

Tilsynsrapport  
**Gribskov Kommune**  
Kommunal leverandør  
PlejeGribskov Hjemmesygepleje

Uanmeldt tilsyn  
2018

# INDHOLD

1.0	Fakta om tilsynet	2
2.0	Vurdering	3
2.1	Tilsynets samlede vurdering	3
2.2	Tilsynets anbefalinger	4
3.0	Datagrundlag	6
3.1	Sundhedsfaglig dokumentation	6
3.2	Instrukser og retningslinjer	8
3.3	Indberetning og opfølgning på Utilsigtede hændelser (UTH)	9
3.4	Håndtering af sygeplejeydelser - medicin	9
3.5	Håndtering af sygeplejeydelser - anden medicin (insulin, øjendråber m.v )	12
3.6	Håndtering af øvrige sygepleje ydelser	13
3.7	Delegering af sygeplejefaglige opgaver	15
3.8	Kompetencer og udvikling	16
3.9	Borgeren oplevelse af den sygeplejefaglige indsats	17
4.0	Tilsynets formål og metode	19
4.1	Tilsynets formål	19
4.2	Metode	19
4.3	Vurderingsskalaen	20
4.4	Tilsynets tilrettelæggelse	20
5.0	Yderligere oplysninger	21

---

## 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 30. og 31. august 2018
<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>
<p>Mette Norré Sørensen, Senior Manager, sygeplejerske</p> <p>Jane Makholm Nielsen, Senior Consultant, sygeplejerske</p>

# VURDERING

## 2.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

BDO har på vegne af Gribskov Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn i PlejeGribskov Hjemmesygepleje. Den samlede tilsynsvurdering er, jf. beskrivelsen af vurderingsskalaen under afsnit 4.3:

***En del og/eller væsentlige mangler med betydning for patientsikkerheden, som vil kræve en bevidst og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.***

Tilsynet anerkender, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje arbejder målrettet med oplæring og udvikling af medarbejdernes kompetence inden for dokumentationsarbejdet. Tilsynet vurderer dog samtidig, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje har en stor udfordring i forhold til at sikre den nødvendige kvalitet i den sundhedsfaglige dokumentation.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan der skal arbejdes med ændringer i borgerens tilstand, men at der fortsat er udviklingsområder i forhold til at få implementeret Triageredskabet internt i PlejeGribskov Hjemmesygepleje, således at det gør det muligt på systematisk vis at arbejde målrettet med borgernes helbredsmæssige ændringer eller tab af funktionsniveau.

Tilsynet vurderer, at der foreligger instrukser og retningslinjer på det sygeplejefaglige område. 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 proces med at få skabt en fast struktur og arbejdsgang omkring UTH arbejdet. Ledelsen informerer løbende medarbejderne omkring arbejdet med utilsigtede hændelser, og der er planlagt undervisningsforløb på medicinområdet.

Tilsynet vurderer, at medicindokumentationen har mangler på flere områder. Der mangler opdatering af FMK i tre tilfælde, og ikke alle medicinskemaer er oprettet således, at de gældende retningslinjer på området efterleves. Der mangler udarbejdelse af handleplan på en borger, som er i behandling med risikosituationslægemiddel, og generelt mangler der handleplaner på cremer/salver, injektioner og flydende medicin.

Tilsynet vurderer, at medicinen ikke er opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer, idet der mangler markering af navn og cpr-nummer på flere doseringsæsker, insulinpenne, salver og flydende medicin. Ligeledes mangler der i flere tilfælde anbrudsdato på præparaterne, og der er ikke indarbejdet en arbejdsgang, som sikrer, at aktuel og ikke aktuel medicin samt pn-medicin er adskilt.

Der konstateres dispenseringsfejl hos to borgere. Fejlen vedrører, at borgerne er i antibiotiskbehandling, og der er dispenseret i æskerne efter angiven seponeringsdato.

Hos en borger konstateres manglende overensstemmelse mellem ordination og dispenseringstidspunktet for et præparat.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes borgernes medicin håndteres samt observationer i forhold til bivirkninger på området. Tilsynet vurderer, at medarbejderne er bevidste om, at efterdoseringer aldrig må forekomme, men at dette sker på trods heraf.

Borgerne, som tilsynet besøger, er generelt tilfredse med medicin håndteringer, dog udtrykker to borgere, at de er utrygge ved medarbejdernes indsats og finder ikke, at medarbejderne udviser tilstrækkelig faglighed.

Tilsynet vurderer, at handleplaner i forhold til sygeplejeydelser ud over medicin er af lidt varieret kvalitet, og i de fleste tilfælde mangler evaluering og opfølgningsdato. Handleplanerne har mangler i forhold til dokumentation af borgers samtykke.

Det er tilsynets vurdering, at ikke alle borgere, som modtager hjælp til sygeplejeydelser, er tilfredse med den sygeplejefaglige indsats. Borgerne begrundet dette med usmidige arbejdsgange og manglende kontinuitet i leveringerne.

Tilsynet vurderer, at der foreligger instrukser og retningslinjer på delegeringsarbejdet i forhold til leverandører af hjemmepleje. Det er dog tilsynets vurdering, at delegeringsarbejdet bør kvalificeres yderligere, således at der udarbejdes delegeringsskemaer på medarbejderne i hjemmeplejen, samt at der etableres strukturerede undervisningstilbud i forhold til de generelle delegeringer.

Tilsynet vurderer, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje er i en 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.

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever respektfuld kommunikation og generel god kontakt med medarbejderne. Medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for, hvorledes der sikres respekt for borgerens levevis og respektfuld kommunikation.

Det er tilsynets vurdering at borgere med særlige komplekse problemstillinger kan profitere af mere kontinuitet i leveringen af sygeplejeydelserne. Ligeledes er det tilsynets vurdering, at der bør være større fokus på vikarernes kompetencer.

