprettet en handleplan/handlingsanvisninger for behandlingen</li> </ul>	
<p>Er medicin der ikke dispenseres i æsker opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er fx insulinpen og øjendråber, mærket med borgerens navn og anbruds-dato?</li> <li>• Er medicinen opbevaret korrekt i forhold til indlæggssedel og adskilt fra ikke aktuel medicin</li> </ul>	<p>Medicin, der ikke er dispenseret i æsker, er opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer.</p> <p>Der ses eksempelvis anbrudsdato på øjendråber og medicinske salver, og at disse er opbevaret i køleskab.</p> <p>Ligelige konstateres det, at PN-insulinpen er opbevaret adskilt fra aktuel insulinpen.</p> <p>I en stikprøve observeres cremer af ældre dato, som opbevares samme med den aktuelle medicin.</p>
<p>Er borgeren tryk i forbindelse med hjælp til medarbejdernes håndtering af anden medicin?</p>	<p>De borgere, som modtager hjælp til medicinadministration, giver udtryk for, at de er trygge ved indsatsen.</p>
<p>Kan medarbejderen redegøre for de observationer, der skal gøres hos borgeren i forhold til medicinadministration/ injektion jf. gældende retningslinjer?</p>	<p>Medarbejderne kan beskrive relevante observationer i forbindelse med medicinadministration.</p> <p>Medarbejderne beskriver ovenstående i forhold til eksempelvis øjendrypning, smerteplastre, subkutane injektioner, inhalationer og påsmøring af salver.</p> <p>I beskrivelsen af de relevante observationer, der skal gøres, beskriver medarbejderne ligeledes fokus på at sikre overholdelse af de hygiejniske principper.</p> <p>I forhold til nogle af de besøgte borgere fortæller medarbejderne, at hjælpen til medicinadministrationen helt bevidst ikke er delegeret til Hjemmeplejen, da der i forhold til nogle borgere har været problemstillinger med korrekt medicinindtag, samt at det i andre tilfælde ikke har været muligt at delegerer indsatsen, jf. Gribskov Kommunes delegeringsretningslinjer.</p>
<p><b>Tilsynets samlede vurdering - 1</b></p>	
<p>Tilsynet vurderer, at dokumentation og opbevaring af anden medicin, der administreres af Hjemmesygeplejen, generelt sker i overensstemmelse med gældende retningslinjer.</p> <p>Tilsynet vurderer, at der kun er tale om få mangler, der med en mindre indsats hurtigt kan rettes op på.</p> <p>Medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for de relevante observationer i relation til medicinadministrationen.</p>	

## 2.8 HÅNDTERING AF ØVRIGE SYGEPLEJE YDELSER

Mål 6:	
Emne	Data
<p>Er planen for ydelserne beskrevet tilfredsstillende i handleplaner? <i>(fagligt mål, handlinger, dato for opfølgning)</i></p> <p>Giver dokumentationen et billede af, hvilken effekt ydelserne/handlingen har for borgers helbredstilstand?</p> <p>Er der løbende og aktuelle evaluering på handlingsanvisninger/handleplanerne?</p>	<p>Der foreligger handleplaner/handlingsanvisninger for samtlige visiterede sygeplejefaglige indsatser.</p> <p>Kvaliteten af handleplanerne er generelt af tilfredsstillende karakter. De indeholder mål, handling og dato for opfølgning.</p> <p>Der konstateres lidt varieret kvalitet i de handlingsanvisninger, som er oprettet i journaler, der er konverteret til FSIII. I disse handlingsanvisninger er der ikke konsekvent beskrevet, hvem der er den behandlingsansvarlige læge samt beskrevet, om borgeren har givet samtykke til behandlingen.</p> <p>Under "Observationer" gives i næsten alle tilfælde et billede af, hvilken effekt indsatsen, som er beskrevet i handleplan/handlingsanvisning, har for borgers helbredstilstand</p>
<p>Er der overensstemmelse mellem den behandling der står dokumenteret i handleplanerne og de leverede sygeplejeydelser? <i>(sidder forbindinger rigtigt, er såret behandlet efter planen mv.)</i></p>	<p>Det er ikke muligt at foretage vurdering af, om dokumentationen i handlingsanvisningen er i overensstemmelse med de sygeplejeydelser, der faktisk er leveret.</p> <p>Tilsynet er ikke hos borgere, mens en sygeplejefaglig handling udføres.</p> <p>Tilsynet observerer hos en borger, at kompressionsforbinding er påsat korrekt.</p>
<p>Er borgeren tryk i forbindelse med hjælp til sygeplejeydelser?</p>	<p>Borgerne udtrykker tryghed ved modtagelse af sygeplejeydelser og beskriver blandt andet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stoler fuldstændig på, at sygeplejersken gør sit arbejde korrekt</li> <li>• Medarbejderne er kompetente, der er dog lidt forskel på sygeplejerskernes kompetencer</li> <li>• Der kommer en del forskellige sygeplejersker, alle er kompetente og gode til arbejdet</li> <li>• Yderst tilfreds, sygeplejersken har været behjælpelig med, at borger nu kan få hjælp til rengøring</li> <li>• De har altid styr på sårplejen og har de rette remedier og bandager med</li> <li>• Sygeplejersken er meget omhyggelig og professionel i sin tilgang</li> <li>• Fantastisk hjælp</li> <li>• Er 100% tilfreds, medarbejderne er professionelle og kompetente</li> <li>• En borger med hjælp til psykisk støtte beskriver, at medarbejder er god til at hjælpe med at få struktureret hverdagen for borger og motiverer til at få udført de daglige gøremål.</li> </ul> <p>En borger tilkendegiver i perioder at være mindre tryk, idet det opleves, at der indimellem kommer medarbejdere, som ikke har den rette faglighed i forhold til opgaveløsningen.</p>



