



Gribskov
Kommune

Godkendelsesmateriale

- til fritvalgsleverandører af
hjemmepleje i Gribskov Kommune

Opdateret den 7. november 2019

Maj 2019



BILAG 2: GODKENDELSESMODELLEN	3
2.1 HVEM ER VI I GRIBSKOV, OG HVAD STÅR VI FOR?	3
2.2 RAMMER FOR OG INDHOLD I OPGADELØSNINGEN	9
2.3 PROCES FOR GODKENDELSE OG KONTRAKTINDGÅELSE	15
BILAG 3: KVALITET OG SAMARBEJDE	17
3.1 INDLEDNING	17
3.2 KVALITET	17
3.3 SAMARBEJDE	21
BILAG 4: LEVERANDØRENS FORPLIGTELSE	26
4.1 LEVERANCESIKKERHED	26
4.2 KRAV TIL PERSONALE OG ORGANISERING	29
4.3 ELEVER	36
4.4 ARBEJDSMILJØPOLITIK	36
4.5 PERSONALEPOLITIK	37
4.6 DOKUMENTATION OG KOMMUNIKATION	39
4.7 PATIENTSIKKERHEDSARBEJDET	41
4.8 TIDLIG OPSPORING	42
4.9 ØVRIGE KRAV VED LEVERING AF INDSATSEN	44
4.10 KRAV TIL IT-ANVENDELSE	45
4.11 BEHANDLING AF PERSONDATA	47
4.12 MISLIGEHOLDELSE OG OPSIGELSE	48
BILAG 5: ØKONOMI OG AFREGNING	49
5.1 PAKKEPRISER OG AFREGNINGSPRINCIPPER	49
5.2 BEREGNING AF PAKKER	53
BILAG 6: VÆRDIER OG VISIONER	
BILAG 7: KVALITETSSTANDARDE FOR PRAKTISK HJÆLP	
BILAG 8: KVALITETSSTANDARD FOR PERSONLIG PLEJE	
BILAG 9: KVALITETSSTANDARD FOR REHABILITERING §83a	
BILAG 9A: HÅNDBOG STYRK HVERDAGEN	
BILAG 10: KOMMUNIKATIONSÅFTALE MELLEMLER REGION HOVEDSTADEN OG KOMMUNERNE I HOVEDSTADSREGIONEN	
BILAG 11: OVERSIGT OVER SYGEPLEJEOPGAVER, DER KAN OVERDRAGES TIL HJEMMEPLEJEN	
BILAG 12: SAMARBEJDE MELLEMLER HJEMMESYGEPLEJEN OG HJEMMEPLEJEN VED AKTIVERING AF NØDKALD MAJ 19	
BILAG 13: "SYGEPLEJEINSTRUKSER OG DELEGATION", GRIBSKOV KOMMUNE 2019	
BILAG 14: "NOTAT: Delegation og brug af faglige kompetenceprofiler", Kommunernes Landsforening, januar 2013	
BILAG 15: KVALITETSSTANDARD FOR PRAKTIKUDDANNELSE FOR ELEVER PÅ SOCIAL- OG SUNDHEDSUDDANNELSERNE	
BILAG 16: "Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker", Sundhedsstyrelsen 2017	
BILAG 17: "Tekniske forudsætninger Version 1.4 - januar 2019", KMD Nexus og KMD Nexus Logistik	
BILAG 18: DATABASEHANDLERÅFTALE	
BILAG 19: LOGBOG OVER ÆNDRINGER I KONTRAKTEN	



BILAG 2: GODKENDELSESMODELLEN

I Gribskov Kommune opfyldes det frie leverandørvalg på hjemmeplejeområdet ved hjælp af en godkendelsesmodel uden udbud med en kommunal leverandør.

Formålet med bilag 2 er at beskrive, hvad opgaven med at levere hjemmepleje i Gribskov Kommune består i. Først gives en præsentation af, hvem vi er i kommunen, samt hvilket værdigrundlag vi står på, når vi taler om hjemmeplejen. Dernæst beskrives rammer for og indhold i opgaveløsningen samt processen for godkendelse og kontraktindgåelse.

2.1 HVEM ER VI I GRIBSKOV, OG HVAD STÅR VI FOR?

I dette afsnit gives en præsentation af, hvem vi er i Gribskov Kommune, samt hvilket værdigrundlag vi står på, når vi taler om hjemmeplejen.

VÆRDIER OG VISIONER

Et temaudvalg på tværs af kommunens politiske partier har udarbejdet et sæt værdier og visioner for hjemmeplejen, som er besluttet af Byrådet. Disse ambitioner skal leverandørerne til stadighed arbejde mod at indfri. Værdier og visioner findes i bilag 6.

PROFIL AF GRIBSKOV KOMMUNE

I det følgende gives et faktuel og overordnet billede af Gribskov Kommune. Gribskov Kommunes geografi og demografi beskrives, hvorefter der skitseres en profil af Gribskov Kommune i forhold til sundhed, ældre og socialområdet.

Om Gribskov Kommune

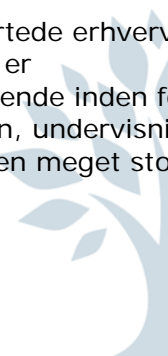
Gribskov Kommune er den nordligste kommune på Sjælland og dækker et areal på 280 km². Mod øst og syd grænser kommunen op til Helsingør, Fredensborg og Hillerød Kommune, mens den mod vest grænser op mod Halsnæs Kommune. Gribskov Kommune blev dannet 1. januar 2007 ved sammenlægningen af Græsted-Gilleleje Kommune og Helsingør Kommune. Indbyggertallet er på 41.217 personer (jan. 2018).

Kommunen har noget af Danmarks smukkeste natur, og de fleste borgere bor omgivet af skove og marker. Kommunen er præget af stærke fællesskaber blandt andet i de mange sportsforeninger og frivillige sociale foreninger.

Helsingør er kommunens største by med 8.229 indbyggere. Rådhuset og andre centrale faciliteter er placeret her. **Gilleleje** er den næststørste by med 6.611 personer og er kendetegnet ved stor sommerturisme, ligesom kommunens øvrige byer langs kysten er.

Græsted er en boligby tæt på mark og skov og er med sine 3.680 indbyggere kommunes 3. største by. Den øvrige del af befolkningen fordeler sig på 20 større og mindre landsbyer samt i landdistrikterne.

Gribskov Kommune har en mangfoldig erhvervsstruktur, hvor mange forskelligartede erhverv spiller en central rolle for vækst og beskæftigelse. Langt de fleste virksomheder er mikrovirksomheder med én eller kun meget få ansatte. Det gør sig særligt gældende inden for bygge- og anlægsområdet. De fleste jobs ligger inden for offentlig administration, undervisning og sundhed, samt handel. Gribskov Kommune er med sin geografiske størrelse en meget stor



landkommune med stor kyststrækning, og landbruget såvel som fiskeriet er en del af det, som kendetegner kommunens erhvervsprofil. Erhverv med tilknytning til oplevelsesøkonomi er i markant vækst, og på turismeområdet er der et stort potentiale, og ikke mindst Nationalpark Kongernes Nordsjælland vil have en stor betydning for den videre erhvervs- og turismemæssige udvikling i Gribskov Kommune i de kommende år.

Figur 1: Kort over Gribskov Kommune.



Demografi

Demografisk er kommunen præget af et stigende antal ældre de kommende år. Andelen af personer i alderen 80+ årige forventes at stige med 98 % frem mod 2029. Gruppen af de 65-79-årige vil stort set forblive uændret, mens andelen af befolkningen i den erhvervsaktive alder mellem 20 og 65 år forventes at falde med 5 % frem til 2029 jf. figur 2.

Figur 2: Befolkningsfremskrivning på basis af alder og tid.

Aldersgruppe	2019	2024	2029
20-64 år	21.619	21.219	20.521
65-79 år	8.726	8.922	8.742
80+ år	2.167	3.047	4.295
Indbyggere alt	41.217	41.372	41.474

Kilde: Danmarks Statistik, FRKM118 – Befolkningsfremskrivning 2018 efter kommune, køn og alder.

Som figuren viser, vil kommunen gå fra 2 forsørgere pr. ældre i 2019 til 1,6 forsørgere pr. ældre i 2029. Denne udvikling forventes at fortsætte udover 2029, hvilket stiller Gribskov Kommune overfor en betydelig demografisk udfordring på både kort og lang sigt.



Uddannelse

Ifølge Sundhedsprofilen fra 2017 har 22 % af borgerne i Gribskov en grundskoleuddannelse mod 18 % af borgerne i Region Hovedstaden. 6 % har en lang videregående uddannelse mod 15 % af borgerne i Region Hovedstaden.

Sundhedsadfærd

I figur 3 kan man se de vigtigste sundhedsnøgletal for KRAM-faktorerne¹ i Gribskov Kommune sammenlignet med Region Hovedstaden. Det drejer sig eksempelvis om alkohol, kost, overvægt, stress og søvn.

Figur 3: Udvalgte resultater for KRAM-faktorer og sundhedsnøgletal for Gribskov Kommune sat i forhold til gennemsnit for hele Region Hovedstaden.

	Gribskov	Region Hovedstaden
Dagligrygning	17 %	16 %
Storforbrug af alkohol	11 %	8 %
Usundt kostmønster	16 %	12 %
Fysisk inaktivitet (opfylder ikke anbefalingerne for daglig bevægelse)	31 %	26 %
Svær overvægt	18 %	13 %
Højt stressniveau	24 %	26 %
Søvnbesvær	14 %	14 %
Svage sociale relationer	22 %	21 %

Kilde: Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Region Hovedstaden, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse.

Siden 2010 har der været en generel stigning i forekomsten af kroniske sygdomme blandt Gribskov Kommunes borgere – og forekomsten af diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, kræft, inflammatorisk ledsygdom, slidgigt, ryg sygdom og langvarig depression er højere end regionsgennemsnittet. Kun forekomsten af svær psykisk sygdom, allergi og demens er lavere end regionsgennemsnittet.

¹ KRAM-faktorerne dækker over Kost, Rygning, Alkohol og Motion.