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 der rettes fokus på vigtigheden af, at der sker udfyldelse og opfølgning af de nødvendige dokumenter, samt at der sikres overensstemmelse og sammenhæng imellem sygeplejeydelser, sygeplejefaglige vurderinger, medicinoplysninger og handleplaner.
2. Tilsynet anbefaler, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje, som et led i forebyggelse og tidlig opsporing, anvender triage som et dagligt værktøj.
3. Tilsynet anbefaler, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje i den forstående undervisning på medicinområdet sikrer, at medarbejderne får den korrekte viden i forhold til FMK opdateringer, og hvorledes medicinskema skal udfyldes korrekt, herunder også viden i forhold til oprettelse af handleplaner ved risikosituationslægemiddel.
4. Tilsynet anbefaler, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje implementerer indsatser, der sikrer, at medicinen dispenseres korrekt. Tilsynet anbefaler herunder, at der rettes et særligt fokus på, at medarbejderne altid eftertæller dispenseret medicin som led i egenkontrol.

5. Tilsynet anbefaler, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje implementerer indsatser, der sikrer, at der altid er cpr-nummer og navn på doseringsæsker
6. Tilsynet anbefaler, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje implementerer indsatser, der sikre, at der altid forefindes navn, cpr-nummer og anbrudsdato på salver, insulinpenne og flydende medicin.
7. Tilsynet anbefaler, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje implementerer indsatser, således at borgernes aktuelle medicin ikke opbevares med ikke aktuel medicin og pn-medicin.
8. Tilsynet anbefaler:
  - At det italesættes, at der aldrig må forekomme efterdosering af medicin.
  - At der rettes fokus på, hvorledes det i endnu højere grad kan sikres, at der altid er tilstrækkelig medicin til kommende dispensering.
9. Tilsynet anbefaler, at Hjemmesygeplejen implementerer indsatser, der sikrer overensstemmelse mellem ordination og dispenseringstidspunkt. Tilsynet anbefaler, at det italesættes, at der ikke må ske ændringer af dispenseringstidspunkter uden læges accept heraf.
10. Tilsynet anbefaler som led i fremadrettet udvikling, at der rettes et fagligt fokus på, hvorledes der kan skabes større kontinuitet i leveringen af sygeplejeydelser for borgere med særligt behov herfor.
11. Tilsynet anbefaler, at delegeringsarbejdet kvalificeres yderligere, således at der udarbejdes delegeringsskemaer på medarbejderne i hjemmeplejen, samt at der etableres strukturerede undervisningstilbud i forhold til de generelle delegeringer



# DATAGRUNDLAG

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

## 3.1 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

Mål 1	
Emne	Data
Er der taget stilling til / udfyldt under alle 12 problemområder i sygeplejefagligudredning	<p>Tilsynet får oplyst, at der arbejdes målrettet med oplæring af medarbejderne i omsorgssystemet. Dette gøres ved sidemandsoplæring og løbende små undervisningsseancer. Ledelsen oplyser, at flere af de virksomoverdragede medarbejdere ikke har været bekendte med omsorgssystemet og har måtte gennemgå undervisning på lige fod med de øvrige nyansatte medarbejdere. Fra ledelsens side er man bevidst om, at man endnu ikke er i mål i forhold til at kunne fremvise en sundhedsfaglig dokumentation af tilfredsstillende kvalitet.</p> <p>Hos 17 ud af 20 borgere er dokumentet sygeplejefaglige udredning oprettet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De sygeplejefaglige udredninger er af varieret kvalitet, dette gælder både i forhold til borgernes generelle helbredstilstand, men også i forhold til den løbende opfølgning på borgernes tilstand.</li> <li>• Der er sygeplejefaglige problemområder, der er yderst sparsomt beskrevet og mangler fagligt indhold.</li> <li>• I 2 journaler mangler enkelte problemområder at blive udfyldt. Dermed er det ikke tydeligt, om der er lavet en vurdering af disse problemområder.</li> <li>• Generelt observerer tilsynet, at de sygeplejefaglige udredninger mangler opdatering i forhold til borgernes aktuelle tilstand</li> <li>• Tilsynet observerer, at de sygeplejefaglige udredninger ikke er udfyldt efter en ensartet instruks og vejledning</li> </ul> <p>I 3 journaler er dokumentet 'sygeplejefaglig udredning' ikke oprettet</p>
Er der en rød tråd / sammenhæng mellem sygeplejefagligudredning, medicinoplysninger, handleplaner?	<p>Tilsynet observerer, at der ikke konsekvens er sammenhæng mellem sygeplejefagligudredning, medicinoplysninger og handleplaner.</p> <p>Tilsynet observerer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der mangler generelt beskrivelse af borgernes problemstillinger og handleansvar. Dette ses især, hvor der er ordineret medicin for forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol og lungelidelse.</li> </ul>
Er der oprettet relevante handleplaner?	<p>Generelt er der udarbejdet handleplaner i forhold til de visiterede sygeplejeindsatser.</p> <p>I forhold til 2 visiterede ydelser mangler der handleplaner. I begge tilfælde observerer tilsynet, at problemstillingen ikke længere er aktuel, og ydelsen bør afsluttes.</p>