	<p>Borger er meget bevidst om, hvem der kan magte opgaven, og sender de medarbejdere væk, som ikke virker kompetente.</p> <p>Tilsynet konstaterer ud fra kalenderplan i journalen, at opgaven er blevet leveret af både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Det er tilsynet vurdering, at indsatsen hos borgeren er af kompleks karakter, og at det bør fremgå af dokumentationen, hvis der er tale om en borgerspecifik delegering.</p>
Kender medarbejderen de udarbejdede handleplaner/handlingsanvisninger for de ydelser, som medarbejderen skal levere - og følger medarbejderen op på dem?	<p>Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der søges informationer i handlingsanvisninger/handleplaner, inden en ydelse leveres. Medarbejderne har kendskab til krav i forhold til opfølgning på handlingsanvisninger.</p> <p>Medarbejder oplyser, at i forhold til de delegerede ydelser er det leverandør af hjemmeplejen, der skal følge op på handlingsanvisningerne</p>
<b>Tilsynets samlede vurdering -2</b>	
<p>Tilsynet vurderer, at handleplaner i forhold til sygeplejeydelser ud over medicin generelt er af tilfredsstillende karakter, kun i enkelte handlingsanvisninger er der ikke konsekvent beskrevet, hvem der er den behandlingsansvarlige læge samt beskrevet, om borgeren har givet samtykke til behandlingen.</p> <p>Tilsynet vurderer, at borgerne, som modtager hjælp til sygeplejeydelser, er trygge og tilfredse med den sygeplejefaglige indsats. Tilsynet hæfter sig dog ved, at en borger tilkendegiver at i perioder at være mindre tryk, idet det opleves, at der indimellem kommer medarbejdere, som ikke har den rette faglighed i forhold til opgaveløsningen.</p>	

## 2.9 DELEGERING AF SYGEPELJEFAGLIGE OPGAVER

<b>Mål 7:</b>	
<b>Emne</b>	<b>Data</b>
Foreligger der retningslinjer for delegeret arbejde	<p>Tilsynet bliver præsenteret for "Sygeplejeinstrukser for delegering."</p> <p>Der foreligger ikke individuelle delegeringsskemaer på social- og sundhedsassistenterne i PlejeGribskov Hjemmesygepleje.</p> <p>Ledelsen oplyser, at i forhold til de delegerede indsatser til de to private leverandører foreligger der individuelle delegeringsskemaer på medarbejderne.</p> <p>Ledelsen oplyser, at der er meget få borgerspecifikke delegeringer, da det i praksis er svært at håndtere.</p>
Hvordan organiseres delegeringsarbejdet?	<p>Medarbejderne orienterer om faste arbejdsgange og procedurer, der benyttes i forhold til delegering af indsatser til leverandører af hjemmepleje.</p> <p>Instruksmappen følges, og i tilfælde af behov for oplæring i nye opgaver foregår undervisning løbende. Medarbejderne er bevidste om deres kompetenceområder og fortæller, at det til enhver tid er acceptabelt at sige fra over for en opgave, som man ikke er klædt på til at varetage.</p> <p>I forhold til intern delegering fra sygeplejerske til social- og sundhedsassistent er dette område endnu ikke systematiseret og beskrevet.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at der er planer om, at ledelsen skal kortlægge medarbejdernes kompetenceprofiler ved næste MUS- samtale.</p>

