



Tilsynsrapport København Kommune

Kommunal leverandør af hjemmesygepleje
Hjemmesygeplejen Amager

Uanmeldt opfølgende tilsyn 2022

INDHOLD

1.	FORMALIA	4
2.	VURDERING	5
2.1	TILSYNETS SAMLEDE VURDERING	5
2.2	TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER	6
3.	DATAGRUNDLAG	8
3.1	INTERVIEW MED LEDELSEN	8
3.2	DOKUMENTATION	10
3.3	OBSERVATION	12
3.4	INTERVIEW MED BORGERNE	14
3.5	GRUPPEINTERVIEW AF MEDARBEJDERE	15
4.	TILSYNETS FORMÅL OG METODE	19
4.1	FORMÅL	19
4.2	METODE	19
4.3	VURDERINGSSKALA.....	19
4.4	TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE.....	20
5.	YDERLIGERE OPLYSNINGER	21
6.	BILAG - HØRINGSSVAR FOR OPKLARENDE FEJL OG INFORMATIONER	22

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 er indsamlet under tilsynet ved interview med ledelsen, ved gennemgang af dokumentationen, observationer i forhold til medicinområdet og sygeplejeopgaver derudover, borgerinterviews og gruppeinterview med medarbejderne.

For hvert mål foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

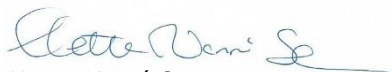
Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

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

Med venlig hilsen



Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig



Mette Norré Sørensen
Senior Manager
Mobil: 4189 0475
Mail: meo@bdo.dk
Projektansvarlig

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



1. FORMALIA

Oplysninger om leverandøren og tilsynet
Navn og Adresse: Hjemmeplejen Amager (AMA), Hans Bogbinders Allé 3, 2300 København S.
Leder: Anette Gyldengren
Dato for tilsynsbesøg: Den 31. maj og 1. juni 2022
Datagrundlag: <ul style="list-style-type: none">• Interview med hjemmesygeplejens ledelse• Gennemgang af dokumentation• Observationer ift. til medicinområdet og sygeplejeopgaver• Tilsynsbesøg hos tolv borgere• Gruppeinterview med tre sygeplejersker
Tilsynet er anmeldt en dag forinden. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding til ledelsen.
Tilsynsførende: Gitte Duus Andersen, Manager og sygeplejerske, cand. cur Mette Norré Sørensen, Senior manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

BDO har på vegne af Københavns Kommune gennemført et uanmeldt opfølgende tilsyn i Hjemmesygeplejen AMA. Den samlede tilsynsvurdering er, jf. beskrivelsen af vurderingsskalaen under afsnit 4.3:

Meget tilfredsstillende

Interview med ledelsen:

Tilsynet vurderer, at ledelsen kan redegøre for, hvordan der er arbejdet målrettet med anbefalingerne fra det ordinære tilsyn. Hertil kan tilsynet konstatere, at der ved det opfølgende tilsyn er sket forbedringer på en lang række områder, men at der fortsat er mindre mangler, som dog relativt let vil kunne afhjælpes. Samtidig vurderes det, at ledelsen kan redegøre for, hvordan der arbejdes med relevante emner i kvalitetsarbejdet, understøttet af tilgangen fra forbedringsmodellen, og at der er en systematisk organisering af kvalitetsarbejdet, som medvirker til at understøtte en høj kvalitet i opgaveløsningen.

Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at der er sket tydelige forbedringer på dokumentationsområdet siden det ordinære tilsyn. Dette er blandt andet gældende for helbredstilstande, hvortil tilsynet vurderer, at der for alle borgere er taget stilling til alle helbredstilstande, og at der er tydelig sammenhæng mellem tilstandene, de tildelte ydelser og den medicinske behandling. Ligeledes vurderes det, at der er sket forbedringer i forhold til dokumentationen i handlingsanvisninger for sygeplejeindsatser ud over medicin, men at der fortsat forekommer mindre mangler hos to borgere.

I forhold til dokumentationen på medicinskemaet er det tilsynets vurdering, at dokumentationen generelt overholder gældende retningslinjer på området, men at oplysninger om administration af en borgers pn-medicin bør opdateres, idet borgeren selv administrerer medicinen. Videre vurderes det, at der er oprettet relevante handlingsanvisninger relateret til medicindispensering, "støtte til indtagelse af medicin" samt medicinadministration og injektion, og at handlingsanvisningerne generelt indeholder individuelle og hand-
levejledende beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres. På trods af dette forekommer der dog mindre mangler på området, som der let kan rettes op på.

Samtidig vurderes det, at der foretages løbende dokumentation af afvigelser og opfølgning på indsatser under observationsnotater i Cura.

Observation:

Tilsynet vurderer, at der ved det opfølgende tilsyn kan konstateres tydelige forbedringer i henhold til opbevaringen af borgernes medicin, og at der for alle borgere er overensstemmelse mellem "Antal enheder dispenseret i doseringsæske" i kortet "Fast administration" og antallet af tabletter i doseringsæsken. Samtidig vurderes det dog, at der fortsat forekommer enkelte mangler, idet en borger mangler CPR-nummer på alle medicinæsker, at der er ses manglende overensstemmelse i handelsnavne for to borgere, samt at en borgers pn-medicin opbevares i medicinkasse, og dermed ikke er til rådighed for borgeren. Dette på trods af, at der på medicinskemaet er anført, at borgeren selv administrerer pn-medicinen. Herudover vurderer tilsynet, at de grønne poser ikke anvendes konsekvent og ensartet hos fire borgere.

Tilsynet vurderer, at der i forhold til kvaliteten af medicinadministration og injektion forekommer mangler, idet der ses enkelte mangler i kvitteringen for medicinadministrationen hos tre borgere, og at der ikke er påført anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed for to borgere i skærmbesøg.

Det vurderes, at der er overensstemmelse mellem den behandling, der er dokumenteret i handlingsanvisningen, og de leverede sygeplejeindsatser.

