

Servicebeskrivelse for hjemmesygeplejen

Del 1

Gribskov Kommune
2018

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
1.1 Læsevejledning	4
1.2 Revision og godkendelse	5
1.3 Visioner og strategi.....	5
1.3.1 Den forbyggende tilgang.....	5
1.3.2 Rehabiliterende, aktiverende og kompenserende indsats.....	6
1.3.3 Velfærds- og socialteknologi	6
1.3.4 Civilsamfund	7
1.4 Samarbejdspartnere for hjemmesygeplejen.....	7
2.2 Kvalitetskrav for Myndigheden	10
2.2.1 Dokumentation ved visitation	10
2.2.2 Tidsfrister for iværksættelse af indsatsen.....	11
2.2.3 Proces for visitation	11
3. Leveringen af indsatsen	14
3.1. Den gode leverandør af hjemmesygepleje.....	14
3.2 Om den sygeplejefaglige indsats.....	15
3.2.1 De formelle rammer for indsatsen	15
3.2.2 Inddragelse af borgerens ressourcer i opgaveløsningen.....	16
3.2.3 Sundhedsfremme og forebyggelse som en del af opgaveløsningen.	16
3.2.4 Krav til leverandørens tværgående samarbejde.....	18
3.3 Kvalitetskrav ved levering af indsats.....	19
3.3.1 Dokumentation ved levering af indsats.....	19
3.3.2 Proces for levering af indsats.....	20
3.3.3 Krav i forhold til planlægning af indsats.....	21
3.3.4 Krav ved leveringen af indsats i borgeren hjem.....	21
3.3.5 Medarbejdernes uddannelse og kompetencer	22
3.3.6 Videre delegation af sygeplejefaglige opgaver.....	23
3.3.8 Krav når borgerens hjem er arbejdsplads	26
4. Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser	27
4.2 Organisering og proces ifm. patientsikkerhed	28
4.2.1 Patientsikkerhedskoordinatorens (PSK) opgaver.....	28
5. Kvalitetsopfølgning	30

5.1.1 Indhold og fokusområder	30
5.1.2 Påbud ved manglende kvalitet	33
6. Samarbejde og kommunikation	34
6.1 Dialogmøder (operationelt niveau).....	34
6.2 Driftsmøder (taktisk niveau)	35
6.3 Bilaterale møder (strategisk niveau)	36
6.4 Tværgående samarbejdsforum (taktisk og strategisk niveau)	36

1. Indledning

Denne servicebeskrivelse indeholder det politisk besluttede serviceniveau i Gribskov Kommune for hjemmesygepleje efter Sundhedsloven.

Servicebeskrivelsen er gældende for hjemmesygepleje, der udføres for borgere i eget hjem, på plejecentre og center for midlertidigt ophold.

Formålet med servicebeskrivelsen er at understøtte en ensartet udmøntning af det politisk besluttede serviceniveau og dermed medvirke til, at:

- borgerens retssikkerhed for at kunne modtage ensartet service opretholdes
- borgeren kan læse de kvalitetsstandarder, der ligger til grund for den indsats, borgeren kan modtage sygepleje på baggrund af en individuel visitation
- medarbejdere hos myndigheden og leverandørerne får en fælles faglig ramme og et værktøj til det daglige samarbejde – og dermed en mulighed for løbende forventningsafstemning
- Byrådet får et redskab til at skabe sammenhæng mellem økonomien og det serviceniveau, borgeren kan modtage

Det er tillige formålet at:

- understøtte de målsætninger, der er beskrevet i Gribskov Kommunes politikker på social- og sundhedsområdet.

1.1 Læsevejledning

Servicebeskrivelsen indeholder overordnet to dele:

- **Del 1:** beskriver de overordnede visioner på området, krav og forventninger til visitation, krav og forventninger til levering af indsatsen, arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i opgaveløsningen, kvalitetsopfølgning på området for hjemmesygepleje samt samarbejde og kommunikation mellem myndighed og leverandør.
- **Del 2:** indeholder den konkrete kvalitetsstandard på området for hjemmesygepleje herunder et dertilhørende indsatskatalog som beskriver de enkelte ydelser,

Servicebeskrivelsens del 1 og del 2 skal ses i en sammenhæng og del 2 ligger i naturlig forlængelse af servicebeskrivelsens del 1.

Nedenfor er indholdet i kapitlerne i servicebeskrivelsens del 1 kort skitseret:

Kapitel 1 indeholder en præsentation af kommunens strategi og visioner på social- og sundhedsområdet, herunder området for hjemmesygepleje.

Kapitel 2 beskriver krav og forventninger til visitationsproceduren på området for hjemmesygepleje i Gribskov Kommune. Ligeledes præsenteres kvalitetskrav til myndigheden samt de metoder, som medarbejderen arbejder ud fra på dette område.

Kapitel 3 beskriver krav og forventninger til levering af indsatsen på området for hjemmesygepleje. Ligeledes præsenteres kvalitetskrav til levering af indsatsen, de metoder som det forventes at medarbejderne hos leverandøren arbejder ud fra samt forventninger til medarbejdernes kompetencer og øvrige forventninger til medarbejderne.

Kapitel 4 beskriver arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i opgaveløsningen.

Kapitel 5 beskriver krav og forventninger til kvalitetsopfølgningen.

Kapitel 6 beskriver krav og forventninger til samarbejde og kommunikation mellem myndighed og leverandør.

1.2 Revision og godkendelse

Servicebeskrivelsen med tilhørende kvalitetsstandarder evalueres og revideres minimum én gang årligt af Byrådet.

1.3 Visioner og strategi

Gribskov Kommune bygger sin servicebeskrivelse for hjemmesygepleje på en række visionære tanker, som er forankret i et sæt af strategiske, politisk besluttede pejlemærker og mål for den indsats, man ønsker i kommunen. De politiske pejlemærker er politisk besluttede og er gældende for alle kommunens servicebeskrivelser på sundheds- og ældreområdet i Gribskov Kommune. Visioner og strategisk sigte er kort beskrevet i de følgende fire delafsnit.

1.3.1 Den forbyggende tilgang

I Gribskov Kommune ønsker vi at fremme den forebyggende indsats som et fælles anliggende, så flest muligt fremover kan leve et sundt liv uden sygdom og uden behov for sundhedsvæsenets ydelser. Som kommune skal vi skabe sunde rammer for borgerne.

1.3.2 Rehabiliterende, aktiverende og kompenserende indsats

I Gribskov Kommune ønsker vi at understøtte borgerne i et sundt liv med så mange gode leveår som muligt. Vi tror på, at alle borgere helst vil klare deres egen hverdag så mange år som muligt, og at mestre sit eget liv har en direkte sammenhæng med god livskvalitet.

Derfor ønsker vi, at en aktiverende tilgang skal præge alle de sammenhænge, hvor man som borger møder en ansat, der har til opgave at hjælpe. Vi ønsker at støtte alle i at vedligeholde deres færdigheder ved at fokusere på, hvilke styrker og ressourcer den enkelte borger har.

Konkret kommer det til udtryk ved, at vi arbejder med følgende tre indsatsniveauer: *1. Den rehabiliterende, 2. den aktiverende og 3. den kompenserende tilgang.* Al sygepleje udføres i en samarbejdsproces mellem borger, pårørende, visitator og plejepersonale. De tre indsatsniveauer er kort skitseret nedenfor. I afsnit 3.2.2 vil det blive eksemplificeret, hvorledes der konkret kan arbejdes med de tre indsatsniveauer i hjemmesygeplejen.

Den rehabiliterende tilgang: Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne, opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt og generhverver tabte eller udvikler nye funktioner. Det forventes, at borgeren deltager aktivt og på sigt udfører indsatsen helt eller delvist.

Rehabilitering udføres som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og personale. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret tilgang.

Den aktiverende tilgang: Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, kognitive og /eller sociale funktionsevne, opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt og ***fastholder*** eksisterende færdigheder/ funktioner, herunder ***udsætter*** yderligere tab af funktioner. Det er nødvendigt at ***inddrage*** borgerens ressourcer i at udføre sygeplejen.

Den kompenserende tilgang: Formålet er at ***bevare borgerens livskvalitet og værdighed*** til trods for svækkelse/sygdom/handicap. Det betyder eksempelvis, at personalet træder til og gør det, borgeren ikke kan og heller ikke har mulighed for at opnå.

1.3.3 Velfærds- og socialteknologi

Gribskov Kommune ønsker en løbende udvikling og implementering af nye velfærdsteknologiske løsninger, som skabes i samarbejde med leverandørerne, borgerne og videnspersoner. De nye løsninger skal, sammen med en aktiverende tilgang og systematisk rehabilitering, hjælpe borgere med fysiske begrænsninger og handicaps til at bevare deres uafhængighed og evne til at hjælpe sig selv.

Gribskov Kommune arbejder med udgangspunkt i, at velfærdsteknologien skal øge livskvalitet, sundhed og effektivitet samt forbedre arbejdsmiljøet for medarbejderne.

1.3.4 Civilsamfund

Gribskov Kommune har et stærkt lokalmiljø og en god tradition for, at 'vi kommer hinanden ved' og giver en håndsrækning, hvor der er behov for det. Vi ønsker at udvikle velfærden gennem samspil med engagerede borgere i lokalsamfundet. Vi ønsker endnu mere samspil med frivillige kræfter, foreninger og organisationer gennem velfærdspartnerskaber, eksempelvis mellem erhvervsliv, civilsamfund og kommunal administration. Vi ønsker, at leverandørerne samarbejder med lokalsamfundet og dermed medvirker til at understøtte lokalt engagement og bæredygtighed.