Kan medarbejderne redegøre for gældende retningslinjer for delegeringen, herunder delegering til andre leverandører	Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes en videredelegering af sygeplejefaglige opgaver på tværs af leverandørerne foregår. Medarbejderne nævner, at der skal udarbejdes en handlingsanvisning på de delegerede indsatser.
<b>Tilsynets samlede vurdering - 2</b>	
Tilsynet vurderer, at der foreligger instrukser og retningslinjer på delegeringsarbejdet i forhold til leverandører af hjemmepleje. Det er tilsynets vurdering, at delegeringsarbejdet bør kvalificeres yderligere, således at der foreligger individuelle kompetenceprofiler og delegeringsskemaer på medarbejderne i hjemmesygeplejen.	

## 2.10 KOMPETENCER OG UDVIKLING

<b>Mål 8:</b>	
<b>Emne</b>	<b>Data</b>
Hvordan arbejdes med medarbejdernes individuelle kompetenceudvikling?	Ledelsen oplyser, at der siden sidste tilsyn er blevet ansat væsentlige flere medarbejdere. Dette har været medvirkende til, at kvaliteten er blevet opkvalificeret i Hjemmesygeplejen. For at sikre mere kontinuitet i leveringen af hjælpen arbejdes der nu med faste køreplaner, som matcher medarbejdernes individuelle kompetencer. Alle medarbejdere har været gennem undervisningsforløb i forhold til medicinhåndtering og Nexus FSIII. Nye medarbejdere følger introduktionsprogram, hvor der også ligger faste undervisningsseancer. Ligeledes arbejdes med daglig sparring og tæt opfølgning på medarbejdernes præstationer. Ledelsen beskriver endvidere planer om faste kvalitetskontroller ved udviklingsygeplejersken. Som et nyt tiltag er medarbejderstaben nu udvidet med social- og sundhedshjælper, idet der er sygeplejeindsatser, som ikke kan delegeres til anden leverandør, jf. Gribskov Kommunes retningslinjer for delegering.
Hvorledes oplever medarbejderne faglig kvalificeret til at varetage sygeplejeopgaver.	Ledelsen oplyser, at der er åbnet en sygeplejeklinik i Helsingør. Den er fortsat i opstartsfasen, og der arbejdes med at få klinikken implementeret i den daglige praksis. Det er ikke et krav, at borgerne skal benytte klinikken, pt. er det et tilbud til de borgere, som finder tilbuddet brugbart. Medarbejderne oplever, at de fagligt er klædt på til opgaverne hos borgerne. Medarbejderne er bevidste om at bruge hinandens faglighed til at støtte hinanden. Medarbejderne beskriver, at der løbende er behov for justeringer og tiltag for at sikre en kvalificeret pleje til borgerne.
<b>Tilsynets samlede vurdering -1</b>	
Tilsynet vurderer, at Hjemmesygeplejen er i en udviklende fremadskridende proces og har fokus på den faglige kvalitet i leveringen af indsatsen hos borgerne. Det er endvidere tilsynets vurdering, at ledelsen arbejder målrettet med medarbejdernes kompetencer og udvikling samt har igangsat relevante tiltag til forbedring af kvalitetsarbejdet.	