Interview med borgerne:

Tilsynet har foretaget interviews med tolv borgere, og tilsynet vurderer på baggrund heraf, at borgerne får leveret hjælpen som aftalt, og at størstedelen af borgerne oplever, at hjælpen leveres i faste tidsrum eller på nogenlunde faste tidspunkter. Samtidig vurderes det, at borgerne oplever tryghed ved den hjælp, de modtager, og at borgerne oplever, at de får den hjælp og støtte, som de har behov for, og at de udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen.

Hos en borger er der udfyldt ”fravalg af genoplivning”. Hertil vurderes det, at det i forhold til de udvalgte borgere ikke er relevant at spørge ind til fravalg omkring genoplivning, grundet borgernes helbredsmæssige tilstand.

Det vurderes, at borgerne generelt oplever høj kontinuitet i leveringen af sygeplejeindsatserne, og at besøg fra forskellige medarbejdere eller vikarer er af mindre betydning, idet det sker sjældent, og at langt de fleste medarbejdere ved, hvilken hjælp borgerne har behov for. Endvidere er det tilsynets vurdering, at borgerne oplever at blive mødt af medarbejderne med en respektfuld, venlig og imødekommende kommunikation og adfærd.

Interview med medarbejderne:

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for arbejdsgange ved ændringer i borgernes tilstand, herunder også hvordan der foretages dokumentation relateret til helbredstilstande og borgernes sidste tid. Herudover kan medarbejderne, med forbedring fra det ordinære tilsyn, redegøre for arbejdsgange ved medicindispensering med sammenhæng til gældende retningslinjer. Samtidig vurderes det, at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for faglige observationer og handlinger i relation til medicinadministration og injektion, men at der ikke forekommer en fast arbejdsgang for, hvordan der sikres anbrudsdato på insulinpen hos borgere med skærmbesøg.

Medarbejderne kan på en særdeles tilfredsstillende måde og med faglig overbevisning redegøre for arbejdet med handlingsanvisninger og for, hvordan der søges viden gennem VAR eller kommunale retningslinjer og instrukser. Endelig vurderes det, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre respektfuld, anerkendende og ligeværdig kommunikation og adfærd i mødet med borgerne.

2.2 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

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

Bemærkninger	Anbefalinger
Tilsynet bemærker, at der er sket forbedringer på dokumentationsområdet siden det ordinære tilsyn, men at der fortsat er mindre mangler relateret til dokumentationen på medicinskemaet og i handlingsanvisningerne.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder en målrettet og systematisk indsats på dokumentationsområdet, så det sikres, at dokumentationen på både medicinskemaer og i handlingsanvisninger er korrekte og løbende ajourføres.
Tilsynet bemærker, at der på trods af forbedringer på medicinområdet fortsat konstateres enkelte mangler, herunder: <ul style="list-style-type: none"> • Manglende CPR-nummer på doseringsæsker hos en borger. • Manglende overensstemmelse i handelsnavne hos to borgere. • At en borgers pn-medicin opbevares i medicinkasse, og dermed ikke er til rådighed for borgeren. Herudover bemærker tilsynet, at de grønne poser ikke anvendes konsekvent og ensartet hos fire borgere.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen, som en del af den nuværende indsats på medicinområdet, sikrer: <ul style="list-style-type: none"> • At der påføres navn og CPR-nummer på doseringsæsker hos alle borgere. • At handelsnavne opdateres, så der sikres overensstemmelse mellem medicinskemaet og præparatet i hjemmet. • At den pn-medicin, som borgerne selv administrerer, opbevares så den er til rådighed for borgerne. • At medicinen opbevares på en ensartet måde, hvortil de farvede poser anvendes som beskrevet i gældende vejledning.

<p>Tilsynet bemærker, at der er enkelte mangler i kvitteringen for medicinadministrationen hos tre borgere.</p>	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne til enhver tid foretager korrekt kvittering for medicinadministration af ikke-dispenserbar medicin.</p>
<p>Tilsynet bemærker, at der ikke er påført anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed hos de to borgere, der modtager deres indsatser via skærmbesøg.</p> <p>Hertil bemærkes det på baggrund af interview med medarbejderne, at der ikke forekommer en fast arbejdsgang for, hvordan der sikres anbrudsdato på medicinen ved skærmbesøg.</p>	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer en klar og tydelig arbejdsgang, som understøtter, at der påføres anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter anbrud hos borgere, der modtager deres indsatser via skærmbesøg.</p>