1.4 Samarbejdspartnere for hjemmesygeplejen

I afsnittet her beskrives de væsentligste samarbejdspartnere for leverandøren af hjemmesygepleje. Listen er ikke udtømmende.

De væsentlige samarbejdspartnere til leverandør af hjemmesygepleje er:

- Visitationen
- Borgeren og dennes pårørende
- Læge og sygehuse
- Leverandører af hjemmepleje.
- Kommunens akutfunktion af sygepleje
- Center for midlertidigt ophold
- Sociale tilbud
- Genoptræning Gribskov

Samarbejdspartnere kan beskrives således:

Visitationen er kommunens myndighed, som i samarbejde med henvisende lægefaglig instans, borger og leverandør vurderer, hvilken sygeplejefaglig indsats borgeren har behov for.

Læge og sygehuse ordinerer de behandlings- og udredningsopgaver som hjemmesygeplejen skal udføre.

Leverandøren af hjemmeplejen er ansvarlig for at identificere tegn på helbredsmæssige ændringer hos borgere der modtager hjemmepleje, og vurderer om der eventuelt er behov for sygepleje. Dette gøres bl.a. på baggrund af systematisk tidlig opsporing, som beskrives nærmere i Servicebeskrivelsen for borgere i eget hjem uden for plejecentre. Leverandører af hjemmepleje kan under visse forudsætninger udføre *videredelegerede sygeplejefaglige opgaver* i tæt samarbejde med

hjemmesygeplejen. Hjemmesygepleje forventes desuden at være til rådighed som sparringspartner for kommunens leverandører af hjemmepleje.

Kommunens akutfunktion kan ved behov understøtte hjemmesygeplejens opgaveløsning bl.a. ved at være til rådighed for faglig sparring og kompetenceudvikling.

Center for midlertidigt ophold varetager rehabilitering og aflastning, for borgere, der ikke kan modtage disse indsatser i eget hjem. I Visitationens lukketid behandler centret henvendelser fra hospitalet vedrørende ukendte borgere, der udskrives med behov for hjælp.

Sociale tilbud varetager enkeltstående sygeplejefaglige opgaver som eksempelvis medicin håndtering. Ved andre sygeplejefaglige behov skal der visiteres til hjemmesygepleje på samme vis som for kommunens øvrige borgere.

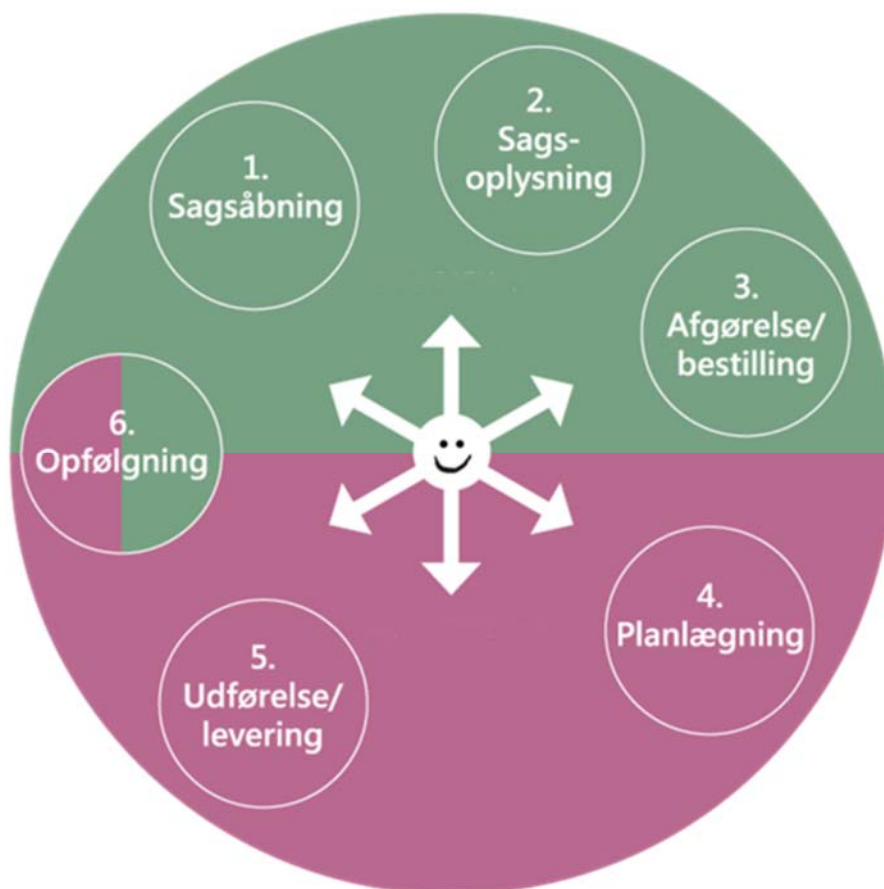
Genoptræning Gribskov forestår træning af kommunens borgere efter såvel Service- som Sundhedsloven. Herudover varetager træningen rehabilitering, både i form af forløbsprogrammer og i relation til "Styrk Hverdagen §83a". I de tilfælde, hvor der er behov for en sygeplejefaglig indsats for at træning eller rehabilitering kan lykkes, forventes et tæt samarbejde.

Samarbejdet forventes at bygge på en gensidig tillid, en åben dialog og løbende forventningsafstemning mellem parterne.

1.5 Principper for visitation til hjemmesygepleje og levering af hjemmesygepleje

I dette afsnit skitseres de overordnede principper for visitation og levering af den konkrete indsats i 6 trin. De 6 trin uddybes nærmere i de senere afsnit 2.2.3 *Proces for visitation* og afsnit 3.3.2 *Proces for levering af indsats*.

Visitation og levering af en indsats i forhold til en borger hænger generelt sammen i en cyklus med følgende elementer fra KL's FS III procesmodel:



Figurens elementer skitseres kort nedenfor og uddybes som allerede nævnt i senere afsnit.

1. Sagsåbning: Sagen åbnes på baggrund af en henvendelse.

2. Sagsoplysning: Der indsamles information der danner grundlag for at vurdere den rette indsats

3. Afgørelse/bestilling: Det afgøres hvilken indsats, der skal iværksættes, og indsatsen bestilles.

4. Planlægning: Leverandøren planlægger indsatsen, og opstiller mål herfor sammen med borgeren.

5. Udførelse/levering: Den bestilte indsats leveres som planlagt.

6. Opfølgning: Der tages stilling til om tilstandens udvikling og om indsatsen skal justeres, fortsætte uændret eller afsluttes.

2. Visitation

I det følgende kapitel beskrives principper for visitation af hjemmesygepleje i Gribskov Kommune samt kvalitetskrav til myndigheden, herunder f.eks krav til dokumentation, tidsfrister, proces for visitationen trin for trin samt principper for revurdering af indsatser.

2.1 Om visitation af hjemmesygepleje

Visitation af hjemmesygepleje er en myndighedsopgave. I udgangspunktet er Center for Social og Sundhed (Visitationen) ansvarlig for visitation af indsatser til borgere med behov for hjemmesygepleje, men i visse tilfælde kan leverandøren af hjemmesygeplejen dog varetage visitationen. I disse tilfælde udfører leverandøren en myndighedsopgave og er underlagt de samme krav til sagsbehandling og dokumentation som Visitationen i Center for Social og Sundhed. Af afsnit 2.2.3 *Proces for visitation* fremgår det i hvilke tilfælde hhv. Visitationen og leverandøren forestår visitationsprocessen.

Uanset om det er en visitator i Visitationen, eller en medarbejder i hjemmesygeplejen, der forestår visitationen, er formålet at tilbyde en sygeplejefaglig indsats, der tilgodeser borgerens behov, og som samtidig er i overensstemmelse med gældende lovgivning og kommunens serviceniveau.

Et overordnet mål for både Visitationen og leverandøren er altid at medvirke til, at borgeren fortsat kan være mest muligt selvhjulpent, og modtager den rette sygeplejefaglige indsats.

2.2 Kvalitetskrav for Myndigheden

Det er en forudsætning for at kunne vurdere borgers behov for en sygeplejefaglig indsats, at den medarbejder, der foretager visitationen af borgeren, har modtaget de relevante, korrekte og nødvendige oplysninger om borgeren og borgerens tilstand. Det er desuden et krav, at visitationen sker i overensstemmelse med anbefalede faglige metoder på området. I de følgende afsnit beskrives kvalitetskrav til Visitationen.

2.2.1 Dokumentation ved visitation

Det er et krav at Gribskov Kommune dokumenterer visiteret hjemmesygepleje ud fra FS III-metoden. FS III-metoden er en fælleskommunal metode for dokumentation og udveksling af data på social – og sundhedsområdet. Metoden skal bidrage til sammenhæng, kvalitet og effektivisering i den kommunale indsats rettet mod borgere.

Konkret betyder det, at der lægges vægt på følgende dokumentation i forbindelse med vurdering og tildeling af indsatsen:

- Hvorfra kommer henvendelse vedr. behov for hjemmesygepleje
- Den *nuværende* og den *forventede vurdering* af helbredstilstanden. Helbredstilstanden uddybes i det *faglige notat*.
- I forbindelse med bestillingen af den bevilgede indsats fastsættes myndighedens opfølgingsdato for indsatsen (slutdato).