Politik og organisering

Gribskov Kommune har i valgperioden 2018-2021 en borgmester fra lokalpartiet NytGribskov. Foruden NytGribskov er partierne Venstre, Socialdemokratiet, Det Konservative Folkeparti, Dansk Folkeparti og Enhedslisten repræsenteret i Byrådet. Dertil er der to løsgængere.

Udover Byrådet findes følgende politiske udvalg: Ældre, Social og Sundhed; Børn, Idræt og Familie; Beskæftigelse og Unge; Kultur, Erhverv og Oplevelsesøkonomi; Udvikling, By og Land samt Økonomiudvalget. Gribskov Kommune er organiseret i 6 faglige centre og 2 stabscentre som samlingspunkt, jf. figur 4.

Figur 4: Organisationsdiagram for Gribskov Kommune.



Nærværende godkendelsesmodel omfatter ydelser, der falder inden for Center for Social og Sundhed, og godkendelsesprocessen er ledelsesmæssigt forankret her.



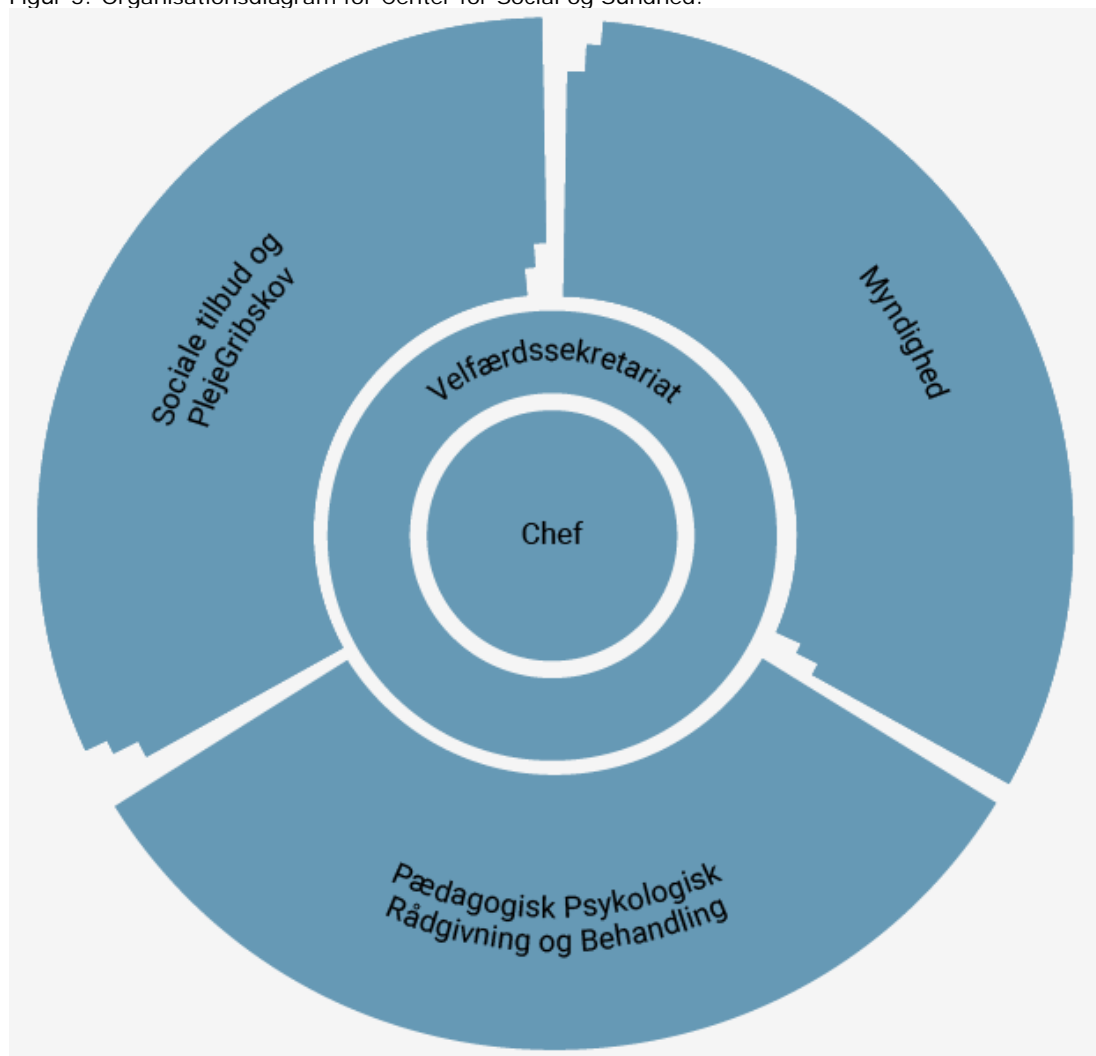
Center for Social og Sundhed

Center for Social og Sundhed betjener ældre borgere, borgere med handicap, med en kronisk lidelse, psykisk sygdom og borgere med behov for genoptræning eller med sociale behov. Opgaverne falder blandt andet inden for hjemmepleje, hjemmesygepleje, madservice, forskellige rehabiliteringsforløb og hjælpemidler. Dertil også myndighedsopgaver på det specialiserede børne- og familieområde så som tidlig forebyggelse, anbringelser, underretninger, pædagogisk-psykologisk rådgivning, Forebyggende Social Indsats (FSI) mv. Centeret har et tæt samarbejde med hospitaler, praktiserende læger og de kommunale og private leverandører.

Ansvar for driften af kommunens fem plejecentre, Center for midlertidigt ophold, Genoptræning Gribskov og en række dagcentre ligger ligeledes i Center for Social og Sundhed. Endelig driver centret en række bo- og dagtilbud for borgere med autisme, udviklingshæmning, demens, hjerneskade og psykisk sygdom.

Centret sekretariatsbetjener Ældrerådet og de politiske udvalg for Ældre, Social og Sundhed samt for Børn, Idræt og Familie.

Figur 5: Organisationsdiagram for Center for Social og Sundhed.



FAKTA OM HJEMMEPLEJEN

I Gribskov Kommune modtager omkring 1.000 borgere hjemmeplejeydelser. Der er ca. 500 borgere, der modtager personlig pleje, mens ca. 860 borgere modtager praktisk hjælp. Geografisk fordeler borgerne sig med omkring en tredjedel (33 pct.) i Helsingør, knap en tredjedel (30 pct.) i Gilleleje og knap en femtedel (17 pct.) i Græsted. Resten fordeler sig på øvrige postnumre i kommunen.

Sundhedsberedskabsplan

Gribskov Kommunes sundhedsberedskabsplan findes på kommunens hjemmeside www.gribskov.dk. Den kan findes på hjemmesiden ved at skrive "sundhedsberedskabsplan" i søgefeltet. Sundhedsberedskabsplanen er en integreret del af Gribskov Kommunes Beredskabsplan. Sundhedsberedskabet omhandler sundhedsvæsenets evne til at udvide og omstille sin behandlings- og plejekapacitet ved større ulykker og hændelser, herunder krig. Det samlede sundhedsberedskab omfatter den primære sundhedstjeneste.



2.2 RAMMER FOR OG INDHOLD I OPGAVELØSNINGEN

I dette afsnit beskrives rammer og indhold for opgaveløsningen i hjemmeplejen.

LEVERANCEMODEL

Leverancemodellen for hjemmeplejen i Gribskov Kommune beskriver de overordnede vilkår, som leverandørerne skal levere hjemmeplejen inden for i Gribskov Kommune.


Der er følgende elementer og krav i leverancemodellen:

1. **Distriktsopdeling** – leverandørerne skal levere hjemmepleje i hele kommunen.
2. **Indsatser** – leverandørerne skal levere alle typer af ydelser, dvs. både praktisk hjælp og personlig pleje efter Servicelovens §§ 83 og 83a. Leverandørerne forestår også afløsning i hjemmet efter Servicelovens § 84 samt vedligeholdende træning efter § 86, stk. 2 – sidstnævnte i form af gangtræning.
3. **Døgnet** – Leverandørerne skal levere dag og aften. Den kommunale leverandør leverer hjælp og sygepleje om natten i tidsrummet kl. 23-7.

HVEM KAN FÅ HJÆLP?

Det afgørende for, om en borger kan få hjælp, er borgerens funktionsniveau. Det er kommunen, der visiterer hjælp til borgeren. For at modtage personlig pleje eller praktisk hjælp skal borgeren have moderate, svære eller totale begrænsninger jf. skemaet herunder.

Figur 6: skema over funktionsniveauer



	0	1	2	3	4
	Ingen /ubetydelige begrænsninger	Lette begrænsninger	Moderate begrænsninger	Svære begrænsninger	Totale begrænsninger
Beskrivelse	Borgeren er selvstændig og har ikke behov for personassistance for at udføre aktiviteten.	Borgeren er den aktive part og kan med let personassistance udføre aktiviteten.	Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance udføre aktiviteten.	Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten.	Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har brug for fuldstændig personassistance for at udføre aktiviteten.
Serviciveau	Borger vil ikke blive tilbudt hjælp	Borger vil typisk modtage råd og vejledning i fhm visitationsbesøg, blive tilbudt hjælpemidler eller kort oplæringsforløb og dermed blive selvhjulpne i fht ansøgte hjælp	Borger vil typisk blive tilbudt træning eller et rehabiliterende forløb ("Styrk hverdagen"), og derigennem blive selvhjulpne i forhold til den ansøgte hjælp	Borger vil typisk blive tilbudt træning eller et rehabiliterende forløb ("Styrk Hverdagen") og derigennem blive helt eller delvist selvhjulpne eller aktiverende og kompenserende indsatser i forhold til den ansøgte hjælp	Borger vil typisk blive tilbudt kompenserende indsatser i forhold til den ansøgte hjælp

Gribskov Kommunes kvalitetsstandarder på hjemmeplejeområdet fremgår af bilag 7, 8, 9 og 9a.



HJÆLPENS OMFANG

De ydelser, der er nævnt i kvalitetsstandarderne jf. bilag 7-9, defineres nærmere i det følgende. Der er tale om beskrivelse af opgaverne og ikke om konkrete indsatser, der skal afregnes. For nærmere om afregning se bilag 5. I udgangspunktet får borgere kun hjælp til de opgaver, som de ikke selv kan udføre. Det vil være de færreste borgere, som vil få hjælp til samtlige af de nævnte opgaver.