3. DATAGRUNDLAG

3.1 INTERVIEW MED LEDELSEN

Mål 1: Særlige fokusområder i kvalitetsarbejdet	
Emne	Data
Opfølgning på sidste års tilsyn	<p>Ved det ordinære 2021-tilsyn modtog hjemmesygeplejen vurderingen "mindre tilfredsstillende" samt en række anbefalinger særligt målrettet dokumentationen og medicinområdet.</p> <p>Ledelsen fortæller, at der som opfølgning herpå blev udarbejdet en handleplan, hvor der i forhold til dokumentationen er arbejdet med at opdatere borgernes journaler. Hertil beskrives det, hvordan der indledningsvist blev tildelt kontaktsygeplejersker for de borgere, som indgik i tilsynet, hvorefter dokumentationen for disse borgere blev gennemgået og opdateret. Efterfølgende blev journalerne for en afgrænset gruppe borgere ligeledes opdateret, og der blev arbejdet videre med læringen herfra, således at alle journaler løbende ajourføres. Ledelsen italesætter, at indsatsen blev understøttet af konsulenter fra forvaltningen. Herudover er der gennemført en-til-en undervisning af medarbejderne samt foretaget undervisning af gruppeliderne, så de kan understøtte medarbejderne i den daglige dokumentation. I undervisningen var der blandt andet fokus på "den røde tråd" i dokumentationen, hvilket bevirkede, at flere medarbejdere har fået en større forståelse for opbygning og sammenhæng.</p> <p>På medicinområdet er der gennem forbedringsarbejdet arbejdet videre med forskellige hjælperedskaber, som fx medicinbestillingsseddel og tydelig label til doseeringsæsker for "uge 1" og "uge 2". Ledelsen beskriver, hvordan den nye label er udviklet i samarbejde med borgerne, og at denne skal implementeres i hele kommunen. Sedlen til medicinbestilling beskrives som et simpelt redskab, der medvirker til at understøtte, at borgerne henter den rette medicin, så der er nok medicin i hjemmet til fuld dispensering.</p> <p>Ledelsen italesætter også, hvordan der i en gruppe er arbejdet målrettet med at sikre kvittering af administration ved ikke-dispenserbar medicin, mens en anden gruppe har arbejdet målrettet med at sikre anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed. Herudover er det gennemgået med medarbejderne, hvor registreringskemaer for fx injektion og smerteplaster kan udsøges, så alle medarbejderne har den nødvendige viden.</p> <p>Endvidere er udført forskellige tiltag for at understøtte korrekt opbevaring af medicinen samt korrekt dispensering til fulde dage. Blandt andet beskrives det, at farmaceuten har gennemført undervisning af faste medarbejdere i opbevaring af medicin og egenkontrol. Ledelsen beskriver, at undervisningen skal gentages, og at der løbende er planlagt undervisning for alle nyansatte medarbejdere. Herudover foretager både farmaceuten og farmakonomerne audits på medicinen i hjemmet sammen med sygeplejerskerne. Videre arbejdes der målrettet med modtagelsen af borgere efter udskrivelse fra hospitalet, hvor farmaceuten kontakter borgeren med henblik på at forberede borgeren og sikre, at medicinen er tilgængelig i hjemmet.</p> <p>Endelig beskriver ledelsen, at der arbejdes ud fra en fast og systematisk arbejdsgang som metode for at sikre, at medarbejderne får de rette remedier med ud til borgerne. Når besøget varetages af en vikar, lægges remedierne klar sammen med en tablet, så det er let tilgængeligt for vikaren.</p>

Særlige fokusområder i kvalitetsarbejdet	<p>Ledelsen fortæller, at der ud over medicin og dokumentation er arbejdet målrettet med hygiejneområdet, hvilket også var en del af anbefalingen ved sidste tilsyn i hjemmeplejen. Her er der udført en fælles indsats med hjemmeplejen, hvor der blev udført studiebesøg i aftenplejen, og der var en ekstra hygiejneuge. Der er gennemført hygiejne-quiz og sat fokus på, at medarbejderne har de rette remedier med i taskerne. Herudover er der opstartet hygiejnenetværk, hvor to medarbejdere fra hver gruppe er udpeget som nøglepersoner, og som har modtaget særlig undervisning i området.</p> <p>Ledelsen italesætter også, at der fortsat arbejdes systematisk med de utilsigtede hændelser, hvor der udføres hændelsesanalyser, når det er relevant. Herudover arbejdes der målrettet med kommunikationen mellem visitation og hjemmepleje/sygepleje, hvor der opleves forskellige udfordringer efter ændringer i organiseringen for myndigheden.</p> <p>Endvidere beskrives det, at der kontinuerligt arbejdes målrettet med at få borgere motiveret til skærmbesøg eller sygeplejeklinik. Hertil beskrives det, at der er en stigning i antallet af borgere på skærmbesøg, og at der arbejdes på at åbne to nye klinikker.</p>
--	--

Tilsynets samlede vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at ledelsen kan redegøre for, hvordan der er arbejdet målrettet med anbefalingerne fra det ordinære tilsyn. Hertil kan tilsynet konstatere, at der ved det opfølgende tilsyn er sket forbedringer på en lang række områder, men at der fortsat er mindre mangler, som dog relativt let vil kunne afhjælpes. Samtidig vurderes det, at ledelsen kan redegøre for, hvordan der arbejdes med relevante emner i kvalitetsarbejdet, understøttet af tilgangen fra forbedringsmodellen.

Mål 2: Tilgang til systematisk kvalitetsarbejde	
Emne	Data
Organisering af kvalitetsarbejdet	<p>Ledelsen fortæller, at der ikke er ændringer i forhold til organiseringen siden det ordinære tilsyn. Der arbejdes derfor fortsat med duoledelse i sygeplejen og med forbedringsmodellen, hvor der er nedsat et lille forbedringsteam i hver gruppe, som indgår i en større klynge. Hertil indgår et medlem fra hver klynge i en kvalitetsgruppe, som mødes efter en fast kadence. Ledelsen italesætter, at der er fokus på at skabe en god feedback kultur, der bidrager til at skabe læring på tværs af grupperne. Organiseringen omkring de utilsigtede hændelser er ligeledes uændrede. Dermed er det fortsat gruppelederne, der sammen med en stabsmedarbejder præsenterer de utilsigtede hændelser for en konkret gruppe. Endelig italesættes også, at utilsigtede hændelser indgår som en fast del af ledermøderne, som en del af at sikre læring på tværs.</p>

Tilsynets samlede vurdering - 1

Tilsynet vurderer, at der er en systematisk organisering af kvalitetsarbejdet, der medvirker til at understøtte en høj kvalitet i opgaveløsningen.

Mål 3: Hvad skal tilsynet have fokus på?	
Emne	Data
Hvad synes I, tilsynet skal lægge særligt mærke til?	Tilsynet er bedt om at lægge særligt mærke til kommunikationen, fx i forbindelse med skærmbesøg.

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til de enkelte målepunkter. Tilsynet bemærker, at der hos flere af borgerne er udført ændringer i dokumentationen i forbindelse med tilsynsdagene. Hertil er der dog tale om mindre ændringer, hvilket overordnet set ikke påvirker den samlede vurdering af dokumentationen.