2.2.2 Tidsfrister for iværksættelse af indsatsen

Gribskov Kommune har fastsat følgende tidsfrister for iværksættelse af den sygeplejefaglige indsats:

Ved henvendelse fra hospital eller læge iværksættes indsatsen i overensstemmelse med den angivne tidsfrist på ordinationen.

Ved henvendelse fra borgeren eller dennes pårørende iværksættes indsatsen i overensstemmelse med borgerens behov.

2.2.3 Proces for visitation

I det følgende afsnit beskrives processen for visitation af hjemmesygepleje.

Visitation til hjemmesygepleje kan enten varetages af eller, i nogle tilfælde, af leverandøren af hjemmesygepleje. De to modeller beskrives i det følgende.





Uanset om det er myndigheden, i form af Visitationen, eller leverandøren som varetager visitationen, så skal visitationsprocessen foretages i overensstemmelse med KL's FS III procesmodel, som skitseret i afsnit 1.5, indeholde følgende tre elementer:

- Sagsåbning
- Sagsoplysning
- Afgørelse/bestilling

Neden for er de enkelte elementer i visitationsprocessen skitseret trin for trin.

1. Sagsåbning: sker i forbindelse med en henvendelse fra sygehus, læge, borger, pårørende, leverandør eller anden. På baggrund af henvendelsen åbner medarbejder i Visitationen, hos leverandør eller Center for midlertidigt ophold en sag. Det er en forudsætning for at påbegynde sagsbehandlingen, at borgeren er indforstået med henvendelsen.

2. Sagsoplysning: sker ud fra beskrivelser af borgerens behov. Oplysninger om dette kan komme fra sygehus, praktiserende læger, akuttelefon 1813, borger eller pårørende, visitator, leverandør af hjemmesygeplejen samt øvrige leverandører af kommunale indsatser.

3. Afgørelse/bestilling: sker på basis af en individuel og konkret sundhedsfaglig vurdering i forhold til de indsamlede oplysninger, og servicebeskrivelsen for hjemmesygepleje. Medarbejderen, der fortager visitationen forholder sig til, hvad der forventes opnået med indsatsen. Der kan visiteres til de ydelser der er beskrevet i kommunens kvalitetsstandard for området (Se Servicebeskrivelsens del 2) Afgørelsen begrundes og dokumenteres. Indsatsen bestilles og der fastsættes en dato for Visitationens opfølgning (slutdato) på indsatsen.

- Som udgangspunkt visiteres indsatser for en tidsbegrænset periode på 2 mdr. eller som angivet i den lægelige ordination.
- På baggrund af en konkret og individuel vurdering kan Visitationen i visse tilfælde bestille en indsats uden slutdato ("varig indsats").¹

6. Opfølgning (Visitationen): Opfølgning på den bevilgede indsats er en del af visitationsprocessen. Visitationens opfølgning foregår i tæt samspil med leverandøren af hjemmesygepleje.

Ved opfølgningen vurderer visitator om formålet med indsatsen er opfyldt og om indsatsen fortsat matcher borgerens behov, bør justeres eller helt afsluttes. Visitators vurdering tager afsæt i leverandørens dokumentation af status for den givne tilstand og indsats.

I kapitel 3, levering af indsatsen, beskrives de øvrige tre trin KL's FS III procesmodel – 4. *Planlægning*, 5. *Udførelse og levering* samt 6. *Opfølgning (Leverandør)*

¹ Det fremgår af dokumentets del 2: "Kvalitetsstandard og indsatskatalog", hvilke indsatser, der kan visiteres som varige.

3. Leveringen af indsatsen

I det følgende beskrives principper for levering af den sygeplejefaglige indsats. Den indsats som leveres, skal som udgangspunkt være aktiverende og rehabiliterende i det omfang det vurderes muligt. Det betyder, at den indsats, der iværksættes af leverandøren, skal ske i samarbejde med borgeren med henblik på, at borgeren så vidt muligt kan bevare, genvinde eller forbedre sine ressourcer.

3.1. Den gode leverandør af hjemmesygepleje

De seneste års udvikling i sundhedsvæsenet stiller nye og højere krav til den primære sundhedstjeneste - også kaldet *Det Nære Sundhedsvæsen*. Det betyder bl.a., at hjemmesygeplejen i stigende grad skal være gearret til at løse flere komplekse og mere specialiserede sundhedsopgaver i et tæt samspil med sygehuse, almen praksis og regionens akutberedskab 1813. Baggrunden for det, er et ønske om, at opgaveløsningen i videst mulige omfang sker så tæt på borgeren som muligt. Herved kan flere indlæggelser undgås eller afkortes, og gennem *tidlig opsporing* kan generel forringelse af borgerens helbredstilstand forebygges. Hjemmesygeplejen bliver herved et centralt omdrejningspunkt i det tværsektorielle samarbejde mellem sygehuse, de private klinikker, de praktiserende læger og kommunen. Hjemmesygeplejen skal i øvrigt være med til at løfte de kommunale forpligtelser som udspringer af sundhedsaftalerne.

Som konkret eksempel kan nævnes, at hjemmesygepleje i de kommende år skal løse en række udvidede opgaver. Det drejer sig fx om behandling af borgere med KOL, diabetes og cancer, hvor en del af den ambulante kontrol kan foregå hjemme hos borgeren.

Kommunal akutfunktion

De kommunale akutfunktioner er ligeledes en del af den udvikling, der pågår i relation til *Det Nære Sundhedsvæsen*. Akutfunktionerne skal fungere i tæt samspil med hjemmesygeplejen, og er et tilbud til borgere, der ikke har behov for en sygehusindlæggelse, men som har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov, som ikke kan varetages af den øvrige hjemmesygepleje. Fra 2018 skal kommunerne yderligt implementere en række kvalitetskrav fra Sundhedsstyrelsen, som bl.a. omhandler krav til indhold og tilrettelægge af de kommunale akutfunktioner. I praksis vil det primære samarbejde med 1813 og udførelse af de mere specialiserede sygeplejeopgaver varetages af kommunens akutfunktion. Samarbejdet mellem kommunens akutfunktion og leverandøren af hjemmesygepleje beskrives nærmere under afsnit 3.2.4. *Krav til leverandørens tværgående samarbejde*.

Løbende kompetenceudvikling

Ovenstående udvikling betyder, at den gode leverandør af hjemmesygepleje både i dag og fremadrettet skal kunne imødekomme en stadig stigende kompleksitet i opgaveløsningen. Dette forudsætter bl.a. at leverandøren har et kontinuerligt fokus på faglig kompetenceudvikling, som tager afsat i den til enhver tid bedste viden på området, og at der er et tæt fagligt sammenspil med den kommunale akutfunktion med henblik på at understøtte tæt samarbejde omkring borgeren, tæt faglig sparring og synergieffekter ift. udbredelse af nyeste viden på området.

Tværgående samarbejde og "sømfri" overgange

For at sikre borgerne så "sømfri" overgange som muligt mellem de forskellige aktører og ydelser, har den *gode leverandør af hjemmesygepleje* desuden fokus på den nødvendige løbende koordinering og det tætte samarbejde med alle relevante parter omkring borgeren.

Den gode leverandør af hjemmesygepleje formår således at have individuelt fokus på borgere og skabe helhed og sammenspil mellem de indsatser, som borgeren er visiteret til, således at både pleje og sygepleje i hjemmet er mere end "at tage over", men også indbefatter en aktiverende og rehabiliterende tilgang.

3.2 Om den sygeplejefaglige indsats

I dette afsnit beskrives den sygeplejefaglige indsats, herunder de overordnede opgaver, som leverandøren skal tilbyde.

3.2.1 De formelle rammer for indsatsen

Hjemmesygepleje ydes til borgere i alle aldre i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet. Det overordnede formål med den kommunale hjemmesygepleje, som leverandøren skal honorere, er jf. gældende lovgivning, at:

- forebygge sygdom,
- fremme sundhed
- yde sygepleje og behandling
- yde rehabilitering
- yde palliation

Det leverandørens ansvar at sikre, at indsatsen leveres i overensstemmelse med kommunens serviceniveau på området samt gældende lovgivning, relevante sundhedsfaglige vejledninger, nationale anbefalinger, aktuelle kliniske retningslinjer for sygepleje og regler for delegation.

Det er leverandørens ansvar, at der udarbejdes instrukser, der sikrer, at ovenstående krav udmøntes i den daglige drift.

I de følgende afsnit beskrives de øvrige krav og forventninger til hjemmesygepleje i Gribskov Kommune.

3.2.2 Inddragelse af borgerens ressourcer i opgaveløsningen

I tilrettelæggelsen af den sygeplejefaglige indsats tages afsæt i borgerens ressourcer, individuelle behov og ønsker. Det betyder, at leverandøren i samarbejde med borgeren løbende tager stilling til om borgeren vil kunne oplæres til helt eller delvist at varetage den sygeplejefaglige indsats. Konkret kommer det til udtryk ved, at vi (jf. afsnit 1.2.2) arbejder med de tre indsatsniveauer: *Den rehabiliterende, den aktiverende og den kompenserende tilgang*. Eksempler på hvorledes der i hjemmesygeplejen arbejdes ud fra de tre tilgange er skitseret i tre eksempler nedenfor:

- Eksempel 1: Ved den *rehabiliterende tilgang* er forventningen i højere grad at borgeren bliver i stand til at udføre alle dele af indsatsen – eksempelvis ved at bestille stomimateriale, og tømme og skifte stomipose.
- Eksempel 2: Ved den *aktiverende tilgang* vil borgeren typisk oplæres og vejledes til at varetage dele af indsatsen – eksempelvis ved at tømme en stomipose mens sygeplejen påtager sig den øvrige stomipleje.
- Eksempel 3: Ved den fuldt *kompenserende indsats* påtager hjemmesygeplejen sig alt i forbindelse med den planlagte indsats – eksempelvis ved at hjemmesygeplejen bestiller stomimateriale, og tømmer og skifter stomipose.