	Hos 2 borgere ses én handleplan oprettet helt ens 2 gange. Tilsynet konstaterer, at handleplanerne er kopieret og åbnet igen, hvilket kan skyldes manglende kendskab og anvendelse af Nexus.
Er der sammenhæng mellem de tildelte sygeplejeydelser og borgerens helbredstilstand?	<p>Tilsynet bemærker, at der generelt er sammenhæng mellem de tildelte ydelser og borgerens helbredstilstand.</p> <p>I flere tilfælde er det dog ikke muligt for tilsynet at vurdere borgernes aktuelle helbredstilstand, og om indsatsen fortsat er relevant. Dette på baggrund af mangelfulde evalueringer i handleplanerne, omsorgsnotater og opdatering af sygeplejefaglig udredning.</p> <p>Hos én borger er det ikke tydeligt, hvor mange problemstillinger borgeren har. Borgeren har 3 forskellige ydelser i forhold til sår, men handleplanerne beskriver ikke alle 3 problemstillinger.</p> <p>Anden borger er bevilget sårpleje på begge ben, men handleplan beskriver kun sår på det ene ben.</p> <p>Ligeså finder tilsynet eksempler på, at der er oprettet handleplaner på indsatser, som ikke er visiteret.</p>
Er der overensstemmelse mellem dokumentationen af borgerens helbredstilstande og borgerens aktuelle helbred?	<p>Under besøget hos borgerne observeres det, at borgernes aktuelle helbred stemmer overens med beskrivelserne i dokumentationen.</p> <p>Jf. dog beskrivelser ovenfor i forhold til mangler i dokumentationen.</p>
Vurderer borgeren, at den tildelte sygeplejeindsats svarer til borgerens behov?	Borgerne udtrykker, at den tildelte hjælp til sygepleje svarer til deres behov.
Kan medarbejderen redegøre for, hvordan man arbejder med borgerens patientjournal	<p>Medarbejderne kan med hjælp fra tilsynet redegøre for, hvordan der arbejdes med journalen.</p> <p>De nyansatte medarbejdere beskriver, at de er ved at være godt inde i systemet og fortrolige hermed.</p> <p>Tilsynet bemærker, at medarbejderne fremtræder lidt usikre i deres fremtoning og efterspørger en fælles ramme og retning for, hvordan arbejdet med den sundhedsfaglige dokumentation skal udføres.</p>
Kan medarbejderen redegøre for arbejds-gange ift. ved ændringer i borgerens tilstand	<p>Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der skal ageres i forhold til ændringer i borgernes tilstand.</p> <p>Medarbejderne har fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbejde med praktiserende læge og pårørende</li> <li>• Samarbejde med de private leverandører</li> <li>• Ajourføring i dokumentationen omkring den observerede ændring. En medarbejder beskriver, hvordan der oprettes handleplaner ved nye problemstillinger</li> <li>• Der dokumenteres ligeledes i daglige noter, derved sikres, at samarbejdspartner bliver bekendt med ændringen</li> <li>• Have dialog med borger omkring de observerede ændringer</li> <li>• Samarbejder med Visitationen</li> </ul> <p>Direkte adspurgt, om hvorledes der arbejdes med triageringsredskabet, bliver tilsynet oplyst, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje er til stede hos de private leverandører et par gange om ugen, hvor de fælles borgere gennemgås og triageres i rette niveauer.</p>

	Medarbejderne, som tilsynet er i dialog med, kan ikke redegøre for arbejds-gange i forhold til triage og oplyser, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje ikke på nuværende tidspunkt arbejder internt med redskabet.
<b>Tilsynets samlede vurdering - 3</b>	
<p>Tilsynet anerkender, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje arbejder målrettet med oplæring og udvikling af medarbejdernes kompetence inden for dokumentationsarbejdet. Tilsynet vurderer dog samtidig, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje har en stor udfordring i forhold til at sikre den nødvendige kvalitet i den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan der skal arbejdes med ændringer i borgerens tilstand, men at der fortsat er udviklingsområder i forhold til at få implementeret Triageredskabet internt i PlejeGribskov Hjemmesygepleje, således at det gør det muligt på systematisk vis at arbejde målrettet med borgerens helbredsmæssige ændringer eller tab af funktionsniveau.</p>	

## 3.2 INSTRUKSER OG RETNINGSLINJER

<b>Mål 2</b>	
<b>Emne</b>	<b>Data</b>
Foreligger der instrukser og retningslinjer på det sygeplejefaglige område	<p>Ledelsen beskriver, at der arbejdes efter kliniske vejledninger, som bliver opdateret af udviklingssygeplejerske.</p> <p>Udviklingssygeplejerske sikrer desuden undervisning på udvalgte områder.</p> <p>Der er et stort ønske om at få VAR Healthcaresystemet implementeret i hverdagen, således at der kan arbejdes evidensbaseret med sygeplejen.</p> <p>Der arbejdes med ressourcepersoner på udvalgte områder, ledelsen er dog af den opfattelse, at der mangler et bredt sårbehandlingskendskab.</p>
Kan medarbejderne redegøre for hvilke og hvordan de bruger gældende instrukser i det daglige arbejde?	<p>Medarbejderne oplyser, at der foreligger proceduremapper på kontoret, som anvendes ved behov.</p> <p>Medarbejderne fortæller, at faglig sparring og oplæring ved sidemandsoplæring ude hos borgeren anvendes hyppigt. Medarbejderne oplever, at de er gode til at sige fra og kun arbejde med opgaver, de kan mestre. Der er stor forståelse og accept for hinandens faglighed. Der arbejdes med ressourcepersoner på flere områder, blandt andet på sår og palliationsområdet. Ressourcepersonen kan enten varetage opgaven hos borgeren eller være med på sidelinjen og vejlede medarbejderen.</p>
<b>Tilsynets samlede vurdering - 1</b>	
<p>Tilsynet vurderer at der foreligger instrukser og retningslinjer på det sygeplejefaglige område.</p> <p>Tilsynet vurderer, at medarbejderne har viden om gældende instrukser og vejledninger, herunder hvor viden kan søges, når der opstår behov herfor.</p>	