3.2 DOKUMENTATION

Mål 1: Der er sammenhæng mellem de tildelte ydelser og borgerens behov	
Emne	Data
Stillingtagen til helbredstilstande	For alle tolv borgere ses, at der er taget stilling til de 12 problemområder under helbredstilstande.
Sammenhæng i dokumentationen	Helbredstilstandene er opbygget ud fra en ensartet og systematisk tilgang, hvilket bidrager til at skabe et hurtigt overblik over borgernes helbredsmæssige tilstand. Der ses en tydelig rød tråd og sammenhæng mellem borgernes helbredstilstande, de tildelte ydelser og indikationen på den medicinske behandling, og der er anført behandlingsansvarlig læge.
Livets afslutning	For en borger er der udfyldt "fravalg af genoplivning" ud fra gældende retningslinjer. For ingen borgere ses der dokumentation af borgernes ønsker til den sidste tid under livshistorie i de generelle oplysninger. For tre borgere ses dog dokumentation af borgernes livshistorie beskrevet i forskellig detaljeringsgrad. Tilsynet konstaterer, at det i forhold til de udvalgte borgere ikke er relevant at spørge ind til fravalg omkring genoplivning, grundet borgernes helbredsmæssige tilstand.
Tilsynets samlede vurdering - 1	
<p>Tilsynet vurderer, at der er sket en tydelig forbedring i dokumentationen i helbredstilstande sammenlignet med det ordinære tilsyn. Hertil vurderes det, at der for alle borgere er taget stilling til alle helbredstilstande, og at der er tydelig sammenhæng mellem tilstandene, de tildelte ydelser og den medicinske behandling.</p> <p>Tilsynet vurderer, at der hos en borger er udfyldt "fravalg af genoplivning". Hertil vurderes det, at det i forhold til de udvalgte borgere ikke er relevant at spørge ind til fravalg omkring genoplivning, grundet borgernes helbredsmæssige tilstand.</p>	

Mål 2: Kvaliteten af medicin-dispensering er tilfredsstillende	
Emne	Data
Overholder medicindokumentationen gældende retningslinjer?	<p>For borgere, der modtager støtte til medicindispensering, ses det, at FMK-oplysninger er behandlet korrekt, og at dokumentationen på medicinskemaerne overholder gældende retningslinjer på området. Samtidig konstateres det dog, at oplysninger om administration af pn-medicin bør opdateres for en borger, idet borgeren selv administrerer medicinen.</p> <p>Der ses dokumentation af stillingtagen til medicinsk Cave for alle borgere, fraset én borger, som dog kun modtager støtte til injektion.</p> <p>Af kortet "Generelle medicinoplysninger" fremgår gode og brugbare oplysninger relateret til medicinen. Fx ses tydelig beskrivelse af, hvem der varetager dispenseringen, og hvem der administrerer medicinen samt aftaler om bestilling og afhentning af medicinen.</p>

	Herudover ses, at der er oprettet handlingsanvisninger for medicindispensering hos alle borgere samt handlingsanvisninger for indsatsen "støtte til indtagelse af medicin" for de borgere, hvor det er relevant. Handlingsanvisningerne indeholder generelt individuelle og handlevejledende beskrivelser af indsatsen med tilhørende link til VAR.
--	---

Tilsynets samlede vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at dokumentationen på medicinskemaet og i handlingsanvisninger relateret til medicindispensering og "støtte til indtagelse af medicin" lever op til gældende krav og retningslinjer på området. Samtidig vurderes det, at oplysninger om administration af pn-medicin for en borger bør opdateres, idet borgeren selv administrerer medicinen.

Mål 3: Kvaliteten af medicin-administration/ injektion er tilfredsstillende

Emne	Data
Overholder medicindokumentationen gældende retningslinjer?	<p>Dokumentationen på medicinskemaerne overholder generelt gældende retningslinjer for de fem borgere, der modtager indsatser til medicinadministration eller injektion, herunder insulingivning. For en borger ses dog, at en afsluttet behandling med medicinsk creme fortsat er anført på medicinskemaet. Tilsynet oplyses om, at dette skyldes manglende slutdato, og at der vil blive fulgt op herpå.</p> <p>Tilsynet gennemgår handlingsanvisninger for fx insulingivning, administration af injektion og behandling med medicinsk creme. Det konstateres, at der er oprettet relevante handlingsanvisninger, og at beskrivelserne generelt fremstår individuelle, handlevejledende og ajourførte med relevant link til VAR. Tilsynet bemærker positivt, at der er tydelige beskrivelser af, hvordan borgerne inddrages i indsatsen.</p> <p>Hertil konstateres det dog, at der for en borger, der modtager skærmbesøg, at det af beskrivelsen ikke fremgår tydeligt, om besøget leveres i hjemmet eller af skærmenheden.</p>

Tilsynets samlede vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at dokumentationen på medicinskemaerne generelt overholder gældende retningslinjer for de fem borgere, der modtager indsatser til medicinadministration eller injektion, og at der er oprettet relevante handlingsanvisninger, som generelt indeholder individuelle og handlevejledende beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres. Samtidig vurderes det dog, at der er mindre mangler på området, som det let kan rettes op på.

Mål 4: Kvaliteten af sygeplejeydelser (ud over medicin) er tilfredsstillende

Emne	Data
Handlingsanvisninger	<p>Tilsynet har gennemgået handlingsanvisningerne for de ti borgere, der modtager sygeplejeydelser ud over medicin, som fx sårbehandling, katheterpleje, måling af blodsukker, kompressionsbehandling eller psykisk støtte.</p> <p>Generelt ses det, at handlingsanvisningerne indeholder tydelige, individuelle og handlevejledende beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres, og hvordan borgeren medinddrages i indsatsen. For blodsukkermålinger ses også, at der er noteret referenceværdier, ligesom der for sårbehandling ses tydelig beskrivelse af sårets placering og størrelse samt rækkefølge på behandling. Beskrivelserne i handlingsanvisningerne understøtter i høj grad af, at opgaven kan udføres ensartet og med en høj kvalitet. Tilsynet bemærker dog enkelte mangler hos to borgere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • For en borger ses, at handlingsanvisningen for støttestrømper blot indeholder standardskabelon, og dermed ikke er relevant udfyldt.