3.2.3 Sundhedsfremme og forebyggelse som en del af opgaveløsningen

Det er et krav at leverandørerne ved levering af indsatsen har fokus på at styrke og bevare borgernes sundhed og livskvalitet gennem en forebyggende og sundhedsfremmende tilgang i opgaveløsningen. Borgerens behov på området afdækkes bl.a. gennem den sygeplejefaglige udredning af borgeren. Leverandøren er forpligtet til at være opdateret på den bedste viden på området, følge de til enhver tid gældende nationale anbefalinger samt være opmærksom på at opgaveløsningen sker i overensstemmelse med kommunens sundhedspolitik.

Det betyder f. eks at leverandøren i opgaveløsningen skal:

- Yde en målrettet forebyggende indsats, der har sigte på at forebygge funktionstab og forebygge fx uhensigtsmæssige hændelser.
- Kunne vejlede og informere borgerne om relevante sundhedsfremmende - og forebyggende tiltag og tilbud, herunder fx vejledning om sund livsstil, frivillige foreninger og Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer.

- Ved behov hjælpe og støtte borgeren til at tage kontakt til relevante tilbud og frivillige foreninger.

Gribskov Kommune stiller krav om, at der anvendes anerkendte screeningsværktøjer til vurdering af borgerens behov for forebyggende indsatser, samt at leverandøren implementerer eksisterende effektive værktøjer til tidlig opsporing i takt med, at sådanne værktøjer udvikles. Det betyder, at leverandøren aktuelt skal anvende følgende screeningsværktøjer til tidlig opsporing:

- Triage
- Rejse-sætte-sig-test
- Vægt

Triage er et værktøj, som gør det muligt på systematisk vis at opdage helbredsmæssige ændringer eller tab af funktionsevne. Herved bliver det muligt at sætte ind på et tidligt tidspunkt for at genoprette helbredstilstanden eller funktionsevnen.

Triage indeholder 3 elementer:

- *Ændringsskemaet*, som er et skema med en række målepunkter, der understøtter en systematisk gennemgang af eventuelle tegn på helbredsmæssige ændringer. Skemaet bruges initialt til at beskrive, hvordan borger sædvanligvis er. Herefter anvendes skemaet med faste intervaller til at gennemgå borger og derudover ved behov, til at beskrive de ændringer i borgers hverdagsliv, der måtte observeres i forbindelse med udførelse af bevilgede indsatser
- En *farveskala*, grøn – gul – rød, der angiver om den enkelte borger er i sin vante tilstand, har lette ændringer i helbredstilstanden eller har så alvorlige ændringer i helbredstilstanden, at der er risiko for, at indlæggelse bliver nødvendig. EOJ-systemet kan sortere borgerne efter farver og det bliver derved let, eksempelvis ved vagtskifte eller andre møder, at få et overblik over de borgere, der kræver en særlig indsats og opfølgning
- Egentlige *triage-møder*, hvor alle de borgere, der har udvist tegn på helbredsmæssige ændringer og derfor er mærket som gule eller røde, bliver genstand for en fælles faglig drøftelse mhp. at vurdere, om der er fremdrift i den iværksatte indsats, eller om indsatser bør justeres

Det er et krav, at *ændringsskemaet* skal være udfyldt inden for de første tre uger, efter at en leverandør af hjemmepleje eller hjemmesygepleje er begyndt at varetage indsatser for borger.

Ved tegn på ændringer i borgers tilstand, mærkes borger som gul eller rød i EOJ-systemet, og leverandøren udarbejder en plan for, hvordan borgers tilstand kan genoprettes. Planen skal indeholde en beskrivelse af mål og indsats, en dato for den planlagte evaluering af indsatsen og en angivelse af, hvem der er ansvarlig for at følge op på denne. Denne arbejdsgang gælder både de ændringer, der observeres ved den systematiske gennemgang af borger og ved ændringer, der er observeret i fbm med den daglige pleje.

Triage følger kommunens retningslinjer på området og udføres både systematisk og efter behov. Det forventes, at leverandøren mindst én gang ugentligt afholder egentlige *triage-møder*, hvor de borgere, der har udvist tegn på helbredsmæssige ændringer, bliver drøftet. På denne måde sikres den nødvendige faglige sparring, en fælles vurdering af, om igangværende indsatser bør justeres, samt videndeling.

I forbindelse med triagen har leverandøren af hjemmesygeplejen et særligt fagligt ansvar i forhold til at støtte kommunens leverandører af hjemmepleje i arbejdet med den tidlige opsporing af helbredsmæssige ændringer. Hjemmesygeplejen deltager derfor som minimum én gang ugentligt i de *triage-møder*, der afholdes af de leverandører, der yder hjælp til personlig pleje. Ved hjemmesygeplejens deltagelse i *triage-møder* drøftes de fælles borgere, der modtager både hjemmepleje og hjemmesygepleje, samt de konkrete borgere, som alene modtager hjemmepleje, men hvor hjemmeplejen vurderer, at der er behov for sygeplejefaglig sparring, eksempelvis fordi den af hjemmeplejen iværksatte indsats ikke har haft den fornødne effekt.

Vægt og rejse-sætte-sig-test skal som minimum udføres en gang om måneden. Observationerne behandles og dokumenteres i overensstemmelse med de retningslinjer, der er beskrevet af kommunen.

I de tilfælde, hvor en borger modtager både hjemmepleje og hjemmesygepleje, er det leverandøren af hjemmepleje, der er ansvarlig for, at den systematiske screening udføres. Alle er ansvarlige for, at der følges op på de ændringer, der observeres i anden sammenhæng.

3.2.4 Krav til leverandørens tværgående samarbejde

Leverandøren af hjemmesygepleje har et særligt ansvar for at etablere "det gode samarbejde" på tværs ift. andre leverandører omkring den enkelte borger. Dette samarbejde pågår både internt i kommunen og tværsektorielt. Rammerne for det tværsektorielle samarbejde udspringer af forventningerne til Det nære Sundhedsvæsen og er herudover fastlagt i de regionale sundhedsaftaler. Sundhedsaftalerne er blandt andet udmøntet i Kommunikationsaftalerne, der beskriver de kommunale samarbejdsforpligtelser i detaljer.

I de tilfælde hvor der er flere aktører, f.eks. både andre kommunale leverandører, praktiserende læge og sygehus, er det leverandøren af hjemmesygepleje, som har det overordnede ansvar for at bidrage til, at indsatserne mellem aktørerne koordineres, så borgeren kan opleve helhed i indsatsen. Det betyder f.eks. også, at leverandøren har ansvaret for at sikre at nødvendig faglig viden indhentes eller overleveres i overgange, eksempelvis, hvis en borger indlægges eller udskrives fra sygehus, eller overgår til Center for midlertidigt ophold eller til plejecenter.

Generelt skal leverandøren af hjemmesygepleje opleves som stærkt proaktiv i samarbejdet med samtlige leverandører på social- og sundhedsområdet, både ved at sikre gode overgange, ved at bidrage til at understøtte et fælles fokus på tidlig opsporing og ved at stå til rådighed for faglig sparring.

Snitflade til kommunens akutfunktion: Leverandøren af hjemmesygepleje har et særligt tæt fagligt samspil med kommunens akutfunktion. En del af de sygeplejefaglige opgaver, som kommunen fremadrettet forventes at kunne varetage, kræver en høj grad af specialiseret viden eller ses så sjældent, at den almindelige hjemmesygepleje ikke kan forventes at oparbejde en rutine i opgaveløsningen. Disse typer af opgaver vil skulle varetages af akutfunktion. Derudover vil der i den daglige drift kunne forekomme en faglig sparring omkring den sygeplejefaglige opgaveløsning mellem kommunens leverandør af hjemmesygepleje og kommunens akutfunktion.

3.3 Kvalitetskrav ved levering af indsats

Leverandøren er forpligtet til at levere de til enhver tid gældende ydelser, som borgeren er visiteret til og dermed har ret til, og som fremgår af kvalitetsstandard og dertilhørende ydelseskatalog (se Del 2) Nedenfor er krav og forventninger til leverandørens indsats skitseret.

3.3.1 Dokumentation ved levering af indsats

En forudsætning for en velfungerende hjemmesygepleje er en præcis og fyldestgørende kommunikation mellem interne og relevante eksterne samarbejdspartnere. Tidstro dokumentation af observationer, udførte og planlagte handlinger er bl.a. derfor en integreret del af den sygeplejefaglige indsats.

Gribskov Kommune dokumenterer hjemmesygepleje ud fra FS III-metoden, i overensstemmelse med gældende lovgivning og nationale vejledninger samt Gribskov Kommunes dokumentationsstandarder på området.