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

Mål 3:	
Emne	Data
Hvordan organiseres arbejdet og indberetning af UTH	<p>Medarbejderne kan på relevant vis redegøre for arbejdet med utilsigtede hændelser</p> <p>Medarbejderne oplyser, at når de opdager en utilsigtet hændelse, bliver den indberettet med det samme. Der hersker lidt forskellig tilgang i indberetningen, nogle medarbejdere opretter direkte gennem Nexus andre via hjemmesiden.</p> <p>Tilsynet bemærker, at der i en borgers journal ikke er dokumenteret eller fulgt op på den indberettede utilsigtet hændelse. Ledelsen er orienteret om konkrete sag.</p>
Hvordan følges op på de indberettede UTH'er	<p>Medarbejderne beskriver, at indtil videre er det leder/udviklingssygeplejersken, som om morgenen informerer om utilsigtede hændelse</p> <p>Oversigtsskærmen på kontoret anvendes til at formidle evt. opfølgninger på utilsigtede hændelser. Medarbejderne kan desuden modtage en mail fra ledelsen, hvis der er en utilsigtet hændelse, der skal følges individuelt op på.</p>
Hvorledes sikres der læring og udvikling i forhold til UTH arbejdet.	<p>Ledelsen oplyser, at der registreres mange utilsigtede hændelser, og disse følges og håndteres med det samme. Der er tæt dialog med risikomanager i kommunen og fokus på, at der skal bygges en struktur samt arbejds gange op omkring organiseringen og læring/udvikling af UTH arbejdet.</p> <p>Ledelsen nævner, at første skridt er undervisning på medicinområdet, hvor det er planlagt, at samtlige medarbejdere skal gennemgå et 2-timers undervisningsforløb.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 2	
<p>Tilsynet vurderer, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje er i proces med at få skabt en fast struktur og arbejds gang omkring UTH arbejdet.</p> <p>Ledelsen informerer løbende medarbejderne omkring arbejdet med utilsigtede hændelser, og der er planlagt undervisningsforløb på medicinområdet.</p>	

### 3.4 HÅNDBLIVNING AF SYGEPLEJEYDELSER - MEDICIN

Mål 4:	
Emne	Data
<p>Overholder medicindokumentationen gældende retningslinjer, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er FMK opdateret?</li> <li>• Er medicinskema korrekt udfyldt Med rette underpunkter.</li> </ul>	<p>Tilsynet gennemgik 18 borgers medicinlister.</p> <p>15 ud af 18 medicinlister er opdateret efter FMK.</p> <p>Det er ikke muligt for tilsynet at orientere sig, om der foreligger korrespondencemeddelelser på de tre borgere, hvor der mangler opdatering.</p> <p>16 ud af 18 medicinlister er korrekt udfyldt med underpunkter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I et tilfælde er en creme forkert anført under "fast medicin", i stedet for under "andre dispenserings former".</li> <li>• I et andet tilfælde står pn-medicin angivet sammen med ordinationen for fast medicin.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er der administrations tidspunkter korrekt anført?</li> <li>• Fremgår enkelt dosis og maksimal døgndosis for PN-medicin?</li> <li>• Er der oprettet en handleplan for ydelsen 'Medicindispensering'?</li> </ul>	<p>17 ud af 18 medicinlister er korrekt udfyldt med administrationsform.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I et tilfælde mangler en injektion at blive angivet korrekt.</li> </ul> <p>17 ud af 18 tilfælde er korrekt angivet i forhold til enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I et tilfælde er der ordineret Panodil PN, som blot er angivet med dosis 1000 mg.</li> </ul> <p>I alle tilfælde, hvor PlejeGribskov Hjemmesygepleje håndterer borgernes medicin, er der oprettet handleplan for medicindispensering.</p>
<p>Er medicinen, inkl. Den dispenserede, opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer, herunder:</p> <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>Medicinen er ikke i alle tilfælde opbevaret efter gældende regler.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der observeres doseringsæsker hos tre borgere, hvor der ikke er anført navn og cpr-nummer på samtlige 14 æsker.</li> <li>• Det observeres, at aktuel og ikke aktuel medicin ikke konsekvent er adskilt.</li> <li>• Tilsynet observerer, at der i flere tilfælde ikke stilles krav til borgerne i forhold til opbevaring af medicinen og indkøb af egnede doseringsæsker</li> <li>• Tilsynet observerer desuden, at medarbejderne ikke har det fornødne materiale i form af fx labels til at mærke doseringsæskerne med.</li> </ul>
<p>Er der overensstemmelse mellem doseret medicin og aktuel medicinlisten.?</p>	<p>Der konstateres dispenseringsfejl hos to borgere. Fejlen vedrører, at borgerne er i antibiotiskbehandling, og der er dispenseret i æskerne efter den angivne seponeringsdato.</p> <p>Det konstateres i et tredje tilfælde, at der hos en borger ikke er overensstemmelse mellem dispenseret medicin og medicinskemaet. Doseringsæsken indeholder det korrekte antal tabletter, men er ikke dispenseret på det tidspunkt, som er angivet i medicinskemaet.</p> <p>Borger informerer tilsynet om, at dette er efter lægens anvisning, da tabletterne ikke må gives til morgenmaden. Dette fremgår ikke af medicinskema</p> <p>Tilsynet finder i to journaler beskrivelser på, at der benyttes efterdoseringer, hvilket er beskrevet i opfølgingsnotater.</p> <p>Tilsynet finder ligeledes dokumentation for medarbejdernes bevidsthed om, at efterdosering ikke må foretages. Det er dokumenteret, at det ikke er muligt at dosere medicin, da der mangler medicin, samt at der doseres til mulige dage, og ny dato for dispensering planlægges.</p>
<p>Hvis borgeren får risikosituationslægemidler (såsom fx Marevan og Methotrexat) er der oprettet en handleplan?</p>	<p>2 borgere får risikomedicin.</p> <p>Der foreligger handleplan for risikomedicin i det ene tilfælde, mens der mangler handleplan i andet tilfælde.</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 trykke ved indsatsen.</p>