	<ul style="list-style-type: none"> • For en anden borger ses, at handlingsanvisningen for psykisk støtte indeholder gamle og mindre relevante oplysninger, og at beskrivelsen ikke giver et tydeligt billede af, hvordan nuværende indsats skal udføres. <p>Tilsynet konstaterer, at der for alle borgere foretages løbende dokumentation af afvigelser og opfølgning på indsatser under observationsnotater i Cura. Herunder ses fx opfølgning på sårbehandling, hvilket bidrager til et tydeligt billede af progressionen af behandlingen. Ligeledes ses dokumentation af målinger, svarende til frekvens anført i handlingsanvisningen samt dokumentation af afvigelser relateret til medicindispensering eller administration.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 2	
<p>Tilsynet vurderer, at der er sket forbedringer i forhold til dokumentationen i handlingsanvisninger for sygeplejeindsatser ud over medicin, men at der fortsat forekommer mindre mangler hos to borgere. Samtidig vurderes det, at der foretages løbende dokumentation af afvigelser og opfølgning på indsatser under observationsnotater i Cura.</p>	

3.3 OBSERVATION

Mål 1: Kvaliteten af medicin-dispensering er tilfredsstillende	
Emne	Data
Medicinen, inklusiv den dispense-rede, opbevares i overensstemmelse med gældende retningslinjer	<p>For de borgere, som modtager støtte til medicindispensering, ses, at der hos alle borgere, fraset én borger, er påsat labels med borgerens navn og CPR-nummer på doseringsæskerne. Hos to borgere bemærker tilsynet, at enkelte labels er slidte, og trænger til udskiftning.</p> <p>Borgernes medicin opbevares i medicinkasser, og der anvendes farvede poser, som en del af at sikre tydelig adskillelse af borgernes aktuelle medicin, seponeret medicin og pn-medicin. Tilsynet bemærker dog følgende mangler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • For to borgere ses manglende overensstemmelse mellem handelsnavn på præparatet i beholdningen og handelsnavn på medicinskemaet. • For en borger ses, at borgerens pn-medicin opbevares i medicinkassen, og medicinen er dermed ikke til rådighed for borgeren. Dette på trods af, at der på medicinskemaet er anført, at borgeren selv administrerer medicinen. • For fire borgere ses, at der ikke konsekvent anvendes grønne poser til opbevaring af den aktuelle uanbrudte medicin. Hos en borger opbevares enkelte af de uanbrudte præparater i grøn pose, mens de øvrige uanbrudte præparater opbevares sammen med den anbrudte medicin. Hos de øvrige borgere ses, at den aktuelle medicin (anbrudt og uanbrudt) opbevares samlet i kassen, og at der er sat kryds på de anbrudte præparater. Hos en borger ses dog, at der er sat kryds på to ens anbrudte præparater.

Overensstemmelse mellem 'Antal enheder dispenseret i doseringsæske' i kortet 'Fast administration', og antallet af tabletter i doseringsæsken	For alle borgere ses det, at der er overensstemmelse mellem 'Antal enheder dispenseret i doseringsæske' i kortet 'Fast administration', og antallet af tabletter i doseringsæsken.
Risikosituationslægemidler	Ingen af de besøgte borgere er i behandling med risikosituationslægemidlet Marevan eller Marcumar. Dog er flere af borgerne i anden behandling med risikosituationslægemidler, som fx insulinbehandling, blodfortyndende medicin og opioider. Hos disse borgere ses relevant beskrivelse af risikosituationslægemidlet i handlingsanvisningen, og præparatet ses korrekt anført på medicinskemaet.

Tilsynets samlede vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at der ved det opfølgende tilsyn kan konstateres tydelige forbedringer i henhold til opbevaringen af borgernes medicin, og at der for alle borgere er overensstemmelse mellem 'Antal enheder dispenseret i doseringsæske' i kortet 'Fast administration' og antallet af tabletter i doseringsæsken. Samtidig vurderes det dog, at der fortsat forekommer enkelte mangler, idet der for en borger mangler CPR-nummer på medicinæsker, at der er ses manglende overensstemmelse i handelsnavne for to borgere, samt at en borgers pn-medicin opbevares i medicinkasse, og dermed ikke er til rådighed for borgeren. Dette på trods af, at der på medicinskemaet er anført, at borgeren selv administrerer pn-medicinen. Herudover vurderer tilsynet, at de grønne poser ikke anvendes konsekvent og ensartet hos fire borgere.

Mål 2: Kvaliteten af medicinadministration/ injektion er tilfredsstillende

Emne	Data
Medicinadministration/injektion	<p>Ni borgere modtager støtte til administration af ikke-dispenserbar medicin, som fx insulin eller medicinsk creme. Heraf modtager to af borgerne deres indsats ved skærmbesøg.</p> <p>For alle borgere ses, at medicinen opbevares korrekt, og at der generelt foretages korrekt kvittering for den administrerede medicin. For tre borgere ses dog enkelte mangler i kvitteringen for administration af insulin eller medicinsk creme.</p> <p>Herudover konstaterer tilsynet, at der for de borgere, der modtager indsatsen i eget hjem, anvendes stikkeskema ved injektion, samt at der er påført anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed.</p> <p>For de to borgere, der modtager indsatsen ved skærmbesøg, konstaterer tilsynet, at borgernes insulinpen ikke er påført anbrudsdato på trods af, at medicinen har begrænset holdbarhed efter anbrud.</p>

Tilsynets samlede vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at der i forhold til kvaliteten af medicinadministration og injektion forekommer mangler, idet der ses enkelte mangler i kvitteringen for medicinadministrationen hos tre borgere, og at der ikke er påført anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed for to borgere i skærmbesøg.

Mål 3: Kvaliteten af sygeplejeydelser (ud over medicin) er tilfredsstillende	
Emne	Data
Overensstemmelse mellem behandling, handlingsanvisninger og de leverede sygeplejeydelser	<p>Tilsynet besøger borgere, der modtager støtte til katheterpleje, kompressionsbehandling, sårbehandling og forskellige indsatser relateret til medicin. For alle borgerne ses, at der er overensstemmelse mellem behandlingen dokumenteret i handlingsanvisninger og de leverede sygeplejeindsatser.</p> <p>En borger har sat en kasse klar med forskellige remedier, så det hele er klar til, når sygeplejersken kommer. Sygeplejersken ringer til borgeren, mens tilsynet er til stede, og kommer kort efter op i lejligheden. Borgeren reagerer med smil og glæde ved synet af medarbejderen, og borgeren begynder straks at tale til medarbejderen i en let drillende og venskabelig tone.</p> <p>Herudover observerer tilsynet et skærmbesøg udført hos en borger, der støttes i at måle blodsukker, administrere insulin og tage medicin. Medarbejderen kontrollerer både insulin og medicin, inden borgeren administrerer den. Medarbejderen taler i en venlig og rolig tone, og der er en god kontakt mellem medarbejderen og borgeren under besøget, hvori medarbejderen giver borgeren den nødvendige tid til at foretage opgaverne.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 1	
Tilsynet vurderer, at der er overensstemmelse mellem den behandling, der er dokumenteret i handlingsanvisningen, og de leverede sygeplejeindsatser.	