PERSONLIG PLEJE

Generelt

At **tømme skraldespand i køkken** og rydde op efter de udførte indsatser er en del af alle daglige indsatser.

At støtte borger i at **gå fra ét rum til et andet** er indeholdt i de visiterede indsatser. "Færdes inde og ude" visiteres med henblik på at vedligeholde og træne borgers gangfunktion.

Personlig hygiejne

At tage brusebad

Kan omfatte hjælp til at

- tage brusebad
- tørre sig
- at vaske og tørre håret, evt. med hårtørrer
- pleje huden, herunder barbering
- rense og klippe negle på hænder

Brusebad er indeholdt i indsatserne "At gøre morgentoilette" og i "At gøre dagligt toilette" og visiteres derfor ikke sammen med disse to indsatser.

Brusebad forudsætter, at faciliteterne er til stede på opholdsadressen. Brusebad kan gives en gang ugentligt, på hverdage.

At gøre morgentoilette

Kan omfatte hjælp til

- at tage nattøj af
- øvre og nedre toilette
- at børste tænder eller protese, mundpleje
- at pleje huden, herunder barbering
- at rede håret
- at rense og klippe negle på hænder
- at tage brusebad en gang ugentligt, på hverdage, herunder
 - tage brusebad
 - tørre sig
 - at vaske og tørre håret, evt. med hårtørrer
- at tage sko, tøj og kropsbårne hjælpemidler på, eks. nødkald, høreapparat (herunder skift af batteri), skinner og proteser

Indsatsen er indeholdt i "At gøre dagligt toilette" og visiteres derfor ikke sammen med denne indsats.

At gøre dagligt toilette

Er sammensat af følgende indsatser

- At gøre morgentoilette



- At gøre aftentoilette
- Toiletbesøg i dagvagt og aftenvagt

At gøre aftentoilette

Kan omfatte hjælp til

- at tage tøj, sko og kropsbårne hjælpemidler af, eks. nødkald, høreapparat, skinner og proteser
- soignere ansigtet
- vaske hænder
- at børste tænder eller protese, mundpleje
- pleje huden
- tage nattøj på
- komme i seng

Indsatsen er indeholdt i "At gøre dagligt toilette" og visiteres derfor ikke sammen med denne indsats.

At udføre toiletbesøg

Kan omfatte hjælp til

- skift af ble
- nødvendig hygiejne, herunder håndvask, og hudpleje
- tømning af bækken og kolbe
- tømning og skift af kateter- og stomipose
- bestilling af bleer og poser mm.

Indsatsen kan visiteres én gang i hver dag- og aftenvagt, uanset antallet af nødvendige besøg i de berørte vagter.

Indsatsen er indeholdt i "At gøre dagligt toilette" og visiteres derfor ikke sammen med disse to indsatseser.

At klæde sig på

Kan omfatte hjælp til

- at tage tøj, sko og kropsbårne hjælpemidler på, eks. nødkald, høreapparat, skinner og proteser

Indsatsen er indeholdt i "At gøre morgentoilette" og i "At gøre dagligt toilette" og visiteres derfor ikke sammen med disse to indsatseser.

At klæde sig af

Kan omfatte hjælp til

- at tage tøj, sko og kropsbårne hjælpemidler af, eks. nødkald, høreapparat, skinner og proteser

Indsatsen er indeholdt i "At gøre aftentoilette" og i "At gøre dagligt toilette" og visiteres derfor ikke sammen med disse to indsatseser.

Hverdagens aktiviteter

Kan eksempelvis omfatte

- Hjælp til skift af batterier i høreapparat for borgere, for borgere, der ikke har daglig hjælp til personlig pleje
- Klipning af negle på hænder for borgere, der ikke får anden hjælp til personlig hygiejne
- Fodpleje

Kan omfatte hjælp til, én gang månedligt, at

- klippe negle på fødder



- o påføre af creme

Det forudsættes, at fødder og negle er i en sådan stand, at fodpleje ved SOSUhjælper ikke risikerer at kompromittere borgers helbredstilstand.
Borger stiller selv redskaber til rådighed.

Tryghedsbesøg

Kan omfatte

- observation af borgers almene tilstand
- samtale
- støtte og lindring

Det forventes, at borger støttes aktivt i at udvikle strategier og handlekompetencer ift. til selv at håndtere udfordringerne inden for kort tid.

Tryghedsbesøg kan efter konkret vurdering ske som telefonopkald.

Særligt behov

Kan omfatte

- Hjælp, som borger er berettiget til, men som ikke kan gives på anden vis. Der vil oftest være tale om en éngangsydelse.

Måltidet

Det forventes, at leverandøren jævnligt kontrollerer udløbsdato på madvarer i køleskab, hvis der er behov for dette.

At lave morgenmad

Kan omfatte hjælp til at

- Lave og anrette morgenmad
- Rydde op og vaske op efter morgenmad
- Anrette drikkevarer

At anrette frokost

Kan omfatte hjælp til at

- Opvarme mad
- Anrette mad / frokost / smørrebrød
- Anrette drikkevarer
- Rydde op og vaske op efter middagsmad / frokost
- Bestille mad

At lave smørrebrød

Kan omfatte hjælp til at

- Lave smørrebrød til aften eller til frokost

Indsatsen visiteres kun i dagvagt, idet det forudsættes, at smørrebrød tilberedes i dagvagten, uanset om det spises til frokost eller aften.

At anrette aftensmad

Kan omfatte hjælp til at

- Opvarme aftensmad
- Anrette aftensmad / smørrebrød
- Anrette drikkevarer
- Rydde op og vaske op efter aftensmad
- Bestille mad



At vaske op

Kan omfatte hjælp til at

- Vaske op efter måltider én gang dagligt
- Rydde op efter måltider én gang dagligt

Indsatsen er indeholdt i "At lave morgenmad", "At lave middagsmad" og at "At opvarme aftensmad" og visiteres derfor ikke sammen med disse indsatser.

At indtage maden

Kan omfatte

- Hjælp til at føre mad og drikke fra "bord til mund"
- At være til stede, mens borger spiser og drikker
- Ekstra besøg med henblik på at sikre tilstrækkeligt væskeindtag
- Registrering af væskeindtag på skema

At komme omkring

At komme i og op af seng Dag

Kan omfatte hjælp til

- At komme ud af sengen om morgenen
- At komme i og ud af seng i forbindelse med middagshvil

Visiteres kun én gang i dagvagt, uanset om borger også har behov for hjælp til middagshvil.

Indsatsen er indeholdt i "At gøre morgentoilette" og i "At gøre dagligt toilette" og visiteres derfor ikke sammen med disse to indsatser.

At komme i og op af seng Aften

Kan omfatte hjælp til

- At komme i seng
- At komme i og op af seng i forbindelse med middagshvil

Visiteres kun én gang i aftenvagt, uanset om borger også har behov for hjælp til at komme op efter middagshvil.

Indsatsen er indeholdt i "At gøre aftentoilette" og i "At gøre dagligt toilette" og visiteres derfor ikke sammen med disse to indsatser.

At undgå lejringskomplikationer

Kan omfatte hjælp til

- Lejring

Indsatsen bevilges udelukkende, når der er behov for stillingsskift i tidsrummet mellem anden pleje, der fordrer forflytninger, eks. toiletbesøg eller toilette. Dvs. til borgere, der har behov for venderegime hver 2. eller 3. time.

At færdes i egen bolig

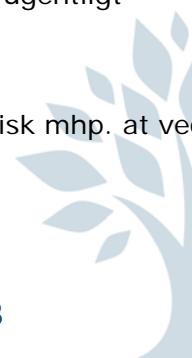
Kan omfatte hjælp til

- At gå rundt indenfor mhp. at vedligeholde gangfunktionen, to til tre gange ugentligt

At færdes udendørs

Kan omfatte hjælp til at

- Gå tur udenfor, evt. med et mål (tømme postkasse eller affaldsspand), typisk mhp. at vedligeholde gangfunktionen, to til tre gange ugentligt



PRAKTISK HJÆLP

Generelt

Det forventes, at der gøres rent på et areal svarende til en ældrebolig. **Tømning af skraldespand og toiletpand** forventes udført som del af rengøringen, hvis borger ikke selv kan udføre denne opgave. **Udluftning** af boligen er ligeledes en del af opgaven. Nedenstående indsatser er omfattet af "Rengøring".

Rydde op

Rengøre gulve

Kan omfatte hjælp til

- vask og støvsugning af gulv, løse måtter og tæpper i køkken, stue, badeværelse, soveværelse, entré og evt. bryggers
- fjernelse af spindelvæv og aftørring af gulvpaneler efter behov

Holde overflader rene

Kan omfatte

- aftørring af pletter på dørkarme og køkkenlåger
- aftørring af støv og pletter på øvrige flader, eks. vindueskarme, fjernsynsskærm, spejle og lamper
- at ryste eller støvsuge puder og hynder
- aftørring med våd klud af ikke-kropsbårne hjælpemidler, der bruges dagligt, eks. kørestol, badetoiletstol og rollator, på tilgængelige flader
- rengøring af badeværelsesinventar og -fliser samt polering af spejle
- afkalkning af kaffemaskine samt rengøring og afrimning af køleskab

Skift af sengetøj

- Skift af sengetøj hver 3. uge

Tøjtøjsvask

- Vask af tøj svarende til 2 tromler pr. person i husstanden
- Tørring af tøj
- Lægge tøj sammen
- Lægge tøj på plads

Indkøb

- Hjælp til at udfærdige indkøbsliste
- Hjælp til at bestille varer, enten telefonisk eller på internettet
- Hjælp til at sætte varer på plads

Midlertidig akut brændselshjælp

- Hente brænde, koks eller petroleum på ejendommen
- Tænde op
- Vedligeholde varmekilden
- Tømme askeskuffe

Lettere praktisk hjælp / Hverdagens aktiviteter

Kan eksempelvis omfatte:

- At læse breve
- At bringe skraldespand fra bolig til container
- Skift af batterier i høreapparat



Afløsning i hjemmet

Afløsning i hjemmet vil typisk blive visiteret som:

- praktisk hjælp
- tryghedsbesøg eller
- særlige behov

REHABILITERING

Ydelser, der er omfattet af personlig pleje og praktisk hjælp, vil i kunne visiteres som *rehabiliterende indsatser*. For borgere, der er bevilget et rehabiliterende forløb, Styrk Hverdagen, vil nogle eller alle indsatser være visiteret som rehabiliterende. Dette angives med et "RH" foran de pågældende ydelser, eksempelvis "RH Rengøre gulve". At en indsats visiteres som rehabiliterende signalerer, at der er et tæt samarbejde med Genoptræning Gribskovs rehabiliterende terapeuter, og at der forventes et særligt fokus på at arbejde rehabiliterende ift. den specifikke indsats. Se desuden bilag 9A.