<p>Kan medarbejderen redegøre for, hvordan de håndterer borgerens medicin?</p> <p>Kender og anvender medarbejderen de gældende retningslinjer for medicindispensering, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ophældning af medicin til en periode af gangen?</li> <li>• Medicindispensering i æske?</li> <li>• Dosisdispensering?</li> <li>• Observation af bivirkninger</li> </ul>	<p>Medarbejdere kan redegøre for, hvordan borgernes medicin håndteres samt redegøre for overvejelser i forhold til at sikre korrekt dispensering.</p> <p>Medarbejderne beskriver brugen af FMK, hvor det sikres, at der inden et borgerbesøg sker opdatering af systemet. Der hersker dog lidt tvivl om, hvordan og hvem der sikre FMK opdateringer mellem de enkelte dispenseringer.</p> <p>Medarbejderne sikrer altid eftertælling af den doserede medicin, og der sker kun dosering af hele æsker.</p> <p>Et par medarbejdere oplyser, at det desværre stadig sker, at der ikke er nok medicin til en 14-dages dosering hos en borger. I disse tilfælde dispenseres til de hele æsker, og der aftales og planlægges nyt besøg efterfølgende.</p> <p>Medarbejderne beskriver ligeledes opmærksomhed på at anvende handsker ved dispensering af medicin.</p> <p>Der arbejdes ikke med dosisdispensering, medarbejderne oplyser, at der ikke er lavet aftaler omkring ordningen med lægerne i Gribskov Kommune.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at der ikke arbejdes målrettet med observation af bivirkninger. Der er ønske om, at der bliver iværksat tiltag på dette område. Medarbejderne beskriver mulige forslag til, hvorledes dette kan gøres.</p>
--	--

#### Tilsynets samlede vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at medicindokumentationen har mangler på flere områder.

Der mangler opdatering af FMK i tre tilfælde, og ikke alle medicinskemaer er oprettet således, at de gældende retningslinjer på området efterleves. Der mangler udarbejdelse af handleplan på en borger, som er i behandling med risikosituationslægemiddel.

Tilsynet vurderer, at medicinen ikke er opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer, idet der mangler markering af navn og cpr-nummer på flere doseringsæsker, og der ikke er indarbejdet en arbejdsgang, som sikrer, at aktuel og ikke aktuel medicin er adskilt.

Der konstateres dispenseringsfejl hos to borgere. Fejlen vedrører, at borgerne er i antibiotiskbehandling, og der er dispenseret i æskerne efter den angivne seponeringsdato.

Hos en borger konstateres manglende overensstemmelse mellem ordination og dispenseringstidspunktet for et præparat.

Borgerne er trygge ved medarbejdernes indsats i forbindelse med medicindispenseringen

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes borgernes medicin håndteres. Tilsynet vurderer, at medarbejderne er bevidste om, at efterdoseringer aldrig må forekomme, men at dette sker på trods heraf.

### 3.5 HÅNDTERING AF SYGEPLEJEYDELSER - ANDEN MEDICIN (INSULIN, ØJENDRÅBER MV.)

Mål 5:	
Emne	Data
<p>Overholder medicindokumentationen gældende retningslinjer, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er der sat givningstider på præparatet?</li> <li>• Enkeltdosis og maksimal døgndosis for PN-medicin</li> <li>• Er der oprettet en handleplan for behandlingen</li> </ul>	<p>Medicinskemaerne i forhold til medicinadministration indeholder generelt dokumentation i henhold til gældende retningslinjer.</p> <p>I et tilfælde bemærkes det, at ordination på pn-insulin er beskrevet mindre tydeligt og kan give anledning til misforståelse.</p> <p>I forhold til handleplaner på behandlingen observeres følgende mangler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende handleplaner på administration af cremer/salver, injektioner og flydende medicin</li> <li>• I et tilfælde, hvor borger får hjælp til injektion Vibeden, mangler ordination og Handleplan (instruks) for adrenalin i tilfælde af allergisk reaktion.</li> </ul>
<p>Medicin der ikke dispenseres i æsker opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er fx insulinpenne og øjendråber, mærket med borgerens navn og anbrudsdato?</li> <li>• Er medicinen opbevaret korrekt i forhold til indlægseddelen og adskilt fra ikke aktuel medicin</li> </ul>	<p>Medicin, der ikke dispenseres i æsker, er ikke i alle tilfælde opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det observeres, at aktuel insulinpenne ikke ligger adskilt fra pn insulinpenne. Tilsynet erfarer, at der tidligere har været givet forkert insulin hos borgeren, da de to insulinpenne blev forvekslet. Ledelsen oplyser, at denne hændelse er indberettet som en utilsigtet hændelse. Tilsynet finder ikke dokumentation på området i borgerens journal.</li> <li>• Der observeres, at der hos flere borgere ikke er navn, cpr-nummer eller anbrudsdato på insulinpenne, cremer og flydende medicin.</li> <li>• Tilsynet observerer, at der i flere tilfælde ikke stilles krav til borgerne i forhold til opbevaring af medicinen og indkøb af egnede kasser til opbevaring af medicinen.</li> <li>• Tilsynet observerer desuden, at medarbejderne ikke har det fornødne materiale i form af fx labels til at mærke medicinen med</li> </ul>
<p>Er borgeren tryk i forbindelse med hjælp til medarbejdernes håndtering af anden medicin.</p>	<p>Tilsynet møder to borgere, som ikke er trykke ved behandlingen.</p> <p>Den ene borger oplyser, at hjælpen til I/V behandling ikke altid er lige kvalificeret, og henviser til at medarbejderne der kommer om aftenen og i weekenden ikke alle er bekendte med borgerens I/V katheter. Borger er bekymret for om de hygiejniske principper overholdes korrekt. Borger pointerer, at den faste medarbejder er meget professionel og yder en yderst tilfredsstillende sygeplejemæssig indsats.</p> <p>Anden borger oplyser, at medarbejderne ikke udviser tilstrækkelig faglighed i udførelsen af den sygeplejefaglige indsats. Borger beskriver, at der er mangel på kontinuitet i leveringen og at medarbejderne ikke er bekendte med indsatsen hos borgeren. Borger beskriver, at medarbejderne ikke alle er tilstrækkelige rutineret i at måle blodsukker og give den rette insulinmængde. Borger beskriver en episode for ca. 20 dage siden, hvor der blev givet forkert insulindosis.</p> <p>Tilsynet har gjort ledelsen opmærksom på ovenstående problematikker.</p>