3.4 INTERVIEW MED BORGERNE

Mål 1: Kvaliteten af sygeplejeydelser er tilfredsstillende	
Emne	Data
Tryghed ved sygeplejen	<p>Borgerne beskriver alle, at sygeplejerskerne kommer som aftalt, og at de altid kender dagen for besøget. Størstedelen af borgerne nævner også, at sygeplejerskerne enten kommer om formiddagen eller på nogenlunde faste tidspunkter, og at der tages hensyn til borgernes aftaler om fx bad eller hospitalsbesøg. Særligt de to borgere med skærmbesøg oplever, at besøget leveres på et fast tidspunkt.</p> <p>Enkelte borgere italesætter, at de ikke kender tidspunktet for besøget, men siger samtidigt, at dette er af mindre betydning.</p> <p>Borgerne beskriver, at de er trygge ved den hjælp, som de modtager. Borgerne begrundes trygheden med, at medarbejderne er omhyggelige og grundige i besøget eller at indsatsen leveres af medarbejdere, som de kender.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 1	
Tilsynet vurderer, at borgerne får leveret hjælpen som aftalt, og at størstedelen af borgerne oplever, at hjælpen leveres i faste tidsrum eller på nogenlunde faste tidspunkter. Samtidig vurderes det, at borgerne oplever tryghed ved den hjælp, som de modtager fra sygeplejen.	

Mål 2: Der er sammenhæng mellem de tildelte ydelser og borgerens behov	
Emne	Data
Sammenhæng mellem ydelser og borgerens behov	Borgerne beskriver alle, hvordan de får den hjælp og støtte, som de har behov for, og de udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen.

	<p>Flere af borgerne beskriver også, hvordan hjælpen leveres af nogenlunde de samme medarbejdere, som altid ved, hvad de skal lave. Borgerne nævner flere af medarbejderne ved fornavn, og borgerne beskriver medarbejderne som værende ærekære, grundige og omhyggelige.</p> <p>En borger fortæller, hvordan han har været med til at lære flere af medarbejderne op, og at han finder dette helt fint.</p> <p>To borgere beskriver, at medarbejderne ind i mellem ikke har medbragt de rette remedier. Borgerne finder dette uproblematisk, idet medarbejderne ofte blot kører retur og henter remedierne.</p> <p>Enkelte af borgerne italesætter, hvordan der også kan komme forskellige medarbejdere eller vikarer. Dette er dog af mindre betydning, idet det sker sjældent, og langt de fleste medarbejdere ved, hvilken indsats der skal udføres. En borger siger fx: <i>"Ja, de ved som regel, hvad det drejer sig om, de læser på deres skærm"</i>.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 1	
Tilsynet vurderer, at borgerne oplever, at de får den hjælp og støtte, som de har behov for, og at de udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen. Hertil vurderes det, at borgerne generelt oplever høj kontinuitet i leveringen af sygeplejeindsatserne, og at besøg fra forskellige medarbejdere eller vikarer er af mindre betydning, idet det sker sjældent, og at langt de fleste medarbejdere ved, hvilken hjælp borgerne har behov for.	

Mål 3: Borgeren oplever god kontakt til medarbejderne og respekt i hverdagen	
Emne	Data
Kontakt og respekt	<p>Borgerne italesætter, hvordan medarbejderne har en imødekommende, venlig og respektfuld kommunikation og adfærd. Hertil beskriver borgerne, at medarbejderne altid banker høfligt på døren, og at de præsenterer sig ved ankomst. En borger siger fx: <i>"De taler altid ganske fint og høfligt. Det føles meget naturligt, når de er her"</i>. Flere borgere fremhæver også, at medarbejderne spørger pænt ind til, om de må beholde skoene på, eller om de skal iføre sig overtræksko.</p> <p>Få af borgerne beskriver, hvordan enkelte vikarer ikke altid er lige så snaksaglige, eller taler i en anden tone end de faste medarbejdere. En borger beskriver også, at vikarerne ofte blot låser sig ind i boligen. Ingen af borgerne ønsker at problematisere dette, og borgerne beskriver samtidig, at de også modtager besøg af venlige og respektfulde vikarer. En borger reflekterer og svarer blot: <i>"mennesker er jo forskellige"</i>.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 1	
Tilsynet vurderer, at borgerne oplever at blive mødt af medarbejderne med en respektfuld, venlig og imødekommende kommunikation og adfærd.	

3.5 GRUPPEINTERVIEW AF MEDARBEJDERE

Mål 1: Der er sammenhæng mellem de tildelte ydelser og borgerens behov	
Emne	Data
Arbejdsgange ved ændringer i borgernes tilstand	Medarbejderne beskriver arbejdsgange ved forandringer i borgernes tilstand, hvor der fx udføres TOBS og iværksættes handlinger relateret til resultatet. Hertil italesættes, hvordan der fx kan iværksættes øget besøg fra sygeplejen eller tages kontakt til borgernes læge.