VALG OG SKIFT AF LEVERANDØR

Når en borger visiteres til hjemmepleje, orienteres borgeren om muligheden for at vælge blandt de godkendte leverandører. Der udleveres informationsmateriale om de mulige leverandører.

Leverandøren er forpligtet til at fremstille behørigt informationsmateriale, der indeholder en grundig, retvisende og let læselig beskrivelse af virksomheden og de ydelser, som leveres. Leverandøren skal ajourføre sit informationsmateriale og sikre, at Kommunen til enhver tid kan få det antal eksemplarer, der er nødvendigt.

Leverandøren kan ikke opsige en aftale med en borger. Borgeren kan anmode om skift til en anden leverandør, og skift vil finde sted inden for en måned fra den dag, hvor borgeren anmoder om det. Et skift vil kunne foregå hurtigere, hvis alle parter ønsker det. Leverandøren og kommunen skal samarbejde med borgeren herom.

Såfremt borger i perioden inden leveringsopstarten den 1. december 2019 ønsker at udskifte en allerede valgt ny leverandør, sker skiftet først med virkning fra den 15. februar 2020.

2.3 PROCES FOR GODKENDELSE OG KONTRAKTINDGÅELSE

ANMODNING OG GODKENDELSE

For at kunne blive godkendt som leverandør, skal ansøger være en cvr-registreret virksomhed. Virksomheder, der ønsker at komme i betragtning som leverandører, skal sende en anmodning om godkendelse til Kommunen. Anmodninger tages i betragtning i anmodningsrunder, der i udgangspunktet finder sted halvårligt.

Anmodningen skal indeholde en række oplysninger, der giver Kommunen mulighed for at vurdere, om virksomheden kan løse opgaven.

Anmodning om godkendelse sker ved hjælp af udfyldelse af Gribskov Kommunes anmodningsskema inkl. bilag, som findes på kommunens hjemmeside. Leverandørens besvarelse i skemaet vil udgøre bilag 1 til kontrakten, hvis leverandøren godkendes.



Kommunen forbeholder sig ret til at gå i dialog med leverandørerne om deres anmodning med henblik på at sikre, at opgaveløsningen sker på et tilfredsstillende niveau og dermed kan danne grundlag for en godkendelse.

På basis af den samlede anmodning og den gennemførte samtale vurderer kommunen, om leverandøren kan godkendes.

Leverandørerne må forvente en sagsbehandlingstid på ca. 3 måneder regnet fra det tidspunkt, hvor Gribskov Kommune modtager en anmodning om godkendelse, og til den godkendte leverandør kan starte op.

Leverandører, der ikke godkendes, vil hurtigst muligt få besked herom og en skriftlig begrundelse for afslaget.

Leverandører, der godkendes, vil modtage kontrakt, hvori de nærmere vilkår for samarbejdet vil fremgå, herunder fx opsigelsesvarsel, krav om sikkerhedsstillelse, fortrolighed, databehandling, pris m.v.

Leverandøren kan ikke, uden Kommunens godkendelse, overdrage sine rettigheder til tredjemand. Leverandøren har det fulde ansvar ved eventuel anvendelse af underleverandør. Eventuelle underleverandører skal leve op til de samme kvalitetskrav, som stilles til den kontraktansvarlige leverandør.

Leverandøren skal straks give en skriftlig og begrundet meddelelse til kommunen, hvis leverandøren kan forudse, at kontrakten ikke bliver opfyldt.



BILAG 3: KVALITET OG SAMARBEJDE

Formålet med bilag 3 er at beskrive rammerne for kvalitetsopfølgningen. Læring og systematisk arbejde med kvalitetsforbedring er en helt grundlæggende præmis for at være leverandør i Gribskov Kommune. Det samme gælder for rammerne for samarbejdet. Kravene til og mulighederne for både kvalitetsopfølgning og for samarbejdet beskrives i dette bilag.

3.1 INDLEDNING

For at sikre et fælles udgangspunkt for forventningen til leverancerne på hjemmeplejeområdet, og for at både leverandører og kommunen kan dokumentere kvalitetsniveauet i leverancerne, er det nødvendigt at følge op på kvaliteten. Kommunen har et særligt ansvar for at følge og dokumentere kvaliteten i de ydelser, der leveres.

Kvalitetskravene beskriver rammerne for den opfølgning, som parterne forpligter sig til. Kvalitetskravene tager dels afsæt i kommunens gældende tilsynspolitik og dels de nationalt fastsatte rammer og krav til kvalitetsopfølgning.

Leverandørerne skal i forbindelse med ansøgning om godkendelse beskrive udførelsen af kvalitetskravene i deres egen virksomhed, og kommunen tager efterfølgende udgangspunkt i leverandørernes beskrivelse i forbindelse med kvalitetsopfølgning. Formålet er, at parterne i fællesskab sikrer kvaliteten af det arbejde, der leveres.

For at sikre generel opfølgning skal leverandørerne 1 gang årligt udarbejde og forelægge dokumentation for egen kvalitetsopfølgning til kommunen via en kvalitetsrapport. Kvalitetsrapporten kan aftales oftere ved konstateret behov. Kommunen har udarbejdet en skabelon til en kvalitetsrapport, som leverandørerne skal anvende. Eventuelle konkrete, løbende kvalitetsudfordringer derudover drøftes i samarbejde mellem kommune og leverandører.

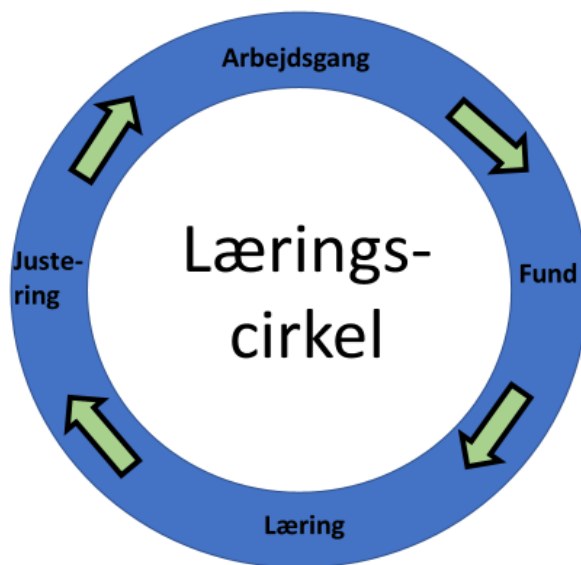
3.2 KVALITET

KVALITETSSIKRING

Kvalitet handler dels om at afstemme og indfri forventninger mellem kommunen, leverandørerne og den borger, som modtager indsatsen og dels om at sikre, at visiterede indsatser udføres som visiteret og aftalt i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandarder. Kvalitetsopfølgningen skal ske løbende, der skal drages læring af problematikker, hændelser og erfaringer, deles viden om muligheder for kvalitetsforbedringer og følges op igen herpå. Se figuren herunder. Der lægges vægt på inddragelse af medarbejdere og borgere med formålet om at understøtte læring og efterfølgende udvikling mod bedre kvalitet.



Figur 7: Læringscirkel



Kvalitetsopfølgningen afdækker kvaliteten på følgende områder:

Den borgeroplevede 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.

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 går til opgaverne med.

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

Elementer i kvalitetsopfølgningen

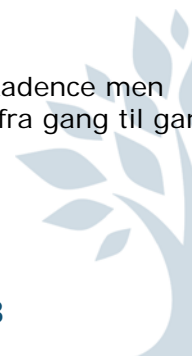
Opfølgningen indeholder 3 hovedelementer:

1. Tilsyn
2. Egenkontrol/audits
3. Borgertilfredshed

Tilsyn

Området for tilsyn dækker:

- De kommunale tilsyn, som skal gennemføres minimum 1 gang årligt.
- Tilsyn fra f.eks. Styrelsen for Patientsikkerhed. Tilsynene har ikke en fast kadence men fastsættes af Styrelsen. Ved tilsynene gennemgås konkrete fokusområder fra gang til gang, som Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter.

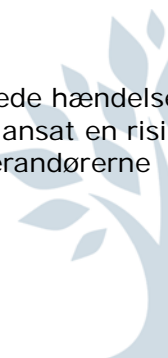


For alle typer tilsyn kommer der efter gennemført tilsyn en tilsynsrapport, som dels forelægges og behandles politisk og dels følges op i et samarbejde mellem kommune og leverandører med fokus på kvalitetsforbedring og læring. Der udarbejdes handleplaner for områder med kvalitetsforbedringer, som efterfølgende følges op.