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, lægges vægt på følgende dokumentation:

- I forbindelse med *planlægning* af indsatsen skal leverandøren dokumentere aftalt tidspunkt for første besøg hos borgere.
- Under første besøg skal leverandøren dokumentere:
 - Aktuelle og potentielle helbredstilstande
 - *Vurdering og Forventet vurdering*, eventuelt supplere og justere visitators vurdering
 - *Borgers ønsker og mål* i den udstrækning, det giver mening
 - De konkrete *indsatsmål*
 - De handlinger (*handlingsanvisninger*) der skal til for at nå *indsatsmål*.
 - Planlagt *leverandør-opfølgningsdato*

- Det forventes at leverandøren løbende som minimum dokumenterer:
 - Udvikling i den specifikke *helbredstilstand*. Dette gøres i det *faglige notat* ved opfølgning, hvor der bl.a. laves en status.
 - Justering af indsatsmål og handlinger ved behov.
 - Resultater af *triage, rejse-sætte-sig-test, og vægt*.
 - Opdatering af borgerens generelle oplysninger, herunder fx *boligforhold, netværk, ressourcer, motivation* eller lignende.
- Ved eventuel indlæggelse af borgeren forventes det, at leverandøren indsender manuelt opdateret indlæggelsesrapport i de tilfælde, hvor leverandøren har kendskab til forløbet op til indlæggelsen.

3.3.2 Proces for levering af indsats

Leverandøren er ansvarlig for at udføre de bestilte indsatser. Dette skal ske under hensyntagen til de øvrige sygeplejefaglige problemstillinger, som borgeren eventuelt har.

Leveringen af indsatsen iværksættes i overensstemmelse med KL's FS III procesmodel, som skitseret i afsnit 1.5, og indeholde følgende tre elementer:

- Planlægning
- Udførelse og levering
- Opfølgning

I det følgende beskrives processen for levering af hjemmesygepleje trin for trin.

4. Planlægning: Når visitationsprocessen som beskrevet i afsnit 2.2.3 er afsluttet, kontakter hjemmesygeplejen hurtigst muligt borgeren med henblik på at aftale et tidspunkt for det første besøg. Det er en forventning, at den sygeplejefaglige indsats altid tager afsæt i den *helbredstilstand* der ligger til grund for visitationen. Ved første besøg tilrettelægger borgeren og leverandøren sammen udførelsen af indsatsen. Under hensyntagen til borgerens ressourcer, egne mål og ønsker opstilles konkrete *indsatsmål*. Der kan være behov for at justere den *forventede vurdering* som den er beskrevet af visitator.

Herefter beskriver leverandøren en *handlingsanvisning* på indsatsen, og der fastsættes en leverandør-*opfølgningsdato* for indsatsen. Det skal af handlingsanvisningen fremgå, hvor hyppigt indsatsen leveres. Ved behov kan leverandøren præcisere borgerens beskrevne helbredstilstand yderligere.

5. Udførelse og levering: Leverandøren udfører den sygeplejefaglige indsats som planlagt. Leverandøren skal altid i forbindelse med leveringen af indsatsen løbende afdække og opdatere borgerens aktuelle og potentielle sundhedsfaglige

problemstillinger (*helbredstilstande*) som beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning for sygeplejefaglige optegnelser. Det er leverandørens ansvar at handle rettidigt på disse efter behov.

Hvis der leveres anden hjælp og støtte i hjemmet, skal tilrettelæggelsen af indsatserne skal tage hensyn til dette. I komplekse forløb kan der være behov for tæt kommunikation med Visitationen, øvrige leverandører, aktører i sundhedsvæsenet samt eventuelle pårørende.

6. Opfølgning (Leverandør): Leverandør vurderer løbende indsatsens effekt på baggrund af de opstillede indsatsmål. Der følges som minimum op ved de planlagte *leverandør- opfølgningsdatoer*. Herudover er det leverandørens ansvar at forholde sig til den *forventede vurdering*. Det forventes, at leverandøren umiddelbart inden den fastsatte afslutningsdato for indsatsen har beskrevet om den *forventede vurdering* er opnået. Er den ikke det, skal leverandøren dokumentere, hvilken udvikling der har været i tilstanden, og om indsatsen bør fortsætte eller ændres. Leverandøren skal straks orientere Visitationen, hvis det vurderes, at en indsats kan afsluttes.

Leverandørens opfølgning danner baggrund for myndighedens (Visitationens) vurdering af om indsatsen skal visiteres på ny eller afsluttes.

3.3.3 Krav i forhold til planlægning af indsats

Leverandøren skal i forbindelse med planlægningen af indsatsen:

- Tilstræbe, at borgeren oplever kontinuitet i forhold til de medarbejdere, der varetager opgaven, hvorfor leverandøren skal sikre, at der kommer så få personer i borgerens hjem som muligt
- Visiteret indsats til sygepleje kan hverken aflyses eller udsættes

3.3.4 Krav ved leveringen af indsats i borgeren hjem

Når medarbejderne er i borgerens hjem for at udføre den visiterede indsats, forventes det, at leverandøren sikrer:

- hjælp til borgere i akut opståede situationer, herunder eksempelvis ved fald eller sygdom
- oprydning og rengøring ved uheld
- at medarbejderne reagerer på "lukket dør" hos borgeren og straks herefter iværksætter "procedure-ved-lukket-dør"

Leverandøren har desuden pligt til at afmelde en visiteret indsat hos Visitationen, hvis borger ikke længere har behov for indsatsen (tilbagemeldingspligten).

Leverandøren har desuden pligt til at pausere indsatsen i EOJ-systemet i forbindelse med indlæggelse, ferie mv.

3.3.5 Medarbejdernes uddannelse og kompetencer

Hjemmesygepleje udføres i udgangspunktet af autoriserede sundhedspersoner, dvs. social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Som beskrevet i afsnit 3.1 *Den gode leverandør af hjemmesygepleje*, forventes det, at der i de kommende år vil komme flere, nye og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver på området for hjemmesygepleje. Dette vil medføre et øget krav om, at leverandøren kan arbejde strategisk og målrettet med prioritering af indsatserne.

I takt med at karakteren af ydelserne, som skal leveres, bliver stadig mere komplekse, er leverandøren forpligtet til at sikre, at personalet efteruddannes for at kunne imødekomme det til enhver tid gældende behov. Det forudsættes, at leverandøren afsætter de fornødne ressourcer hertil.

Planlægning og medarbejderprofil. Ved planlægning af indsatsen er leverandøren derfor forpligtet til at efterleve principperne bag KL's kompetenceprofiler for faggrupperne: Social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent og sygeplejerske² samt efterleve de krav, der beskrives i Gribskov Kommunes aktuelle "Sygeplejeinstrukser og delegation"³. I forlængelse af dette er det et krav, at sygepleje og pleje af borgere med komplekse behov udføres af personale med de nødvendige faglige kompetencer, som matcher borgerens behov for indsats.

Det er et krav, at leverandøren af hjemmesygepleje som minimum har personale med specialiseret klinisk viden inden for følgende områder:

- Sår
- Palliation
- KOL
- Smerter
- Ernæring
- Kræft
- Diabetes
- Udskillelse
- Demens

Det forventes, at disse medarbejdere skal udføre og supervisere de specialiserede kliniske opgaver hos de mest komplekse borgere.

Derudover skal der være personale med specialiseret viden inden for de tværgående områder, der er nævnt herunder.

- Telemedicin på aktuelle områder (fx sår, KOL mv.)
- Dokumentation

² KL: NOTAT Delegation. Maj 2014.

http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_69637/cf_202/KL-s_delegationsnotat_oktober_2014.PDF

³ <http://www.gribskov.dk/media/3366/sygeplejeinstrukser-februar-2018.pdf>. Forventes helt eller delvist erstattet af VAR Healthcare (praktiske procedurer for sygepleje)

- Patientsikkerhed
- Udvikling og kvalitet
- Uddannelse - klinisk vejleder
- IT ift. EOJ-systemet og FMK

Det er en forventning at de nævnte videnspersoner kan vejlede, yde sparring og undervise det øvrige personale.

Kontinuerlig information og opdatering. Leverandørens medarbejdere gennemgår et introduktions- og informationskursus om ældre- og sundhedsområdet i Gribskov Kommune ved ansættelse og i forbindelse med implementering af tværorganisatoriske forandringer fx i forbindelse med kontraktindgåelse.

Leverandørens medarbejdere skal kende og kunne anvende kommunens gældende servicebeskrivelse og kvalitetsstandarder på området samt oplæres i FSIII metoden og kommunens anvendte dokumentationssystem.

Leverandøren er forpligtet til at sikre, at deres medarbejdere er opdaterede på ny viden inden for området for teknologi i en sådan grad, at de kan støtte borgeren i at bruge deres hjælpemidler, herunder også IT- og kommunikationshjælpemidler, og kender Gribskov Kommunes tilbud på området.

Leverandøren skal sikre, at dennes medarbejdere får den fornødne opbakning/supervision, samt at medarbejderne sikres den nødvendige udvikling og vedligeholdelse af deres kvalifikationer.

3.3.6 Videre delegation af sygeplejefaglige opgaver

Autoriserede sundhedspersoner har mulighed for at videre delegere sygeplejefaglige opgaver til ikke autoriserede sundhedspersoner, typisk SOSUhjælpere.

De opgaver, der hyppigst videre delegeres, er indeholdt i SOSUhjælpernes grunduddannelse og kræver som regel ikke yderligere oplæring. Eksempler herpå er medicingivning, skift af kateterpose eller hjælp til påtagning af støttestrømper.