	<p>Medarbejderne fremhæver også samarbejdet med akutteamet, der kan bistå med sparring eller hurtigt besøg, hvilket eventuelt kan forebygge en indlæggelse.</p> <p>Medarbejderne beskriver, hvordan de sikrer opdatering af dokumentation ved forandringer i borgernes tilstand, og at der sikres information til relevante samarbejdspartnere. Dette kan fx være gennem opringning til hjemmeplejen ved akutte forhold eller gennem dokumentation til visitationen, såfremt der skal ændres i borgernes ydelser.</p> <p>Adspurgt til udfyldelse af helbredstilstande beskriver medarbejderne korrekt, hvordan disse udarbejdes med sammenhæng til borgerens indsatser og den medicinske behandling.</p> <p>Tilsynet spørger også ind til dokumentationen relateret til borgerens sidste tid, hvortil medarbejderne redegør for lægelig ordination af "ingen genoplivning". Herudover beskriver medarbejderne faglige overvejelser i forhold til, hvornår den sidste tid drøftes med borgerne.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 1	
Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for arbejdsgange ved ændringer i borgernes tilstand, herunder også hvordan der foretages dokumentation relateret til helbredstilstande og borgerens sidste tid.	

Mål 2: Kvaliteten af medicin-dispensering er tilfredsstillende	
Emne	Data
Medicindispensering og gældende retningslinjer	<p>En medarbejder redegør korrekt og med sammenhæng til gældende instruks for arbejdsgange i forbindelse med medicindispensering. Hertil beskrives fx, hvordan medarbejderen kontrollerer dokumentation og FMK inden besøget, samt om borgeren har afhentet den bestilte medicin. Såfremt medicinen ikke er afhentet, som aftalt, beskrives det, hvordan der tages kontakt til borgeren eller apotek, så der er den nødvendige medicin i hjemmet under besøget.</p> <p>Medarbejderen fremhæver, at der udelukkende foretages dispensering til fulde dage, og at der dermed ikke anvendes efterdispenseringer. Hertil beskrives også, at der sikres bestilling af medicin til næste dispensering. Medarbejderne italesætter anvendelsen af de nye labels og bestillingssedler, som de finder brugbare.</p> <p>Herudover italesættes det, hvordan der foretages eftertælling, som en del af medarbejderens egenkontrol. For at sikre korrekt opbevaring beskriver medarbejderne anvendelse af medicinkasser og farvede poser.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 1	
Tilsynet vurderer, at medarbejderne særdeles tilfredsstillende og med forbedring fra det ordinære tilsyn kan redegøre for arbejdsgange ved medicindispensering med sammenhæng til gældende retningslinjer.	

Mål 3: Kvaliteten af medicin-administration/ injektion er tilfredsstillende	
Emne	Data
Observationer ved medicinadministration/ injektion	Medarbejderne beskriver faglige observationer og handlinger i relation til medicinadministration og injektion. Hertil beskrives det, hvordan der sikres korrekt opbevaring af insulin, at der påføres anbrudsdato på insulinpennen, og at der anvendes stikkeskema, hvilket understøtter vekslen mellem injektionssted.

	<p>Medarbejderne beskriver, at der også anvendes skema til placering af smerteplaster. Supplerende hertil beskrives observationer af hud og korrekt håndtering af det brugte smerteplaster.</p> <p>Medarbejderne italesætter, at administrationen altid skal registreres i Cura. Herudover beskrives det, hvordan der ved det første besøg foretages vurdering af, om borgeren er relevant til klinik, skærmbesøg, eller om indsatsen kan opgaveoverdrages.</p> <p>Tilsynet foretager refleksion med medarbejderne omkring nogle af de forhold, som er observeret ved det opfølgende tilsyn. Fx drøftes det, hvordan der sikres anbrudsdato på insulinpen hos borgere i skærmbesøg, hvortil medarbejderne beskriver ikke at have en fast arbejdsgang for området.</p> <p>Adspurgt til arbejdsgang for, hvordan sårplejeprodukter gøres klar til besøget, beskriver medarbejderne, hvordan de pakkede remedier opbevares i kasser, som dagligt tjekkes. Medarbejderne har en oplevelse af, at arbejdsgangen generelt fungerer godt, men at det kan ske, at remedier fx er lagt til en forkert dag, og derfor mangler ved besøget.</p> <p>Tilsynet observerer også, at enkelte medarbejdere ikke bærer korrekt arbejdsdragt på kontoret, idet medarbejderne er iført lange ærmer under kitlen. Medarbejderne redegør korrekt og med sammenhæng til gældende hygiejniske retningslinjer for både arbejdsdragt samt anvendelse af værnemidler i borgerkontakten.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 2	
Tilsynet vurderer, at medarbejderne på særdeles reflekteret vis kan redegøre for faglige observationer og handlinger i relation til medicinadministration og injektion, men at der ikke forekommer en fast arbejdsgang for, hvordan der sikres anbrudsdato på insulinpen hos borgere i skærmbesøg.	

Mål 4: Kvaliteten af sygeplejeydelser (ud over medicin) er tilfredsstillende	
Emne	Data
Arbejdet med handlingsanvisninger	<p>Medarbejderne beskriver, hvordan handlingsanvisninger anvendes til at sikre viden om, hvordan en indsats skal udføres. Det er derfor også vigtigt, at beskrivelsen i handlingsanvisningen er udførlig, individuel og tilpasset den enkelte borger, så det er tydeligt, hvordan handlingen skal udføres. En medarbejder beskriver, at det fx skal fremgå, hvor en medicindispensering udføres, eller hvilke produkter der skal anvendes til sårbehandling.</p> <p>Medarbejderne italesætter også, hvordan handlingsanvisningerne skal opdateres ved forandringer, og at borgerens samtykke skal sikres og beskrives.</p>
Gældende instrukser	<p>Medarbejderne beskriver, at der indsættes links til VAR i handlingsanvisningerne, og at redskabet er særligt brugbart i forhold til arbejdet med studerende. En medarbejder italesætter, hvordan VAR blev anvendt som en del af oplæring til intramuskulær injektion.</p> <p>Medarbejderne fremhæver også brugen af kommunale instrukser fra KK-intra, som fx arbejdsgange i forbindelse med COVID-19 og procedure for at sende en borger på afdelingen for lindring.</p> <p>Herudover beskrives det, hvordan der også forekommer situationer, hvor instrukser fra hospitalet skal følges, og at disse ofte medgives efter udskrivelser. Dette kan eksempelvis være i forbindelse med sårbehandling.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 1	
Tilsynet vurderer, at medarbejderne på særdeles tilfredsstillende måde og med faglig overbevisning kan redegøre for arbejdet med handlingsanvisninger, og for hvordan der søges viden gennem VAR eller kommunale retningslinjer og instrukser.	