Kan medarbejderen redegøre for de observationer, der skal gøres hos borgeren i forhold til medicinadministration/ injektion jf. gældende retningslinjer?	Medarbejderne kan redegøre for de relevante observationer i forhold til medicinadministration. Medarbejderne redegør for, hvorledes gældende retningslinjer følges.
<b>Tilsynets samlede vurdering - 4</b>	
<p>Tilsynet vurderer, at medicinskema i forhold til medicinadministration generelt indeholder dokumentation i henhold til gældende retningslinjer.</p> <p>Tilsynet vurderer dog, at der mangler udarbejdelse af handleplaner, på cremer/salver, injektioner og flydende medicin.</p> <p>Tilsynet vurderer, at medicin, der ikke dispenseres i æsker ikke i alle tilfælde opbevaret i overensstemmelse med gældende retningslinjer, idet der i et tilfælde ikke er tilstrækkelig opmærksomhed på at aktuel insulinpen og pn insulinpen skal opbevares adskilt. Tilsynet gør opmærksom på, at der tidligere har været en hændelse hvor borger fik insulin af den forkerte insulinpen.</p> <p>Desuden mangler markering af navn, cpr-nummer og anbrudsdato på flere præparater.</p> <p>To borger er udtrykke ved medarbejdernes indsats, og finder ikke at medarbejderne udviser tilstrækkelig faglighed.</p> <p>Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for de relevante observationer i forhold til medicinadministration.</p>	

### 3.6 HÅNDTERING AF ØVRIGE SYGEPLEJE YDELSER

<b>Mål 6:</b>	
<b>Emne</b>	<b>Data</b>
<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 handleplanerne?</p>	<p>Der foreligger handleplaner for samtlige sygeplejefaglige indsatser. Kvaliteten af handleplanerne er af varieret kvalitet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I én handleplan stemmer titel ikke overens med indhold. I titel står venstre ben angivet, og i handleplan beskrives plejen omkring højre ben.</li> <li>• Generelt er målene udfyldt, dog er ikke alle mål målbare og i overensstemmelse med handlingsanvisning. F.eks. er der i et mål blandt andet beskrevet, at borgeren skal lære at stikke sig selv, men dette fremgår ikke af handleanvisningen.</li> <li>• Handlingerne er generelt beskrevet fyldestgørende og er handleanvisende. Dog observerer tilsynet, at hyppigheden af handlingen mangler. Tilsynet har dialog med sygeplejerske om sår plejehandleplaner, hvor ydelsen står til dagligt skift. Tilsynet bliver oplyst, at der løbende tages faglige vurderinger i forhold til hyppigheden og behov for skiftninger, dette fremgår ikke af handleplanerne.</li> <li>• Generelt giver dokumentationen ikke et fyldestgørende billede af effekten af ydelserne. Det bliver beskrevet, at handlingen er udført, men der mangler en evaluering i forhold til problemstillingen og målet.</li> <li>• I ernæringshandleplaner mangler der vægtkontroller. Tilsynet finder ikke vægtangivelser i "vitale værdi" skemaer.</li> <li>• Tilsynet konstaterer, at der generelt mangler opfølgningsdatoer og bemærker, at flere er overskredet.</li> </ul> <p>Tilsynet observerer, at der i mange tilfælde er oprettet handleplaner ved at åbne og kopiere en gammel handleplan. Dette betyder, at opfølgningsnotaterne får samme dato, tidspunkt og samme signatur.</p>



	<p>Tilsynet har ikke fundet eksempler på dokumentationen for, at borgerne har givet samtykke til kontakt til egen læge.</p> <p>I enkelte handleplaner er en overordnet accept fra borgeren dokumenteret, at der må indhentes oplysninger fra sygehus eller egen læge.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for regler for samtykke, men oplyser, at de ikke har fået udstukket retningslinjer for, hvor samtykke skal dokumenteres</p> <p>Skemaet for smitterisiko er oprettet i 9 ud af 20 journaler.</p> <p>Én borger har ja i smitterisikoskemaet. Tilsynet har ikke fundet retningslinjer for skærpede hygiejniske forholdsregler i borgerens journal.</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>Tilsynet observerer overensstemmelse mellem den beskrevet handleplan og de sygeplejeydelser, der leveres.</p> <p>Jf. dog beskrivelser ovenfor i forhold til mangler i dokumentationen.</p>
<p>Er borgeren tryk i forbindelse med hjælp til sygeplejeydelser?</p>	<p>Tilsynet møder borgere, som kun har haft PlejeGribskov Hjemmesygepleje, og borgere som før har haft anden leverandør på sygeplejeindsatsen.</p> <p>Borgerne har en lidt forskellig oplevelse af indsatsen. De borgere, som kun har haft PlejeGribskov Hjemmesygepleje, er generelt mere tilfredse, end de borger som tidligere har haft anden leverandør på sygeplejeindsatsen. Borgerne giver udtryk for, at kvaliteten er blevet forringet, og at de oplever det som ressourcspild, at der nu skal komme to medarbejdere i hjemmet. Ligeledes tilkendegiver de alle, at der nu kommer betydelig flere medarbejdere i hjemmet, end da indsatsen var hos tidligere leverandør.</p> <p>En borger tilkendegiver, at hun ikke er tilfreds med hjælpen til sårpleje. Borger oplyser, at såret bliver skiftet to gange om ugen. Før skiftningen modtager borger bad fra privat leverandør i hjemmeplejen, og i den forbindelse bliver forbindelsen fjernet. Problemstillingen er, at hjælpen ikke koordineres, og borger ofte sidder i meget lang tid med et sår, som ikke er tildækket.</p> <p>Borger oplyser desuden, at der ikke forefindes arbejdsgange således, at der altid er de rette remedier og materiale til sårplejen. Borger oplyser, at såret derfor ikke altid skiftes efter lægens anvisning. Borger oplyser desuden, at der i forbindelse med ambulans kontrol ofte er ændringer i borgers sårplejeplan. Borger kontakter PlejeGribskov Hjemmesygepleje pr. telefon og informerer om ændringer og om evt. behov for et andet forbindingsmateriale. Borger oplever, at dette ikke medbringes, da medarbejder ikke har fået beskeden.</p> <p>En anden borger oplyser også om samme problemstilling med manglende rette remedier ved sårskiftet. Borger oplyser, at medarbejderne i disse tilfælde altid kører tilbage til kontoret og henter remedierne.</p>
<p>Kender medarbejderen de udarbejdede handleplaner for de ydelser, som medarbejderen skal levere - og følger medarbejderen op på dem?</p>	<p>Medarbejderne, som tilsynet er i forbindelse med, har kendskab til de udarbejdede handleplaner og kan beskrive, hvorledes der sikres opfølgning heraf.</p> <p>Tilsynet konstaterer dog, at medarbejderne er lidt usikre i beskrivelsen af indholdet i handleplanerne, og hvorledes der følges op i disse.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for regler for samtykke, men oplyser, at de ikke har fået udstukket retningslinjer for, hvor samtykke skal dokumenteres</p>