Egenkontrol/audits

Området for egenkontrol/audits dækker:

- Egenkontroller:
Leverandørerne skal gennemføre egenkontroller på en række områder, herunder ift. medicinhåndtering, -administration og -dokumentation, rettidig og korrekt dokumentation m.v. Leverandørerne skal ved ansøgning om godkendelse beskrive, hvilke områder de fører egenkontrol med og hvor ofte. Resultatet af kontrollerne samt evt. læring/handling på baggrund heraf skal indgå og beskrives i den årlige kvalitetsrapport.
- Journalaudits og opfølgning på anden dokumentation:
Leverandørerne skal gennemføre journalaudits og opfølgning på deres dokumentation for at sikre tidstro og korrekt dokumentation om borgerne. Dette kan ske ved et antal journalaudits samt via stikprøver og anden opfølgning. Leverandørerne skal ved ansøgning om godkendelse beskrive, hvordan de vil gennemføre denne opfølgning og hvor ofte. Resultatet af opfølgningerne samt læring/handling på baggrund heraf skal indgå og beskrives i den årlige kvalitetsrapport.
- Organisering og kvalitetsforbedring:
Leverandørerne skal kontinuerligt arbejde med kvalitetsforbedring. Dette sker ud fra målinger (audit, stikprøver, samtaler/interview, tilbagemeldinger, klager, UTH m.fl.), handleplaner og efterfølgende opfølgning samt nye målinger. Arbejdet med kontinuerlig kvalitetsforbedring tager udgangspunkt i den konkrete organisering hos leverandørerne. Derfor skal leverandørerne udpege ansvarlige/koordinatorer for bl.a. områderne for UTH'er, hygiejne, ernæring, patientsikkerhed, demens, kvalitetsforbedring m.v. for på den måde at sikre, at leverandørerne er rustet til og arbejder med områderne. Leverandørerne skal beskrive deres kvalitetsforbedringsorganisation ved ansøgning om godkendelse, herunder hvilke områder de udpeger særligt ansvarlige til.
- Tværgående ledelsesdialog:
Tværgående ledelsesdialog skal sikre lederne mulighed for sparring og erfaringsudveksling dels med henblik på områder i egen organisation og dels med henblik på koordinering af indsatser på tværgående områder. Leverandørerne skal ved ansøgning om godkendelse beskrive, hvordan de sikrer deres ledere mulighed for dialog og sparring samt erfaringsudveksling med henblik på udvikling og læring.
- Dokumentation og arbejdsgange:
Beskrevne arbejdsgange skal sikre, at alle til enhver tid ved, hvad de skal, og hvordan de skal det. Personalet skal kende og vide, hvor arbejdsgangene kan findes med henblik på korrekt udførelse af opgaverne samt sikre, at leverancerne, dokumentationen m.v. er ensartet, uanset hvilken medarbejder, der udfører opgaven. Derfor skal leverandørerne fastlægge og beskrive deres arbejdsgange. Leverandøren skal ved ansøgning om godkendelse sikre beskrevne arbejdsgange inden opstart.
- Analyse af og opfølgning på utilsigtede hændelser (UTH):
Leverandørerne er forpligtede til at sikre analyse af og opfølgning på utilsigtede hændelser med henblik på at drage læring heraf og undgå gentagelser. Kommunen har ansat en risikomanager, som følger op og bistår ved analyser af alvorlig karakter, og leverandørerne



skal udpege UTH-ansvarlige i egen organisation. Leverandørerne skal gennemføre analyser, udarbejde handleplaner og sikre opfølgning herpå efter en utilsigtet hændelse. Leverandørerne skal ved ansøgning om godkendelse beskrive, hvordan de organiserer udførelsen af dette arbejde hos dem selv.

- Kompetence hos personalet og udvikling heraf:

Det er centralt for kvaliteten, at det ansatte personale til enhver tid har de nødvendige kompetencer til at udføre de opgaver, de skal løse. Leverandørerne skal ved ansøgning om godkendelse beskrive, hvordan de vil sikre dette. Leverandørerne kan bl.a. dokumentere dette via personalets ansættelsesdokumenter/eksamensbeviser, samt leverandørens opfølgning på kvaliteten af medarbejdernes arbejde. Leverandørerne skal beskrive resultatet af denne opfølgning samt evt. læring på baggrund heraf i den årlige kvalitetsrapport. Leverandørerne skal endvidere afsætte midler til kompetenceudvikling af personalet og sikre, at midlerne anvendes hertil. Leverandørerne skal i den årlige kvalitetsrapport beskrive, hvad kompetenceudviklingsmidlerne er anvendt til og hvorfor og skal kunne dokumentere, at midlerne er anvendt i overensstemmelse hermed.

- Hygiejne:

Leverandørerne er forpligtet til at overholde de basale hygiejniske principper, som udmeldt af Statens Seruminstitut. Leverandørerne skal ved ansøgning om godkendelse beskrive, hvordan de sikrer, at der arbejdes ud fra de nationalt fastsatte principper og retningslinjer på hygiejneområdet, og hvordan leverandørerne måler på implementeringen af retningslinjerne og evt. følger op herpå.

- Tidlig opsporing:

Jo tidligere ændringer hos en borger konstateres, jo hurtigere kan der sættes ind med dels hjælp og dels forebyggende tiltag, som kan forhindre, at borgeren pludselig får behov for mere massiv hjælp. Leverandørerne er via kommunens retningslinjer forpligtet til tidlig opsporing af ændringer hos borgerne, konkret i form af "rejse-sætte-sig-test", triage, forebyggelse af ensomhed og vejning.

I kravene til leverandørerne i bilag 4 er det helt konkret beskrevet, hvad leverandørerne skal beskrive/gøre. De enkelte elementer gennemføres og følges op med henblik på læring og dokumentation af opfølgning. Udover de kvalitetsopfølgningsområder, som er fastsat af kommunen, skal leverandørerne til enhver tid følge de nationalt fastsatte retningslinjer og principper, og der følges op på implementeringen af disse.

Borgertilfredshed

Borgernes tilfredshed med de ydelser, borgerne modtager, og måden de leveres på, er af afgørende betydning – både for arbejdsmiljøet hos leverandørerne og for Byrådet. Målet er, at borgerne overordnet set skal være tilfredse med det, de modtager – uden at man derved til enhver tid kan gøre alle tilfredse. Leverandørerne skal ved ansøgning om godkendelse beskrive, hvordan de vil følge op på borgernes tilfredshed med leverandørens ydelser. Denne opfølgning giver basis for læring og kvalitetsforbedring til glæde for både leverandører og borgere. Der skal være et løbende fokus på borgertilfredsheden i det daglige arbejde, således der hurtigt kan følges op og foretages ændringer. Kommunen følger op på leverandørernes egenkontroller her minimum 1 gang årligt.



Kvalitetsudvikling og effektivitet

I lighed med andre danske kommuner, forventer Gribskov Kommune, at andelen af borgere, der har behov for hjemmepleje, vil stige i de kommende år. Det er allerede nu vanskeligt at skaffe den fornødne, kvalificerede arbejdskraft til at varetage borgernes behov for pleje og praktisk hjælp. Det er derfor nødvendigt at tænke effektivisering ind i alle sammenhænge i hjemmeplejen.

Effektivitet handler om at sikre en høj kvalitet i opgaveløsningen med færrest mulige ressourcer og er tæt forbundet med den kvalitetsudvikling, der udspringer af elementerne i kvalitetsopfølgningen. I den sammenhæng er det kommunens forventning, at alle leverandører af hjemmepleje bidrager til den generelle udvikling og nødvendige innovation på velfærdsområdet, eksempelvis ved brug af velfærdsteknologi, gode arbejdsgange og målrettet brug af ledelsesinformation.

3.3 SAMARBEJDE

MELLEM LEVERANDØR OG KOMMUNE

Samarbejdet mellem leverandør og kommune, samt mellem leverandørerne, skal fremmes og baseres på løbende dialog, tæt kommunikation og udveksling af alle relevante og nødvendige oplysninger. Parterne tilgår hinanden med tillid og med borgerens bedste som omdrejningspunkt.

Helt konkret betyder det bl.a. at:

- Leverandørerne på en række punkter skal beskrive, hvordan de vil arbejde med de kvalitetsopfølgningspunkter, der er stillet krav om i bilag 4 og i kvalitetsopfølgningsrapporten. Dette giver leverandørerne en vis frihed og fleksibilitet i deres arbejdstilrettelæggelse, så de kan udnytte medarbejderressourcerne i egen organisation bedst muligt.
- Kommunen følger op på kvaliteten ud fra det, som leverandørerne selv har beskrevet ved ansøgning om godkendelse.
- Leverandørerne skal 1 gang årligt afrapportere resultater fra kvalitetsopfølgning, evt. fund, handleplaner og læring i en rapport, som skal sendes til kommunen. Resultaterne forelægges politisk. Kommunen følger op via opfølgningsmøder med de enkelte leverandører på baggrund af deres kvalitetsrapport.
- Observeres eller findes der "kritiske fund", udarbejdes der handleplaner, som beskriver, hvordan der arbejdes med at rette op på fundene for at undgå gentagelser. Der udarbejdes også altid handleplaner efter tilsynsrapporter. Der følges op på handleplanerne i samarbejdet. Handleplaner udarbejdes og anvendes både ved akut opståede fund samt ved observationer over en længere periode. Den leverandør, hvor fundet er konstateret, og hvor der skal arbejdes med at rette op, udarbejder handleplanen. Dette kan evt. ske i samarbejde med kommunen, hvis fundet er alvorligt, så der er enighed om indsatsen og opfølgningen herpå.
- Der afholdes 1 årligt samarbejds møde mellem kommune og leverandører, hvor emner af tværgående relevans drøftes i fællesskab.
- Der afholdes 2 årlige møder pr. leverandør mellem kommune og den konkrete leverandør, hvor det konkrete fælles samarbejde og opgaveløsningen drøftes.



- Hver leverandør tilknyttes en kontaktvisitator. Er der behov for fælles opgaveløsning eller faglig sparring i konkrete borgersager, udarbejder leverandøren en handleplan, og/eller der indkaldes til dialogmøde.
- Møder ved akutoptåede problemer eller ved behov kan derudover altid indkaldes ad hoc fra såvel leverandørernes som kommunens side.

MELLEM LEVERANDØRER

Samarbejdet mellem leverandørerne er af afgørende vigtighed for de sømfrie overgange i praksis, hvor borgeren ikke mærker, at der skiftes mellem leverandører ift. service, måden at tilgå opgaverne og borgeren på m.v. Det er derfor afgørende, at der er et tilsvarende tæt samarbejde mellem alle leverandørerne om overgange, opgaveløsning, forventninger og overlap således, at den ene ydelse har sammenhæng med den efterfølgende.

En del af dette samarbejde er fastsat i kommunikationsaftalerne (jf. bilag 10) mellem f.eks. sygehusene og kommunerne, mens en del skal skabes mellem leverandørerne selv. Samarbejdet omfatter alle de leverandører, som har med den enkelte borger at gøre – det vil sige f.eks. leverandører af personlig og praktisk hjælp, hjemmesygeplejen, hjælpemiddelområdet, genoptræningsområdet, hospitaler, almenpraksis m.fl. Samarbejdet mellem leverandørerne baseres på løbende dialog og tæt kommunikation og med udgangspunkt i den enkelte borgers bedste.