Ofte vil videre delegering af sygeplejefaglige opgaver ske inden for rammerne af en enhed, der varetager både pleje og omsorg og sygepleje, eksempelvis et plejecenter.

Sygeplejefaglige opgaver kan i Gribskov Kommune også videre delegeres fra hjemmesygeplejen til ikke-autoriserede sundhedspersoner, såsom SOSU-hjælpere og pædagogisk personale, der er ansat hos leverandører af hjemmepleje eller handicaphjælp under forudsætning af, at en række betingelser er opfyldt.

For alle videre delegerede opgaver gælder, at det i det enkelte og konkrete tilfælde er vurderet af hjemmesygeplejen, at opgaven kan videre delegeres. Denne vurdering dokumenteres i EOJ-systemet.

I Del 2, afsnit 2.2. *Videredelegation af sygeplejefaglige opgaver*, uddybes reglerne for videredelegation.

3.3.7 Øvrige forventninger til leverandørernes medarbejdere

Leverandørens almindelige loyalitetsforpligtelse: Leverandøren skal løbende gøre kommunen opmærksom på forhold, som kræver handling. Leverandøren skal endvidere instruere sine medarbejdere, herunder underleverandørens medarbejdere om forpligtelsen.

Krav til leverandørernes medarbejdere i forbindelse med ansættelse:

- medarbejderne må hverken ved eller under ansættelsen have anmærkninger i sin straffeattest, der giver anledning til saglige betænkeligheder i forbindelse med opgavens udførelse. Leverandøren er forpligtet til forud for nyansættelser og efterfølgende løbende og som minimum på kommunens foranledning at indhente en straffeattest
- medarbejderne skal tale og skrive et forståeligt dansk

Krav til leverandørens medarbejdere i forbindelse med udførelse af indsatsen:

- medarbejderen er motiveret og servicemindet
- medarbejderne ved førstegangsbesøg - og på opfordring - skal vise billedlegitimation til borgeren
- medarbejderne bærer arbejdsbeklædning og i øvrigt være tækkeligt klædt
- medarbejderen ikke må være påvirket af alkohol eller euforiserende stoffer
- medarbejderen skal være i stand til at forrette tjeneste på forsvarlig vis
- medarbejderne har tavshedspligt
- medarbejderne har en skærpet underretningspligt
- medarbejderne skal have kendskab til Servicelovens regler om magtanvendelse og indgreb i selvbestemmelsesretten
- medarbejderen skal overholde gældende fagetiske regler
- medarbejderne og nærtstående til disse må ikke modtage gaver og/eller testamentarisk arv eller lignende økonomiske fordele fra borgerne
- ingen medarbejdere må have tætte familiemæssige relationer til de borgere, de hjælper
- medarbejderne kender og forstår beskrivelsen af den visiterede indsats og er bekendt med Gribskov Kommunes kvalitetsstandarder for relevante indsatser i forhold til de opgaver, som medarbejderen er sat til at varetage og skal udføre arbejdet i overensstemmelse hermed
- medarbejderen skal kende kommunikationsvejene mellem myndigheden og leverandøren og benytte dem
- medarbejderne skal være i stand til at henvise borgerne til relevante medarbejdere/afdelinger, såfremt borgeren tilkendegiver at have problemer, eller hvis medarbejderen observerer problemer

3.3.8 Krav når borgerens hjem er arbejdsplads

Når der leveres sygepleje i borgerens hjem, bliver borgerens hjem automatisk medarbejderens arbejdsplads. Det betyder, at indsatsen er omfattet af Arbejds miljøloven og Lov om røgfrie miljøer og dertilhørende regelsæt.

Ved et af de første besøg i hjemmet skal leverandøren udarbejde en arbejdsplads vurdering (APV). Borgerens hjem skal kunne godkendes som arbejdsplads. Det betyder bl.a., at:

- medarbejderen kan udføre arbejdet forsvarligt sikkerheds- og sundhedsmæssigt
- adgangsforholdene er i orden – der skal være synligt husnummer og lys ved hoveddøren
- pladsforholdene omkring fx seng, toilet og bad er tilstrækkelige til, at medarbejderen kan udføre opgaverne
- der ikke må ryges (inklusive e-cigaretter) i borgerens hjem i det tidsrum, hvor medarbejderen opholder sig i boligen. Der skal foretages hensigtsmæssig udluftning i borgerens hjem, således at medarbejderen ikke udsættes for passiv rygning.
- husdyr ikke må opholde sig i de rum, hvor hjælpen foregår

4. Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser

I det følgende kapitel beskrives myndighed (Visitationen) og leverandørens arbejde vedrørende patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.

4.1 Om patientsikkerhed og utilsigtede hændelser

Patientsikkerhed handler om at forebygge, at der sker fejl og skader – utilsigtede hændelser – når patienter behandles eller på anden måde er i kontakt med det kommunale eller regionale sundhedsvæsen. En utilsigtet hændelse kan eksempelvis være, at en borger får udleveret forkert medicin. Utilsigtede hændelser sker bl.a. når mange mennesker skal arbejde sammen om komplekse opgaver.

En utilsigtet hændelse (UTH) defineres som:

“En begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats, eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder” (Sundhedslovens § 198, stk. 4).

En forudsætning for at forebygge utilsigtede hændelser, er en kultur, hvor man taler åbent om disse hændelser. Derigennem bliver det muligt at arbejde med hændelserne, tage ved lære af dem og om nødvendigt etablere nye arbejdsgange eller procedurer.

De danske kommuner er ifølge Sundhedsloven forpligtet til at arbejde systematisk med sikkerhed i forhold til de borgere, der modtager behandlings- og plejeydelser.

Systematikken skabes gennem:

- Klare retningslinjer for arbejdet med de utilsigtede hændelser, herunder roller og ansvarsfordeling
- Rapportering og analyse af de utilsigtede hændelser
- At italesættelse utilsigtede hændelser på en måde, der synliggør læringspotentialet i dem
- Opbygning af sikkerhedssystemer og arbejdsgange, der forebygger og skærper opmærksomheden på utilsigtede hændelser, før de når at skade borgeren
- Inddrage borgere og pårørende som samarbejdspartnere

I det følgende kapitel beskrives Visitationens og leverandørens arbejde vedrørende patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.

4.2 Organisering og proces ifm. patientsikkerhed og utilsigtede hændelser

I de følgende afsnit beskrives organisering og proces omkring patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.

Center for Social og Sundhed og leverandør skal udpege en eller flere patientsikkerhedskoordinatorer. Patientsikkerhedskoordinatoren skal varetage arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i egen enhed eller lokalt i samarbejde med egen ledelse og Gribskov Kommunes risikomanager. Arbejdet består blandt andet i at følge op på hændelser og iværksætte hændelses- eller kerneårsagsanalyser, når det er nødvendigt.

Risikomanager og patientsikkerhedskoordinatorer danner et tværgående netværk, som risikomanager er tovholder for. Alle er forpligtet til at deltage i dette netværk. Myndighed og leverandør er forpligtet til at følge den til enhver tid gældende lovgivning på området om patientsikkerhed og utilsigtede hændelser.

4.2.1 Patientsikkerhedskoordinatorens (PSK) opgaver

Patientsikkerhedskoordinatorens opgaver er:

- Hjælpe kolleger til rapportering af utilsigtede hændelser
- Have overblik over egen afdeling/enheds utilsigtede hændelser
- Bidrage aktivt til udarbejdelse af relevante hændelsesanalyser i samarbejde med leder og eventuelt risikomanager
- Medvirke til at identificere risiko og indsatsområder i egen afdeling
- Deltage i udarbejdelse af handlingsplaner lokalt sammen med egen leder og evt. med risikomanager
- Tage medansvar for implementering af handlingsplaner i eget regi
- Indgå i det tværgående netværk omkring patientsikkerhed
- Introducere nyansatte til det lokale patientsikkerhedsarbejde samt rapportering i Patientsikkerhedsdatabasen

4.2.2. Ledelsens opgaver i patientsikkerhedsarbejdet

Ledelsens opgaver er:

- Understøtte patientsikkerhedskoordinatorens arbejde
- Skabe og understøtte et læringsmiljø omkring utilsigtede hændelser
- Tage initiativ til ad hoc forbedringsarbejde
- Sikre, at der foreligger lokale procedurer for indrapporteringer og det videre arbejde med utilsigtede hændelser

- Udføre hændelse- og kerneårsagsanalyser i egen afdeling/enhed på eget initiativ eller hvis Risikomanageren efterspørger det på udvalgte utilsigtede hændelser
- Videregive oplysninger om handlingsplaner til risikomanager
- Følge op på handlingsplaner afledt af analyser
- Informere relevante ledere i Myndigheden, hvis en hændelse har alvorlig eller dødelig udgang

5. Kvalitetsopfølgning

Kvalitet handler for Gribskov Kommune om at afstemme og indfri forventninger mellem myndighed, leverandører og den borger, som modtager indsatsen. Kvalitetsopfølgning skal sikre, at visiterede indsatser udføres som aftalt og i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandarder. Et væsentligt element i kvalitetsopfølgning er den læring og udvikling, der opstår.

Kommunens kvalitetsopfølgning på den leverede indsats vil altid tage afsæt i den gældende tilsynspolitik, som indeholder følgende tre principper:

Den brugeroplevede kvalitet: Borgerens oplevelse af ydelser, service og den måde borgeren "mødes på". Oplevet kvalitet sætter fokus på sammenhængen mellem det borgeren forventer, og det borgeren får - og dermed på forventningsafstemning.