**Tilsynets samlede vurdering - 3**

Tilsynet vurderer, at handleplaner i forhold til sygeplejeydelser ud over medicin er af lidt varieret kvalitet, og i de fleste tilfælde mangler evaluering og opfølgingsdato.

Tilsynet vurderer, at handleplanerne har mangler i forhold til dokumentation af borgers samtykke

Tilsynet vurderer, at ikke alle borgere, som modtager hjælp til sygeplejeydelser, er trygge og tilfredse med den sygeplejefaglige indsats, generelt henvises til nogle lidt usmidige arbejdsgange og manglende kontinuitet i leveringerne.

**3.7 DELEGERING AF SYGEPLEJEFAGLIGE OPGAVER****Mål 7:**

Emne	Data
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 ikke individuelle delegeringsskemaer på medarbejderne. Ledelsen oplyser, at der er meget få borgerspecifikke delegeringer, da det i praksis er svært at håndtere.</p> <p>Ledelsen er bekendt med at delegeringsskemaerne mangler.</p>
Hvordan organiseres delegeringsarbejdet?	<p>Medarbejderne oplyser, at de generelt arbejder med faste borgere, og der er fokus på, at borgernes kompleksitet matcher medarbejdernes kompetencer.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at de har forskellige kompetencer og viden på udvalgte sygeplejefaglige opgaver, og de byder ind i forhold til deres viden.</p> <p>Instruksmappen følges, og i tilfælde af behov for oplæring i nye opgaver foregår der undervisning af sygeplejerske ude hos borgerne.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at der netop er strammet op på indsatsen i forhold til, at det nu kun er sygeplejerskerne der må varetage risikomedicin.</p> <p>Direkte adspurgt, om hvorledes medarbejderne sikrer, at vikarernes kompetencer matcher borgernes udfordringer, svarer medarbejderne, at der er fokus på at få sikret, at vikarerne har den rette viden i forhold til de borgere, som er sat på deres køreliste. Dette gøres hver morgen ved morgenmøder og individuel sparring.</p>
Kan medarbejderne redegøre for gældende retningslinjer for delegeringen, herunder delegering til andre leverandører	<p>Medarbejderne kan generelt redegøre for, hvorledes en videredelegering af sygeplejefaglige opgaver på tværs af leverandørerne foregår.</p> <p>Medarbejderne nævner, at der skal udarbejdes en handleplan på de delegerede indsatser.</p> <p>Der hersker dog lidt tvivl i forhold til, hvordan og hvem som har ansvaret for at undervise og oplære medarbejderne i de generelle delegeringer.</p>

**Tilsynets samlede vurdering - 2**

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 delegeringsskemaer på medarbejderne i hjemmeplejen samt etableres strukturerede undervisningstilbud i forhold til de generelle delegeringer.