Helt konkret betyder det bl.a. at:

- Leverandørerne ved ansøgning om godkendelse skal beskrive, hvordan de vil sikre samarbejdet og opnå målsætningen om "samarbejde for borgers bedste".
- Leverandørerne skal aftale jævnlige møder/samtaler og afsætte de nødvendige personaleressourcer hertil.

MELLEM LEVERANDØRER, KOMMUNE OG FRIVILLIGE

Samarbejdet med frivilligområdet skal prioriteres, da der er mange indsatser, ideer og kræfter på området at trække på. Mange frivillige vil gerne gøre en ekstra indsats for andre, som har behov, og mange borgere med behov for hjælp vil kunne få en masse livskvalitet gennem selv meget små bidrag til det frivillige område.

Helt konkret betyder det bl.a. at:

- Kommunen sikrer minimum en gang årligt at udarbejde/formidle materiale fra frivilligområdet til leverandørerne.
- Kommunen understøtter relevante ideer og indsatser fra frivilligområdet, der har til formål at gøre noget for ældre/plejekrævende/borgere med behov for hjælp. Kommunen og leverandørerne er behjælpelige med formidling af kontakt og evt. opstart m.v.
- Leverandørerne er forpligtet til at holde sig orienterede på området om indsatser og projekter samt til at indgå i samarbejde med frivilligområdet, når det er relevant. Leverandørerne er forpligtet til at formidle forbindelse mellem borger og frivillig, når de eksempelvis ser, at en borger kan have gavn heraf – eller når borgerne selv ytrer ønske herom.
- Alle parter er forpligtet til at bidrage til det gode samarbejde og fremmelse heraf.



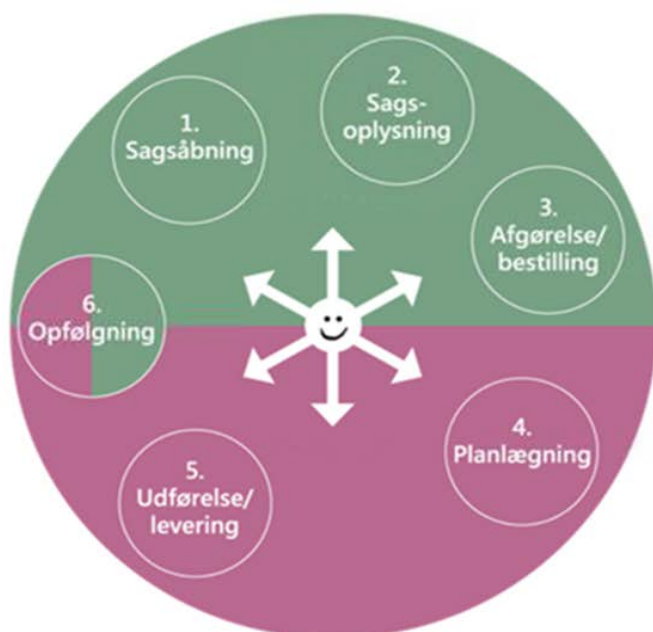
BESKRIVELSE AF ANSVARFORDELING OG PROCES

Proces for visitation og levering af hjemmepleje

Gribskov Kommune anvender de overordnede principper for visitation og levering af indsatser, som er beskrevet i KL's Fællessprog III (FS III) procesmodel. Modellen er vist i figuren herunder.

På den viste cirkel repræsenterer det grønne felt visitationens opgaver i processen, mens leverandørens opgaver vises i det lilla felt. Som det fremgår, er opfølgningen på en bevilget indsats et fælles ansvar.

Figur 8: FSIII Procesmodel



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 sammen med borgeren

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

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

Som det fremgår af FSIII Procesmodellen, udmøntes det enkelte borgerforløb overordnet i to dele, nemlig myndighedsdelen og leverandørdelen. Når visitationens sagsbehandling munder ud i en bevilling af hjemmepleje, og når forløbet siden justeres eller afsluttes, er der et tæt samarbejde mellem visitationen og den leverandør, som borgeren har valgt.

Punkterne 1, 2, 3 og 6 (b) i FSIII Procesmodellen er visitationens opgave, mens punkterne 4, 5 og 6 (a) varetages af leverandøren. Herunder præciseres de to samarbejdspartneres roller og ansvar i det samlede forløb.



Kommunens ansvar – visitationen

Visitationen er den sagsbehandling, der ligger til grund for en eventuel tildeling af hjemmepleje. Center for Social og Sundhed er ansvarlig for visitation af indsatser til borgere med behov for hjemmepleje. Sagsbehandlingen udføres af en visitator.

Formålet med visitationen er at vurdere borgerens ressourcer og behov for hjælp for på denne baggrund at tilbyde en indsats, som tilgodeser borgerens behov, og som samtidig er i overensstemmelse med gældende lovgivning og kommunens serviceniveau.

Konkret kan forløbet beskrives således:

1. Sagsåbning: Sker i forbindelse med en henvendelse fra f.eks. borger, pårørende, leverandør, sygehus eller læge. På baggrund af henvendelsen åbner visitator en sag. Det er en forudsætning for at påbegynde sagsbehandlingen, at borgeren er indforstået med dette.
2. Oplysning af sag: Sker i udgangspunktet i dialog med borgeren, typisk i borgers hjem. Ved vurderingen af borgers behov anvendes FSIII Funktionsevnevurdering, der på systematisk vis belyser de funktionsevnetilstande, som er relevante for den konkrete ansøgning. Hvis borgeren ikke ønsker at medvirke til, at sagen kan blive tilstrækkeligt belyst, må visitator træffe afgørelse på det foreliggende grundlag. Borgeren får i givet fald skriftlig besked om konsekvenserne af ikke at medvirke i sagsoplysningen.
3. Afgørelse/bestilling: Sker på basis af en individuel og konkret vurdering i forhold til de indsamlede oplysninger, og serviceniveauet for hjemmepleje. Visitator dokumenterer, hvad der forventes opnået med den bevilgede indsats. Afgørelsen begrundes og sendes til borgeren. Indsatsen bestilles hos den leverandør, som borgeren har valgt. Visitationen fastsætter en dato for opfølgning på indsatsen. Det er visitators faglige skøn, der ligger til grund for den valgte opfølgningsdato. Der følges op løbende ved behov og senest 18 mdr. efter bevilling af en indsats.
6. (b) Opfølgning (Visitationen): Opfølgning på den bevilgede indsats er en del af visitationsprocessen. Visitationens opfølgning sker i tæt samarbejde med leverandøren. 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, evt. suppleret med besøg.



Leverandørens ansvar

Leverandøren er ansvarlig for at udføre og dokumentere de bestilte indsatser. En leverandør kan ikke nægte at udføre visiteret hjemmepleje for borgere, der har valgt dem via det frie valg.

Konkret kan forløbet beskrives således:

4. Planlægning: Når den valgte leverandør har modtaget visitationens bestilling af de bevilgede indsatser, kontakter denne borgeren for at aftale tid for det første besøg. Ved dette besøg tilrettelægger borgeren og leverandøren i fællesskab den visiterede indsats. Ved opstartssamtalen aftales følgende:
 - Hvordan indsatsen tilrettelægges efter de mål, der er opstillet for indsatsen.
 - Tidspunkt for levering af indsatsen.
 - Hvordan borgeren medinddrages og deltager aktivt i udførelsen og tilrettelæggelsen af de forskellige indsatser.

Det er en forventning, at denne planlægning altid tager afsæt i den funktionsevnevurdering, der ligger til grund for visitationen.

Under hensyntagen til formålet med indsatsen samt borgerens ressourcer, egne mål og ønsker, opstilles konkrete indsatsmål. Herefter beskriver leverandøren en handlingsanvisning for indsatsen, og der fastsættes en leverandør-opfølgningsdato for de opstillede indsatsmål. Det skal af handlingsanvisningen fremgå, hvor hyppigt indsatsen leveres. Ved behov kan leverandøren uddybe borgerens beskrevne funktionsevne yderligere.

5. Udførelse og levering: Leverandøren udfører indsatsen som planlagt. Ved afvigelser fra det planlagte eller ved ændringer i borgers tilstand dokumenteres dette.
6. (a) Opfølgning (Leverandør): Leverandøren vurderer løbende indsatsens effekt på baggrund af de opstillede indsatsmål. Om nødvendigt justeres disse og de tilhørende handlingsanvisninger. Der følges som minimum op ved de planlagte leverandør-opfølgningsdatoer. Herudover er det leverandørens ansvar at forholde sig til det overordnede formål med indsatsen, som er beskrevet af visitationen. Det forventes, at leverandøren umiddelbart inden den fastsatte myndighedsopfølgningsdato for indsatsen har beskrevet, hvilken udvikling der har været i tilstanden, og om indsatsen bør fortsætte eller ændres. Visitationen adviseres straks, hvis ændringer i borgers funktionsevne er så betydelige, at der er behov for en justering af de bevilgede indsatser.

I bilag 4 beskrives de øvrige forpligtelser, der knytter sig til levering af hjemmepleje i Gribskov Kommune.



BILAG 4: LEVERANDØRENS FORPLIGTELSE

I bilag 3 beskrev vi den kvalitet, der skal kendetegne hjemmeplejen i Gribskov Kommune og de metoder, der anvendes til kvalitetsopfølgning. I bilag 4 beskrives de konkrete krav og pligter, der påhviler den enkelte leverandør, og som sikrer, at den ønskede kvalitet udmøntes i den daglige drift.

Leverandøren skal til enhver tid på kommunens forlangende kunne godtgøre, at alle de i godkendelsesmateriale beskrevne krav og pligter håndhæves. Dette kan eksempelvis ske i form af beskrevne politikker, arbejdsgange og instrukser, fremvisning af kørelister, dokumentation for medarbejdernes kompetencer og uddannelse. Listen er ikke udtømmende.

4.1 LEVERANCESIKKERHED

Leverandøren er forpligtet til at levere de ydelser, som borgeren er visiteret til. Ydelserne skal leveres i henhold til det konkrete formål, der er beskrevet af visitator, og til kommunens serviceniveau.