Den faglige kvalitet: At sikre sammenhæng mellem kvalitetskrav til de enkelte ydelser, måden de leveres på, personalets faglighed, lovgivningskrav og de normer og værdier medarbejderne har i forhold til at løse opgaverne.

Den organisatoriske kvalitet: Fokus på arbejdstilrettelæggelse og på om arbejdsprocesser, dokumentation, IT og samspil understøtter organisationens mål og herunder de politisk vedtagne kvalitetsstandarder.

Kvalitet handler for Gribskov Kommune om at afstemme og indfri forventninger mellem myndighed, leverandører og den borger, som modtager indsatsen. Kvalitetsopfølgning skal sikre, at visiterede indsatser udføres som aftalt og i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandarder. Et væsentligt element i kvalitetsopfølgning er den læring og udvikling, der opstår.

5.1 Om kvalitetsopfølgning

Kvalitetsopfølgning indeholder en kombination af faste og variable opfølgningsmetoder, og skal understøtte, at visiterede indsatser udføres som aftalt og i overensstemmelse med kommunens servicebeskrivelser og kvalitetsstandarder. Et væsentligt element i kvalitetsopfølgningen er den læring og udvikling, der opstår gennem egenkontrol og analyse af utilsigtede hændelser. Både Visitationen og leverandør spiller en aktiv rolle i forhold til at følge op på den leverede kvalitet. Derudover kan eksterne aktører på foranledning af Gribskov Kommune udføre kvalitetskontrol. Endelig kan Styrelsen for Patientsikkerhed følge op på om den leverede sygepleje lever op til den gældende lovgivning og nationale vejledninger.

5.1.1 Indhold og fokusområder

Følgende elementer indgår i Gribskov Kommunes kvalitetsopfølgning og er kort, men ikke udtømmende, beskrevet nedenfor:

- **Tilsyn i borgerens hjem.** Der gennemføres årligt uanmeldte, kommunale tilsyn i hjemmesygeplejen. Tilsynene planlægges specifikt hvert år i forhold til eventuelle særlige områder, som ønskes undersøgt ved tilsynene. Tilsyn gennemføres ud fra et stikprøveprincip og omfatter blandt andet samtaler med udvalgte borgere, gennemgang af dokumentation og dispenseret medicin. Typisk vil tilsynet blive foretaget af ekstern aktør, som udarbejder en tilsynsrapport.

Når tilsynsrapporten modtages, følges denne op via efterspørgsel af handleplaner fra leverandøren, såfremt tilsynet har fundet fejl, der skal rettes op på eller i øvrigt kræver handling. Handleplanerne følges op via løbende status fra leverandøren til Center for Social og Sundhed i forhold til hvorvidt handlingerne er gennemført og har haft den fornødne gennemslagskraft.

- **Løbende tilsyn** med visiterede indsatser udføres i forbindelse med de tilbagevendende revisiteringer. Revisitation sker med afsæt i den foreliggende dokumentation. Herudover vil der ved revisitation i borgers hjem af visiteret hjemmepleje blive fulgt op på den sygepleje, der udføres i hjemmet. De løbende helhedstilsyn foretages af Visitationen.
- **Tilsyn fra Styrelsen for patientsikkerhed.** Styrelsen udfører både risikobaserede (planlagte) tilsyn og reaktive tilsyn, det vil sige tilsyn der udføres på baggrund forhold der har givet anledning til styrelsens bekymring. På baggrund af tilsynet udformes en tilsynsrapport. Når tilsynsrapporten modtages, følges der op på denne, på samme vis som beskrevet under afsnittet *Tilsyn i borgerens hjem*.
- **Opfølgning på utilsigtede hændelser.** Både leverandør og myndighed er ansvarlig for rapporteringen af utilsigtede hændelser. I forbindelse med kvalitetsopfølgningen følges der bl.a. op på karakteren og mængden af rapporterede hændelser og sammenhængen mellem disse hændelser og leverandørens egenkontrol. Visitationen og leverandører er forpligtet til at følge op på hændelser i egen organisation med henblik på at iværksætte forebyggende tiltag samt sikre læring, så hændelserne ikke gentager sig.
- **Leverandørernes egenkontrol**
 - Leverandøren skal gennemføre en egenkontrol, der indeholder en procedure til sikring af, at kommunens kvalitetskrav overholdes.
 - Kommunen kan til enhver tid definere parametre som leverandøren skal medtage i sin egenkontrol samt kontrollernes hyppighed.
 - Kommunen kan når som helst få indblik i leverandørens egenkontrolprocedure med henblik på at sikre, at de anvendes som beskrevet.
 - Resultaterne af leverandørens egenkontrol skal videregives til kommunen på forlangende. Formålet er at sikre, at leverandøren følger sin egenkontrolprocedure og dermed lever op til kommunens kvalitetskrav i den leverede service.

- **Borgernes oplevelse af kvalitet.** Borgernes oplevelse af den leverede kvalitet er væsentlig. For at kunne følge med i borgernes oplevelse af kvaliteten, kan kommunen tage initiativ til, at der f.eks. udarbejdes brugertilfredshedsundersøgelser, afholdes borgermøder, fokusgruppeinterviews. Gribskov Kommune kan i vurderingen af den borgeroplevede kvalitet bl.a. have fokus på følgende parametre:
 - *Tryghed* – at borgeren har tillid til medarbejderne og føler, at medarbejderne er fagligt kvalificerede til at varetage opgaverne.
 - *Sammenhæng* – at borgeren oplever, at de forskellige dele af plejen hænger sammen, og at plejepersonalet er opdaterede på borgerens aktuelle situation og behov.
 - *Stabilitet og struktur* – at borgeren er orienteret om, hvornår indsatsen leveres samt oplever kontinuitet i den indsats, der gives.
 - *Hurtighed* – at borgeren oplever, at der reageres hurtigt, og at man ikke skal vente længe på den fornødne indsats.
 - *Fleksibilitet* – at borgeren selv kan påvirke, hvordan hjemmesygeplejen gives, og kan få den tilpasset.
 - *Kendskab* – at borgeren kender de personer, som kommer i hjemmet.
 - *Dialog og kommunikation* – at borgeren er blevet orienteret om ændringer og har fået tydeligt forklaret, hvad man kan forvente af indsatsen.
- **Journalaudit: Der gennemføres med jævne mellemrum** journalaudit hos både visitation og leverandør, hvor der enten følges op på kvaliteten generelt eller kvalitetstjekkes på konkrete områder.
- **Dialogbaseret kvalitetsopfølgning.** jf. kap. 6, er der opbygget en samarbejdsmodel med forskellige mødefora mellem de forskellige niveauer hos leverandøren af hjemmesygeplejen og Center for Social og Sundhed. Samarbejdsmodellen medfører, at der er en tæt dialog vedrørende indsatsernes kvalitet mellem den enkelte leverandør og Center for Social og Sundhed. Det gælder f.eks. i forhold til udfordringer i udførelsen af indsatsen, indsatsernes konkrete indhold, udførelsen af indsatserne, kompetenceudvikling, rekruttering af den rette faglighed, udvikling af tilbud og ydelser m.v.

Derudover skal der etableres en løbende dialog mellem leverandør af hjemmesygeplejen og leverandøren af hjemmeplejen, der skal sikre optimal kvalitet i opgaveløsningen i borgerens hjem.
- **Behandling og opfølgning af klager.** Center for Social og Sundhed behandler og vurderer alle klager, og følger op på disse ud fra hvor alvorlige de vurderes, antal og mønstre. Alle klager følges op med redegørelse fra den involverede leverandør mht. hvad der årsag til klagen, om klagen giver anledning til handlinger og i givet fald hvilke. Der afholdes løbende samtale med borger, pårørende, leverandør samt Center for Social og Sundhed for at følge op på klagen.
- **Opfølgning på effektmål og benchmark.** Kommunen kan opstille sammenligninger på tværs af kommuner i forhold til eksempelvis økonomi og

antallet af indlæggelser og genindlæggelser. Kommunen kan tillige opstille effektmål, som leverandøren skal arbejde målrettet på at opfylde.

5.1.2 Påbud ved manglende kvalitet

Overholder leverandøren ikke den kvalitet, som der er indgået aftale om, kan påbud anvendes. Påbud kan anvendes inden for alle områder.

Proceduren for påbud er beskrevet nedenfor.

Grøn Procedure: Anvendes i tilfælde af, at kommunen har behov for at få uddybet en begivenhed eller problemstilling i relation til opgavevaretagelsen. Leverandøren skal returnere sit svar og sin handleplan hurtigst muligt og senest inden for 14 dage fra modtagelsen af et grønt påbud (eksempelvis manglende billede ID og arbejdsbeklædning).

Gul procedure: Ved konstatering af misligholdelse/formodninger om misligholdelse kan kommunen udstede et gult påbud. Leverandøren skal herefter hurtigst muligt og senest inden for 7 dage levere en skriftlig handleplan, der beskriver leverandørens handlinger for at afhjælpe misligholdelsen (eksempelvis manglende levering af visiteret hjælp, kvalitetsbrist, manglende hensyntagen til borgernes ønsker ved tilrettelæggelsen af hjælpen, svigt i plejen, forhold med betydning for patientsikkerheden, manglende læsning af advis fra Visitationen og manglende systematisk tilbagemelding til Visitationen, gentagende fejlliverancer eller manglende forståelse for Gribskov Kommunes behov, brud med sociale klausuler).