## 2.11 BORGERENS OPLEVELSE AF DEN SYGEPLEJEFAGLIGE INDSATS

Mål 9:	
Emne	Data
<p>Oplever borgeren en god kontakt med sygeplejerskerne og respekt i hverdagen, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At aftaler overholdes, herunder at sygeplejerskerne kommer som aftalt eller der gives besked om ændringer?</li> <li>• Respektfuld tiltale og kommunikation?</li> <li>• At sygeplejerskerne udviser respekt for borgerens levevis?</li> </ul>	<p>Alle borgere udtrykker god kontakt til medarbejderne. Borgerne oplever respektfuld adfærd.</p> <p>Alle borgere oplever, at aftaler overholdes.</p> <p>Generelt italesætter borgerne, at der kommer mange forskellige medarbejdere i hjemmet. Borgerne oplever generelt ikke dette som problematisk eller forringende for kvaliteten af leveringen. Tilsynet bemærker dog, at de borgere, som har kognitive udfordringer/særlige komplekse problemstillinger, efterspørger mere kontinuitet i leveringen.</p> <p>Flere borgere oplever, at eneste problem er, at man aldrig kender til det nøjagtige tidspunkt for, hvornår medarbejderne kommer. Borgerne føler, at dette forhindrer dem i at lægge planer for dagen, og at de dermed bliver meget begrænset i deres hverdag.</p> <p>Tilsynet konstaterer, at der er forskel på, hvorvidt borgerne oplever, at der bliver ringet ved ændringer i leveringen.</p>
<p>Kan medarbejderen forklare, hvilke (eventuelle) ønsker borgeren har i forhold til tiltaleform, respekt og levevis?</p>	<p>Medarbejderne fremhæver fokus på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Møde borgerne på deres præmisser</li> <li>• Individuel tilgang</li> <li>• Orienter sig om borgeren inden besøget</li> <li>• Være lyttende og empatisk</li> <li>• Medinddrage og skabe medindflydelse</li> <li>• Ikke komme med løftet pegefingre, men tale til borgerne på en ligeværdig måde</li> <li>• Udvide venlig og åben adfærd</li> <li>• Præsentere sig og fortælle borger formålet med ens besøg</li> <li>• Forsikre borgerne om, at de altid kan ringe, hvis de bliver i tvivl om noget</li> <li>• Sikre, at borger holdes informeret. Fortælle borger, hvad man dokumenterer i omsorgssystemet</li> <li>• Forklare, hvorfor man gør, som man gør - giver tryghed for borgeren at kende til dette</li> <li>• Bekræfte over for borger, hvad der er aftalt.</li> </ul>
Tilsynets samlede vurdering - 2	
<p>Tilsynet vurderer, at borgerne oplever respektfuld kommunikation og god kontakt med medarbejderne. Det er dog tilsynets vurdering, at borgerne efterspørger mere nøjagtige tidspunkter for levering af indsatsen, idet borgerne føler, at dette forhindrer dem i at lægge planer for dagen, og dermed bliver de meget begrænset i deres hverdag.</p> <p>Tilsynet vurderer, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for, hvorledes der sikres respekt for borgernes levevis og respektfuld kommunikation.</p> <p>Tilsynet vurderer, at borgere med særlig komplekse problemstillinger kan profitere af mere kontinuitet i leveringen af sygeplejeydelserne.</p>	

# TILSYNETS FORMÅL OG METODE

## 3.1 TILSYNETS FORMÅL

Formålet med tilsyn i Gribskov Kommune er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer, og den praksis der udføres på stedet samt at bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af tilbuddets rammer og indhold.

Sammenfattende er formålet med det uanmeldte tilsyn at:

Kontrollere og belyse, om der i forhold til området er sammenhæng mellem den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger og de ydelser, der leveres til den enkelte.

Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte tilbud.

Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.

Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.

Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.

Afdække styrker og forbedringsmuligheder i tilbuddenes måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

## 3.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourcer, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis interview med ledelse, individuelle interview med medarbejdere, gennemgang af dokumentation samt tilsynsbesøg hos borgerne. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som borgerne modtager.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på den konkrete dataindsamling samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

### 3.3 VURDERINGSSKALAEN

Efter ønske fra Gribskov Kommune arbejder tilsynet ud fra følgende vurderingsskala:

1	Ingen, få, eller mindre væsentlige mangler
2	Få mangler, som relativt nemt vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats
3	En del og/eller væsentlige mangler, som vil kræve en bevidst og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.
4	En del og/eller væsentlige mangler, med betydning for patientsikkerheden, som vil kræve en bevidst og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.
5	Væsentlig kritik. Der er fare for patientsikkerheden i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind.

### 3.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynene afholdes over 2-3 dage. Ved tilsynets begyndelse aftales forløbet konkret med leder, således at det tager størst muligt hensyn til såvel borgernes som medarbejdernes hverdag.

Uanset det konkrete forløb, vil et anmeldt tilsyn indeholde følgende elementer:

- Interview med ledelse
- Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation
- Tilsynsbesøg hos borgere
- Interview med medarbejdere

De anmeldte tilsyn gennemføres af tilsynsførende, som har en sygeplejefaglig baggrund.

## YDERLIGERE OPLYSNINGER

BDO er den største uafhængige private leverandør af rådgivning til de danske kommuner, herunder tilsyn på ældreområdet og socialområdet.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejecentre, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 60 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering mm.

Partneransvarlig  
BIRGITTE HOBERG SLOTH  
Partner  
m: 2810 5680  
e: bsq@bdo.dk

Projektansvarlig  
METTE NORRÉ SØRENSEN  
Senior Manager  
m: 4189 0475  
e: meo@bdo.dk

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)

*BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger godt 1.100 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO netværk har ca. 74.000 medarbejdere i mere end 160 lande.*

*Copyright - BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, cvr.nr. 20 22 26 70.*