Leverandørerne skal kunne træffes telefonisk af borgeren og kommunen i tidsrummet kl. 7-23, alle ugens dage.

Alle leverandører udgør kommunens beredskab og er forpligtede til at træde til, såfremt en leverandør i helt uforudsete situationer (konkurs eller lign.) ikke kan løse opgaven.

Udover at levere hjemmepleje i henhold til Servicelovens §83, 83a, 84 og 86, stk. 2 forpligter leverandøren sig til at være underleverandør for den kommunale hjemmesygepleje. Det betyder, at leverandøren er forpligtet til at levere lettere sygeplejefaglige opgaver, der er overdraget af hjemmesygeplejen, hos borgere der er i stabile forløb. I den sammenhæng skal leverandøren sikre, at der er styr på, hvornår medarbejderne handler efter henholdsvis Serviceloven og Sundhedsloven. Når der leveres indsatser efter Sundhedsloven, skal det f.eks. være klart for medarbejderen, at det er reglerne om delegation, sundhedsfagligt ansvar og patientsikkerhed, der er gældende. Overdragede sygeplejeopgaver honoreres særskilt.

De sygeplejefaglige indsatser, der kan overdrages til hjemmeplejen, fremgår af bilag 11². Aktuelt drejer det sig om administration af visse former for medicin, hjælp til kompressionsstrømper og forebyggende skyl af blærekateter. Aftalerne om overdragelse af sygeplejefaglige opgaver er i øjeblikket under revision. Hvis aftalerne ændres væsentligt ift. det eksisterende, kan dette få betydning dels for omfanget og indholdet af de ydelser, der skal leveres, dels for honoreringen af de sygeplejefaglige opgaver, der udføres af hjemmeplejen.

Hjemmesygeplejen varetager betjeningen af nødkald i Gribskov Kommune. Der vil dog være tilfælde, hvor borgere, der er visiteret til hjemmepleje, anvender nødkald for at få udført den visiterede hjælp – typisk toiletbesøg. I disse tilfælde forventes leverandører af hjemmepleje at levere hjælpen på vegne af hjemmesygeplejen, enten akut eller som del af et allerede planlagt besøg. Se endvidere bilag 12.

GENERELLE KRAV TIL PLANLÆGNINGEN

Leverandøren skal i forbindelse med planlægningen af indsatsen være opmærksom på:

² Bilag 11: Oversigt over sygeplejeopgaver, der kan overdrages til hjemmeplejen



- At tilstræbe, at opgaverne udføres af faste medarbejdere med kendskab til borgeren for at minimere borgerens oplevelse af skiftende hjælpere
- At tilstræbe, at der kommer færrest mulige hjælpere hos borgeren
- At borger har fået tildelt en kontaktperson inden for en måned
- At borger skal medinddrages i planlægningen af hjælpen og skal være orienteret om, hvornår hjælpen kan forventes leveret
- At borger skal orienteres telefonisk eller ved brug af SMS, hvis der er tids- eller personale-mæssige ændringer i den planlagte hjælp
- At den visiterede indsats ikke kan aflyses
- At hjælp og støtte til personlig pleje ikke kan udsættes
- At der skal aftales tid for erstatningsbesøg, hvis *praktisk hjælp* er blevet udsat af leverandøren, eller hvis borger er indlagt på leveringstidspunktet jf. bilag 5 om afregning
- At hjælpen skal tilbydes en anden dag, hvis det aftalte tidspunkt for udførelsen af *praktisk hjælp* falder på en helligdag
- At hjælp og støtte hos den enkelte borger ikke må udsættes flere gange i træk
- At hjælp til hovedmåltider leveres med et rimeligt tidsinterval



Tidsfrister for levering af hjemmepleje

Udover de ovennævnte krav til planlægningen af hjemmeplejen skal leverandøren overholde nedenstående tidsfrister for opstart og levering af pleje.

Figur 9: tidsfrist for levering af personlig pleje og praktisk hjælp

Indsatstype	Frist for opstart	Tidspunkt for levering
Personlig pleje:	<ul style="list-style-type: none"> Ved stabile forløb skal leverandøren opstarte hjælpen inden for 3 dage efter, at bestillingen er modtaget Ved akutte/forandrede forløb skal leverandøren straks starte indsatsen op. Ydelsen kan visiteres bagudrettet. Borgere, der udskrives fra sygehus, skal kunne modtage hjælp på udskrivningsdagen 	<ul style="list-style-type: none"> Leveres i tidsrummet fra kl. 7-23. Inden for dette tidsrum kan hjælpen leveres med en afvigelse på +/- 30 min. ift. den aftalte tid Morgentoilette og morgenmad leveres i tidsrummet fra kl. 7-10. Inden for dette tidsrum kan hjælpen leveres med en afvigelse på +/- 30 min. ift. den aftalte tid Uanset om hjælpen leveres i henhold til det aftalte tidspunkt, eller om den leveres med afvigelse, skal den leveres inden for de angivne tidsintervaller
Praktisk hjælp:	<ul style="list-style-type: none"> Leverandøren skal aftale tidspunkt for indsats med borgeren senest 5 dage efter bestilling 	<ul style="list-style-type: none"> Hjælpen leveres i tidsrummet fra kl. 7-17. Inden for dette tidsrum kan hjælpen leveres med en afvigelse på +/- 60 min. ift. den aftalte tid Uanset om hjælpen leveres i henhold til det aftalte tidspunkt, eller om den leveres med afvigelse, skal den leveres inden for det angivne tidsinterval



4.2 KRAV TIL PERSONALE OG ORGANISERING

Det er leverandørens ansvar at levere de bestilte opgaver på kompetent og forsvarlig vis og i overensstemmelse med det kommunale serviceniveau. Leverandøren af hjemmepleje skal være i stand til at varetage opgaver, der spænder fra relativt enkle, praktiske opgaver hos velfungerende borgere, til omfattende pleje hos stærkt svækkede og syge borgere. Ved levering af hjemmepleje skal leverandøren derfor altid sikre, at der er det rette match mellem opgavens kompleksitet og den enkelte medarbejders kompetencer.

Opgavernes kompleksitet stiller ikke alene krav til plejepersonalets kompetencer; leverandøren af hjemmepleje skal sikre, at organisationen som helhed omfatter en række funktioner og kompetencer, der understøtter plejepersonalet og leveringen af indsatser.

GENERELLE KRAV TIL PERSONALET

Afsnittet herunder beskriver de krav, som kommunen stiller til leverandørens medarbejdere.

- Medarbejderen er motiveret og servicemindet
- 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 at indhente straffeattest og herefter løbende at vurdere behovet for en ny attest. En sådan indhentes ved behov og som minimum på kommunens foranledning
- Medarbejderne skal tale og skrive et forståeligt dansk
- 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
- Medarbejderen skal kende kommunikationsvejene mellem myndigheden og leverandøren og benytte dem
- Medarbejderen skal være bevidst om leverandørens loyalitetsforpligtelse – dvs. forpligtelsen til at gøre kommunen opmærksom på forhold, der kræver handling



GENERELLE KRAV VED LEVERING AF INDSATSEN

Afsnittet herunder beskriver de krav, som kommunen stiller til leverandørens medarbejdere.

Medarbejderne skal ved førstegangsbesøg - og på opfordring - vise billedlegitimation til borgeren

- Medarbejderne bærer arbejdsbeklædning og er i øvrigt tækkeligt klædt
- Medarbejderen må ikke være påvirket af alkohol eller euforiserende stoffer
- Medarbejderen skal være i stand til udføre de tildelte opgaver på forsvarlig vis
- 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
- Medarbejderne skal være i stand til at henvise borgerne til relevante medarbejdere/afdelinger, såfremt borgeren tilkendegiver at have problemer, eller hvis medarbejderen observerer problemer

GENERELLE KOMPETENCEKRAV

Introduktion

Det er et krav, at leverandørens medarbejdere gennemgår et introduktionskursus om ældre- og sundhedsområdet i Gribskov Kommune ved ansættelse og i forbindelse med implementering af tværoratoriske forandringer f.eks. i forbindelse med kontraktindgåelse. Leverandøren forestår introduktionen.

Introduktionen skal blandt andet sikre, at medarbejderen har det fornødne kendskab til kommunens

- hjemmeside og de informationer og vejledninger, der kan findes dér
- kvalitetsstandarder
- retningslinjer for dokumentation i Gribskov Kommunes valgte IT fagsystemer
- retningslinjer for hygiejne og brug af værnemidler
- tilbud om tidlig opsporing
- tilbud om rehabilitering (Styrk Hverdagen)
- retningslinjer ved akut opståede situationer i borgers hjem, herunder når leverandøren ikke kan komme i kontakt med borger ved et planlagt besøg³ samt uheld og sygdom
- retningslinjer for kommunikation mellem leverandør og visitation, herunder "tilbagemeldingspligten"
- retningslinjer for tværsektoriel kommunikation
- retningslinjer for patientsikkerhedsarbejdet
- tilbud på frivilligområdet – eksempelvis Aktivitetscentre, Vågetjenesten og Patientforeninger
Listen er ikke udtømmende.

³ Eller ved anden planlagt kontakt, eksempelvis telefonopringning



Kontinuerlig information og opdatering

Det er leverandørens ansvar at sikre, at deres medarbejdere er opdaterede inden for ny viden på social- og sundhedsområdet samt inden 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 medarbejderne får den fornødne opbakning/supervision, samt at medarbejderne gennemgår den nødvendige udvikling og vedligeholdelse af deres kvalifikationer. 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.

Leverandøren forpligter sig til at deltage i undervisning og i de samarbejds- og udviklingsfora, som kommunen inviterer til.

SPECIFIKKE KOMPETENCEKRAV

Herunder beskrives de fagkompetencer, der som minimum skal være til stede hos leverandører af hjemmepleje. Kompetencerne beskrives ud fra de forskellige funktioner, der typisk vil være hos en leverandør af hjemmepleje. I praksis er der naturligvis intet til hinder for, at én medarbejder har flere funktioner, eller at kompetencer går på tværs af de her beskrevne funktioner.