Mål 5: Borgeren oplever god kontakt til medarbejderne og respekt i hverdagen	
Emne	Data
Kommunikation og adfærd	<p>Medarbejderne beskriver, hvordan de indleder besøget med at præsentere sig med navn og faggruppe, så borgeren ved, hvem der kommer. Herudover beskrives overvejelser med fodtøj, placering af overtøj og taske samt arbejdsmiljømæssige forhold.</p> <p>Adspurgte til tilgang og overvejelser ved indsatsen "psykisk støtte" beskrives det, hvordan der altid læses ind i handlingsanvisningen for at sikre viden om fokusområder. Medarbejderne italesætter herefter en rolig tilgang, hvor man sætter sig ned og lytter til det, som borgeren fortæller. En medarbejder beskriver fx, hvordan man skal "<i>være dygtig til at være stille</i>". Hertil beskrives også, hvordan medarbejderne har en styrende rolle i samtalen, så de kommer omkring de emner, der er relevante for indsatsen.</p> <p>Medarbejderne beskriver herudover, hvordan de er opmærksomme på stemningen hos enten den terminale borger eller borgere med demens, og at det her er vigtigt at sikre, at modtageren har forstået budskabet. Hos borgere med demens italesættes også få beskeder ad gangen, mens der hos den terminale borger italesættes et tæt pårørendesamarbejde.</p>
Tilsynets samlede vurdering - 1	
Tilsynet vurderer, at medarbejderne særdeles tilfredsstillende kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre respektfuld, anerkendende og ligeværdig kommunikation og adfærd i mødet med borgerne.	

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

Københavns Kommune har i ”Tilsynskoncept 2022” fastlagt rammen for tilsynene og her præciseres det, at et væsentligt formål med de kommunale tilsyn er at understøtte og forbedre kvalitetsudviklingen i indsatsene. Der er derfor et stærkt fokus på læring og kvalitetsforbedring i tilsynene.

Indholdet i tilsynene skal afspejle de væsentlige punkter vedrørende kvaliteten i den leverede indsats.

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, hjemmesygeplejens referenceramme, herunder vedtagne kvalitetsstandarder og gældende praksis.

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 strukturet 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, gruppeinterview med medarbejdere, gennemgang af dokumentation, observation af medicin og sygeplejeydelser 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 VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala:

Samlet vurdering
1 - Særdeles tilfredsstillende
<ul style="list-style-type: none">• Bedømmelsen særdeles tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres som fremragende og eksemplariske, og hvor tilsynet har konstateret ingen, få eller mindre væsentlige mangler, som let vil kunne afhjælpes.• Det særdeles tilfredsstillende resultat kan følges op af tilsynets anbefalinger.

<p>2 - Meget tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedømmelsen meget tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres ved at være gode og tilstrækkelige, og hvor tilsynet har konstateret få mangler, som relativt let vil kunne afhjælpes.• Det meget tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
<p>3 - Tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedømmelsen tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres som tilstrækkelige, og hvor der er konstateret flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.• Det tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
<p>4 - Mindre tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedømmelsen mindre tilfredsstillende opnås, når forholdene på flere områder kan karakteriseres som utilstrækkelige, og hvor der er konstateret en del og/eller væsentlige mangler, som det vil kræve en bevidst og målrettet indsats at afhjælpe.• Det mindre tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger, fx anbefaling om udarbejdelse af handleplan.
<p>5 - Ikke tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedømmelsen ikke tilfredsstillende opnås, når forholdene generelt kan karakteriseres som utilstrækkelige og uacceptable, og hvor der er konstateret mange og/eller alvorlige mangler, som det vil kræve en radikal indsats at afhjælpe.• Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges op af tilsynets anbefalinger om, at problemområderne håndteres i umiddelbar forlængelse af tilsynet samt at der udarbejdes handleplan, eventuelt i samarbejde med forvaltningen.• Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

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

Uanmeldte tilsyn gennemføres efter de beskrevne principper i ”Tilsynskoncept 2022”. Tilsynet foretages i dagtimerne.

Tilsynsbesøget afsluttes altid med, at ledelsen modtager en mundtlig tilbagemelding om tilsynsresultatet. Overleveringen af tilsynsresultaterne sker med fokus på læring, så enheden understøttes i aktivt at anvende tilsynsresultaterne i deres arbejde med kvalitet. For at sikre ensartethed i tilbagemelding af tilsynsresultatet foregår denne efter en særlig skabelon udarbejdet i et samarbejde mellem kommunen og BDO. Der henvises i øvrigt til drejebog for tilsyn i Hjemmesygeplejen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune.

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

5. YDERLIGERE OPLYSNINGER

BDO er den største private leverandør af tilsyn på det danske marked. Som tilsynsførende i en kommune garanterer BDO et eksternt, uafhængigt og fagligt blik på den praksis, som udføres.

BDO har en stærk tilsynsgruppe, som organisatorisk og kundemæssigt er forankret i hele landet. BDO's tilsynskonsulenter er højt specialiserede inden for tilsyn; de har en sygepleje-, sundheds- eller terapeutfaglig baggrund, praksiserfaring, ledererfaring fra praksis og myndighed samt supplerende uddannelser ofte på kandidat- og masterniveau. De specialiserede kompetencer og den brede erfaring, som tilsynsgruppen har, anvendes også til løsning af andre typer af rådgivningsopgaver.

BDO fører tilsyn med ældreområdet, det specialiserede socialområde samt det specialiserede børn- og ungdoms- og ungeområde. Dertil fører vi tilsyn med sundhedsopgaver på tværs af områderne.

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til:

Tilsynspostkassen:

tilsyn@suf.kk.dk

6. BILAG - HØRINGSSVAR FOR OPKLARENDE FEJL OG INFORMATIONER

Har modtaget og læst rapporten igennem og har ingen kommentarer

Med venlig hilsen

Annette Westengaard Gyldengren

Hjemmeplejeleder

Hjemmesygeplejen og Hjemmeplejen Amager

OM BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

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 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.