Rød procedure: Ved konstatering af væsentlig misligholdelse/formodninger om væsentlig misligholdelse kan kommunen udstede et rødt påbud. Leverandøren skal hurtigst muligt og senest inden for 3 dage have svaret skriftligt på henvendelsen, lagt en handleplan og iværksat handlinger for at afhjælpe misligholdelsen (eksempelvis massive og omfattende kvalitetsbrist i form af ingen kendskab til eller anvendelse af egenkontrol, manglende opfølgning på tidligere påbud fra embedslægen eller Arbejdstilsynet, groft omsorgssvigt ift. borgeren eller forhold med risiko for borger).

Når leverandøren har modtaget tre påbud for konstaterede hændelser om misligholdelser i løbet af en fortløbende periode på 12 måneder, vil alle efterfølgende påbud inden for 12 måneders perioden være på niveauet højere. Det vil sige, at påbud nr. 4 i måned 10 efter 3 grønne påbud i løbet af de første 9 måneder er gult, ligesom påbud nr. 4 i måned 10 efter 3 gule påbud i de første 9 måneder er rødt.

Ved det andet røde påbud er Gribskov Kommune berettiget til at betragte kontrakten som væsentligt misligholdt.

6. Samarbejde og kommunikation mellem Gribskov Kommune og leverandør

For at leve op til Gribskov Kommunes værdisæt er det afgørende at have et tæt samarbejde og en god kommunikation, erfaringsdeling og idéudvikling mellem myndighed og leverandør. I det følgende beskrives de forventninger og retningslinjer, der er til kommunikationen parterne imellem samt til det samarbejde, som myndighed og leverandør skal indgå i omkring den enkelte borger. Leverandører af hjemmepleje, træning og sygepleje, Center for midlertidigt ophold samt plejecentre i Gribskov Kommune er omfattet af den model for samarbejde, der bliver beskrevet i dette afsnit.

Hovedformålet med samarbejdsorganisationen er at sikre en formel model for samarbejde og kommunikation, som for alle parter er effektiv og beslutningsdygtig, og sikrer drøftelser, opfølgning på leverancer, rapportering og konflikthåndtering. Samarbejdsorganisationen fungerer i relation til både det daglige samarbejde og som overordnet opfølgning på kontraktens opfyldelse mellem Gribskov Kommune og leverandør.

Modellen skal tillige sikre, at der er kontinuitet og forståelse for krav, ønsker og intentioner fra Gribskov Kommunes side for at sikre videreførelse af viden og information.

Det er et krav, at deltagere i samarbejdet har beslutningskompetence og er i stand til at kunne indgå i løsning af eventuelt opståede konflikter på en for samarbejdet smidig og hensigtsmæssig måde. Alle konflikter eller uenigheder skal som hovedregel søges løst på lavest mulige niveau.

Gribskov Kommune stiller krav til, at leverandøren indgår i samarbejdsorganisationen, der består af følgende faste samarbejdsfora på tre niveauer: Strategisk, taktisk og operationelt jf. nedenfor.

6.1 Dialogmøder (operationelt niveau)

Formål: Formålet er at sikre løbende faglig dialog. Møderne skal sikre, at potentielle udfordringer ikke eskaleres, at informationer når ud i alle led, og at borgeren sættes i centrum ved fælles opgaveløsning.

Deltagere: Visitator (hver leverandør tilknyttes en "kontaktvisitator", der er mødeleder) og daglige direkte leder af leverandørens medarbejdere, der kommer i borgerens hjem.

Hyppighed: 1-4 gange pr. måned

Mødeindkaldelse og referat: Center for Social og Sundhed er ansvarlig for at aftale mødeplan for et år ad gangen. Der udsendes ikke dagsorden og tages ikke referat ved

møderne. Begge parter er ansvarlige for at medbringe aktuelle emner, der ønskes drøftet på møderne samt at følge op jf. de aftaler, der indgås på de konkrete møder.

Indhold:

- Gensidig orientering og vidensdeling om nye tiltag og ændringer af relevans for samarbejdet
- Konkrete borgersager, herunder dialog om borgerens behov, udvikling ift. og opfølgning på opstillede mål og handleplan. Faglig refleksion, afstemning af forventninger og afklaring af evt. behov for re-visitation
- Afstemning af behov for samarbejde, herunder klarhed om roller i samarbejdet – fx borgerens egen rolle

6.2 Driftsmøder (taktisk niveau)

Formål: At sikre driftsorienteret dialog mhp. at sikre løbende udvikling af samarbejdet mellem Center for Social og Sundhed og leverandøren, udvikling af opgaveløsningen med afsæt i Gribskov Kommunes serviceniveau, opfølgning på klagesager og utilsigtede hændelser mv. Møderne skal tillige sikre, at potentielle udfordringer ikke eskaleres, at informationer når ud i alle led, og at borgeren sættes i centrum ved fælles opgaveløsning.

Deltagere: Ledelsen i Center for Social og Sundhed / Teamleder i Visitationen (mødeleder), kontaktskriver og daglig leder hos leverandøren og efter behov risikomanager og repræsentant fra Kvalitet, Udvikling og Kontrakter. Ligeledes kan samarbejdende leverandører inviteres med efter behov.

Hyppighed: 3 - 5 gange årligt.

Mødeindkaldelse og referat: Center for Social og Sundhed er ansvarlig for at indkalde til møderne, udsende dagsorden samt tage referat ved møderne. Begge parter er ansvarlige for at melde punkter ind til dagsordenen.

Indhold:

- Gensidig orientering og vidensdeling om nye tiltag og ændringer, som har relevans for samarbejdet
- Konkrete borgersager, der ikke har kunnet løses på andre niveauer
- Mere generelle problemstillinger, opfølgning på påbud, klagesager, utilsigtede hændelser m.v.
- Udviklingsinitiativer fra Innovationspartnerskabet, ny viden på social- og sundhedsområdet, projekter og nye initiativer m.v. bringes op til orientering og drøftelse

6.3 Bilaterale møder (strategisk niveau)

Formål: Formålet er at sikre dialog og samspil på strategisk niveau.

Deltagere: Det øverste ledelsesniveau fra Gribskov Kommune/Centerchef og direktør (mødeleder) og leverandøren på direktionsniveau.

Hyppighed: 1-2 gange om året.

Mødeindkaldelse og referat: Center for Social og Sundhed er ansvarlig for at indkalde til møderne, udsende dagsorden samt tage referat ved møderne. Begge parter er ansvarlige for at melde punkter ind til dagsordenen.

Indhold:

- Gensidig orientering og vidensdeling om nye tiltag og ændringer af relevans for samarbejdet
- Forhandlinger ved omlægninger, afvigelser eller udviklingstiltag ift. den enkelte leverandør

6.4 Tværgående samarbejdsforum (taktisk og strategisk niveau)

Formål: Formålet er at skabe en ramme, der kan sikre en strategisk tilgang til forbedring af eksisterende indsatser, implementering af nye driftsnære tiltag og løsninger, faglig videndeling m.v. på tværs af alle leverandører. Forumet skal til enhver tid understøtte Gribskov Kommunes besluttede politiske mål og strategier på området. Desuden skal forummet understøtte en kontinuerlig udvikling i opgaveløsningen og løbende optimering af driften på et område under hastig forandring, eksempelvis i forhold til kontinuerlig forbedring af processerne – samspil og overgange – omkring borger, hospital, Center for midlertidigt ophold og hjemmeplejen.

Deltagere: Det øverste ledelsesniveau fra Gribskov Kommune/Centerchef og teamleder (mødeleder) samt leverandøren på ledelsesniveau (centerledere og ledere af hjemmepleje, madservice for hjemmeboende, sociale botilbud mv. og evt. nøglepersoner).

Leverandører med ansvar for følgende driftsområder deltager: Plejecentre, center for midlertidigt ophold, hjemmepleje på fritvalgsområdet og hjemmesygepleje til borgere i eget hjem uden for plejecentre, træning og rehabilitering, madservice til hjemmeboende samt sociale botilbud og socialpædagogisk støtte.

Hyppighed: 2 gange om året.

Mødeindkaldelse og referat: Center for Social og Sundhed er ansvarlig for at indkalde til møderne, udsende dagsorden samt tage referat ved møderne. Begge parter er ansvarlige for at melde punkter ind til dagsordenen.

Indhold:

- Udbredelse og drøftelse af den nyeste viden, nationale tiltag mv. inden for social- og sundhedsområdet
- Gensidig orientering og videndeling om nye tiltag og ændringer, som har relevans for det tværgående samarbejde og den kontinuerlige udvikling af opgaveløsningen, både fra den enkelte leverandør og fra Gribskov Kommune (fx det kommunale budget, strategiske fokuspunkter, udviklingstiltag, projekter og programmer mv.)
- Drøftelse, implementering og opfølgning på konkret nye tiltag og løsninger inden for rammerne af Gribskov Kommunes politiske mål og strategier, eksempelvis:
 - implementering af nye tiltag, der er udviklet i Innovationspartnerskabet
 - implementering af den aktiverende tilgang i al pleje og træning
 - tværgående kompetenceudvikling
 - implementering af nye metoder på tværs af leverandører
- Udbrede og drøfte konkrete erfaringer med nye metoder og værktøjer på tværs af leverandørerne
- Dele og sprede erfaringer med nye tiltag og løsninger i leverandørkredsen, herunder både "best practice" og "next practice"