## 3.8 KOMPETENCER OG UDVIKLING

Mål 8:	
Emne	Data
Hvordan arbejdes med medarbejdernes individuelle kompetenceudvikling?	<p>Ledelsen orienterer, at der arbejdes hårdt på, at det er den rigtige faggrupper, der varetager de sygeplejefaglige indsatser hos borgerne.</p> <p>Der er kun ansat sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i PlejeGribskov Hjemmesygepleje. Pt. er der ansat 30 sygeplejersker og 40 social- og sundhedsassistenter. Dette er ikke helt nok til at dække alle ruter, så der anvendes sygeplejevikarer, specielt i aftenvagterne. Ledelsen beskriver, at der er nogle usmidige arbejdsgange, som der arbejdes på at få løst.</p> <p>Der er udarbejdet introduktionsforløb, medarbejderne beskriver dog, at disse i højere grad bør målrettes medarbejdernes faglighed og have mere fokus på oplæring i omsorgssystemet. Ledelsen er opmærksom på problematikken og er ved at udarbejde et nyt introduktionsprogram</p> <p>Medarbejderne fortæller, at man kører sammen med en sygeplejerske de første 4 dage.</p> <p>Der arbejdes med, at der er faste medarbejdere på kontoret, som servicerer borgerne. Ledelsen beskriver, at telefoner ringer meget, og der skal identificeres, hvorfor den ringer så meget.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at der er planer om MUS-samtaler, hvor der her skal kortlægges medarbejdernes individuelle kompetencer</p>
Hvorledes oplever medarbejderne faglig kvalificeret til at varetage sygeplejeopgaver.	<p>Ledelsen beskriver, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje er en ny organisation, som er ved at finde sine ben. Det har været en stor opgave at få en organisation op og køre på så kort tid og samtidig afvikle sommerferie.</p> <p>Ledelsen påpeger, at fokus først og fremmest er rettet på den faglige kvalitet i leveringen af indsatsen hos borgerne. Det har afstedkommet, at det ikke har været muligt at uddelegere sygeplejeopgaver i den forventet størrelse, og at der derfor er blevet etableret en del flere daglige ruter. Ligeledes er der kommet en del uforudsete problemstillinger, som ledelsen arbejder målrettet videre med.</p> <p>Ledelsen oplyser, at der er planer om at få etableret sygeplejeklinikker i starten af 2019. Desuden er planen, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje på sigt skal blive selvviserende i forhold til Sundhedslovsydelser.</p> <p>Medarbejderne oplever, at de fagligt er klædt på til opgaverne hos borgerne. Medarbejderne er bevidste om at bruge hinandens faglighed til at støtte hinanden. Medarbejderen beskriver, at organisationen er ny, og der løbende er behov for justeringer og tiltag for at sikre en kvalificeret pleje til borgerne.</p>
Tilsynets samlede vurdering -2	
<p>Tilsynet vurderer, at PlejeGribskov Hjemmesygepleje er i en fremadskridende proces og har fokus på den faglige kvalitet i leveringen af indsatsen hos borgerne.</p> <p>Det er endvidere tilsynet vurdering, at ledelsen arbejder målrettet med medarbejdernes kompetencer og udvikling samt har igangsat relevante tiltag til forbedring af kvalitetsarbejdet.</p>	

## 3.9 BORGEREN 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>Borgerne beskriver generel god kontakt med medarbejderne.</p> <p>Borgerne udtrykker blandt andet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meget tilfreds med de medarbejdere, som kommer i hjemmet, og oplever medarbejderne som faglig kompetente.</li> <li>• Der kommer mange forskellige medarbejdere i hjemmet, alle er venlige og imødekommende. Enkelte borgere fremstiller den manglende kontinuitet som et stort problem og oplever, at den har direkte sammenhæng med kvaliteten i indsatsen.</li> <li>• Vikarerne har generelt ikke et tilstrækkeligt fagligt kendskab til de sygeplejefaglige indsatser, herunder parenteralernæring og iv-behandling.</li> <li>• Nogle medarbejdere har ikke uniform eller skilt med navn, det kan være lidt utrygt.</li> <li>• Der er generelt meget svingende tidsintervaller i leveringen af hjælpen. Enkelte borgere kan berettige om aftaler i form af en telefonopringning før besøget.</li> <li>• Meget tilfreds med kontakten til sygeplejerskerne. Borger kan dog godt opleve, at sygeplejerskerne kan være lidt firkantede i deres holdninger, når borger selv har meninger om eksempelvis insulinbehandling.</li> <li>• Medarbejderne er venlige, smilende og imødekommende.</li> <li>• Har god kontakt med de fleste medarbejdere. Det kan dog være lidt frustrerende hele tiden at skulle fortælle medarbejderne, hvor tingene står.</li> <li>• Oplever en god dialog med sygeplejersken, har godt kendskab til borgers udfordringer</li> <li>• Rart at kunne drøfte sygdomsforløb med sygeplejerske, som er kompetent</li> <li>• Oplever et godt samarbejde, når sygeplejersken kommer.</li> <li>• Flere borgere efterlyser mere kontinuitet i sygeplejen. Borgerne er bevidste om deres komplekse problemstillinger og foretrækker at drøfte deres udfordringer med den samme sygeplejerske frem for at skulle dele personlige oplysninger med forskellige.</li> </ul>
<p>Kan medarbejderen forklare, hvilke (eventuelle) ønsker borgeren har i forhold til tiltaleform, respekt og levevis?</p>	<p>Medarbejderne kan beskrive, hvorledes der sikres respekt for borgernes levevis og respektfuld kommunikation.</p> <p>Medarbejderne har fokus på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Præsenterer sig altid og fortæller, hvorfor de er kommet</li> <li>• Respekterer, at man er i borgerens hjem</li> <li>• Det er borger, som sætter rammen for besøget</li> <li>• Finde balancen mellem respekten for borgers valg af levevis, og hvornår man som fagperson skal motivere til ændret livsstil</li> <li>• Spørger til borgers velbefindende og spørger ind til de problematikker, som medarbejderen er bekendt med, at borger har</li> <li>• Afklaring af, hvad borgers problem er lige netop på dagen</li> <li>• Være til stede</li> <li>• I dialogen med borger skal man give løsningsmuligheder og handlingsanvisninger, når borger ikke selv magter at tage initiativ</li> <li>• Være ærlig i dialogen - sige til borger, hvad man observerer</li> <li>• Inddragelse af borgeren ved eksempelvis sårpleje. Spørge ind til, hvordan det går med såret, og hvordan borger har det bedst med sårplejehandlingen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tale i korte sætninger, når borger har kommunikative og hukommelsesmæssige udfordringer</li><li>• Øjenkontakt</li><li>• Borgers særlige behov for psykisk pleje og omsorg ved at være lyttende og nærværende</li><li>• Afstemmer kommunikationen individuelt - følge den omgangstone, som borger lægger op til</li></ul>
<b>Tilsynets samlede vurdering - 2</b>	
<p>Tilsynet vurderer, at borgerne oplever respektfuld kommunikation og generel god kontakt med medarbejderne.</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> <p>Ligeledes er det tilsynet vurdering, at der bør være større fokus på vikarernes kompetencer.</p>	

# TILSYNETS FORMÅL OG METODE

## 4.1 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.

## 4.2 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.

## 4.3 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.

## 4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynet 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 uanmeldt tilsyn indeholde følgende elementer:

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

De anmeldte tilsyn gennemføres af 2 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: 28 10 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.*