Faglig leder

Den faglige leder er en autoriseret sundhedsperson og har som minimum en uddannelse som SOSU-assistent. Den faglige leder kan dermed sikre, at ikke autoriseret sundhedspersonale har adgang til den fornødne faglige vejledning, rådgivning, sparring og supervision ift. pleje- og sygeplejefaglige problemer. Den faglige leder sikrer kvalitet, udvikling og læring i organisationen og er til stede i den daglige drift.

Herudover forventes den faglige leder, at

- have indgående kendskab til almindelige infektionshygiejniske problemstillinger og forholdsregler, eksempelvis brug af værnemidler
- have et solidt kendskab til kommunens kvalitetsstandarder, herunder uddybende bilag
- kende kommunens retningslinjer for udførelse og overdragelse af sygeplejefaglige opgaver⁴, som kan tilgås på Center for Social og Sundheds hjemmeside⁵
- have et indgående kendskab til kommunens pakkesammensætning
- have et solidt kendskab til kommunens dokumentationsstandarder, herunder forståelse for Fælles Sprog III (FSIII)
- have et solidt kendskab til leverandørens forpligtelser ift. kommunikation med kommunen, øvrige leverandører og tværsektorielle aktører
- have et solidt kendskab til relevant lovgivning på sundhedsområdet, herunder vejledninger og bekendtgørelser

⁴ Bilag 13: "Sygeplejeinstrukser og delegation", Gribskov Kommune maj 2019

⁵ <https://css.gribskov.dk/>



Personale, der udfører visiterede indsatser i borgers hjem

De medarbejdere, der udfører den visiterede hjælp og støtte, er det personale, der har den hyppigste og mest indgående kontakt med den enkelte borger. Disse medarbejdere skal kunne håndtere såvel planlagte opgaver i stabile situationer, som uforudsete tiltag hos borgere, hvis helbredsmæssige situation pludseligt har ændret sig.

Plejepersonalet har derfor i udgangspunktet og som minimum en SOSU-hjælperuddannelse eller kompetencer svarende hertil. Leverandøren skal sikre, at disse medarbejdere har mulighed for hjælp og sparring fra andre fagkompetencer, eksempelvis social- og sundhedsassistent, ergo- og fysioterapeut eller sygeplejerske.

Konkret skal plejepersonalet være i stand til:

- at planlægge, udføre og dokumentere plejen i den konkrete situation
- at observere og dokumentere ændringer i borgers helbredstilstand
- at arbejde aktivt med tidlig opsporing efter de af kommunen anviste metoder – aktuelt triage med ændringsskema, vægt og rejse-sætte-sig-test
- at formidle observationer til relevante fagpersoner, herunder
 - ændringer i borgers helbredstilstand
 - ændringer i borgers funktionsevne
 - ændringer i borgers behov for hjælp
- at anvende både rehabiliterende, aktiverende og kompenserende tilgange i plejen
- at anvende motiverende tiltag i plejen
- at kunne indgå i et tæt samarbejde med rehabiliterende terapeuter
- informere og vejlede borger ift. at gøre brug af relevante tilbud fra frivillige organisationer
- at kunne udføre lettere sygeplejefaglige opgaver, der overdrages til leverandøren af den kommunale hjemmesygepleje
- at følge instrukser for, hvordan der handles, når det ikke er muligt at komme i kontakt med borger ved planlagt levering af en indsats

Sundhedspersonale, der udfører sygeplejeopgaver, der er overdragede af hjemmesygeplejen, skal have de fornødne kompetencer til at udføre de pågældende opgaver. Det er i udgangspunktet hjemmesygeplejen, der forestår undervisningen af de berørte medarbejdere. Hos borgere, der er bevilget et rehabiliterende forløb efter Servicelovens §83a, indgår hjemmeplejeleverandøren i et tæt samarbejde med de rehabiliterende terapeuter, der tovholder de enkelte forløb. Det betyder, at plejepersonalet i visse tilfælde vil skulle følge terapeutens anvisninger ift., hvordan en aktivitet skal udføres, eksempelvis en forflytning.



Planlægger

Planlæggeren er ansvarlig for at sikre "de rette kompetencer til de rette borgere" og bør derfor som minimum have en uddannelse som SOSU-assistent.

Planlæggeren skal:

- have kendskab til principperne bag KL's kompetenceprofiler⁶
- have et solidt kendskab til de enkelte medarbejders kompetenceprofiler
- kende kommunens retningslinjer for udførelse og overdragelse af sygeplejefaglige opgaver, "Sygeplejeinstrukser og delegation" jf. bilag 13
- have et indgående kendskab til retningslinjerne for dokumentation i det IT fagsystem, som kommunen har valgt
- have et solidt kendskab til kommunens pakkesammensætning
- kunne anvende kommunens regler for tilbagemelding ved ændrede behov for visiterede indsatser og for indsatser, der sættes i bero
- kunne anvende bestillersystemets kalenderplanlægning
- kunne anvende aftalte retningslinjer for kommunikation med visitationen, med øvrige leverandører og med tværsektorielle aktører

Dokumentationsansvarlig

Gribskov Kommune anvender det samme IT fagsystem på tværs af bl.a. hjemmesygepleje, plejecentre og leverandører af hjemmepleje. Det er en forudsætning for effektiv brug af systemet, for eksempel i forbindelse med datasøgning, at der er en ensartet dokumentationspraksis på tværs af leverandører.

Hjemmeplejeleverandøren skal derfor sikre, at der blandt medarbejderne er en dokumentationsansvarlig, der kan sikre, at kommunens vejledninger på området er kendt og anvendes af plejepersonalet. Den dokumentationsansvarlige forventes at deltage i de fora til udvikling og understøttelse af dokumentation i IT-fagsystemet, som kommunen måtte finde nødvendigt at afholde for og med leverandører af hjemmepleje og sygepleje. Da den dokumentationsansvarlige skal have en grundlæggende forståelse for sygeplejefaglig dokumentation og for dokumentation af pleje, har den dokumentationsansvarlige som minimum en uddannelse som SOSU-assistent.

Den dokumentationsansvarlige i hjemmeplejeleverandørens organisation har:

- et grundigt kendskab til generelle krav til dokumentation af hjemmepleje og sygeplejefaglig dokumentation, herunder håndtering af personfølsomme oplysninger
- et solidt kendskab til FSIII og til kommunens vejledninger på området, herunder forskellige fagpersoners brug af datafelter og samarbejdet på tværs af leverandører
- kan vejlede kolleger i datasøgning og korrekt dokumentation af personlig pleje, praktisk hjælp og de sygeplejeopgaver, der evt. måtte blive overdraget fra hjemmesygeplejen, både på PC og i MobilOmsorg.

⁶ Bilag 14: "NOTAT: Delegation og brug af faglige kompetenceprofiler", Kommunernes Landsforening, januar 2013



Arbejdsstillinger, hjælpemidler og arbejdspladsvurdering (APV)

Det er leverandørens ansvar at sikre, at medarbejderne kan udføre arbejdet forsvarligt sikkerheds- og sundhedsmæssigt. Leverandøren skal derfor besidde eller have adgang til de fornødne kompetencer ift. at kunne:

- vurdere og godkende borgerens hjem som arbejdsplads, dvs. udføre en APV
- vurdere hvilke APV-hjælpemidler, der måtte være nødvendige for at kunne udføre en visiteret opgave sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt
- vurdere om anvendte APV-hjælpemidler ikke unødigt kompromitterer borgers komfort
- vejlede og instruere medarbejdere i korrekte arbejdsstillinger
- vejlede og instruere medarbejder i korrekt brug af hjælpemidler, herunder APV-hjælpemidler

Patientsikkerhedskoordinator (PSK)

Patientsikkerhedskoordinatoren er en central medarbejder i leverandørens arbejde med patientsikkerhed. Da denne medarbejder skal have den fornødne viden til at bidrage til hændelsesanalyser mm. både på hjemmeplejens område og i samspillet med hjemmesygeplejen, har medarbejderen som minimum en uddannelse som SOSU-assistent.

Patientsikkerhedskoordinators opgaver:

- Hjælpe kolleger ved 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 handleplaner lokalt sammen med egen leder og evt. med risikomanager
- Tage medansvar for implementering af handlingsplaner i eget regi
- Deltage i det tværgående netværk af ledere og PSK'er, som kommunens risikomanager er tovholder for
- Introducere nyansatte til det lokale patientsikkerhedsarbejde samt rapportering i Patientsikkerhedsdatabasen

Vejledere for SOSU-hjælperelever

Det forventes, at leverandøren har de fornødne kompetencer til både at planlægge og forestå praktikforløb. Udgifter til opbygning og vedligeholdelse af disse kompetencer afholdes af leverandøren. Det forventes, at det personale, der har ansvaret for uddannelsesforløbene, holder deres faglige og pædagogiske viden à jour ved at deltage i relevant undervisning, kurser, møder, samt i relevante netværksmøder for praktikvejledere i Gribskov Kommune.

Vejledere har som minimum en SOSU-hjælper-uddannelse og har gennemgået et relevant praktikvejlederkursus.



Superbruger

Leverandøren opretter og nedlægger selv brugere i IT-fagsystemet og råder derfor over en medarbejder, der kan varetage denne opgave. Superbrugeren vil desuden skulle formidle viden fra bl.a. kommunens systemadministratorer til organisationens øvrige medarbejdere.

Anvendelse af ufaglært arbejdskraft i borgers hjem

Gribskov Kommune har et særligt fokus på at rekruttere medarbejdere til plejen og på at fastholde de medarbejdere, der er i gang med eller planlægger en uddannelse på området. Anvendelse af ufaglært arbejdskraft ses som en del af en rekrutteringsstrategi. Leverandører, der anvender ufaglært arbejdskraft har et stort ansvar i forhold til at gøre ansættelsen til en god og tryk oplevelse for såvel den ansatte som de borgere, der modtager hjælp fra den ufaglærte medarbejder. Dette gøres bl.a. ved at sikre, at den ufaglærte medarbejder har de fornødne kompetencer til at udføre de opgaver, hun eller han skal løse.

Ufaglærte medarbejdere må udføre praktisk hjælp og lettere pleje, eksempelvis hjælp til at anrette dagens måltider og at komme omkring. Det er en forudsætning, at opgaveløsningen sker under supervision og vejledning af uddannet, autoriseret sundhedspersonale. Ufaglærte medarbejdere kan være ansat i en periode af op til 4 måneders varighed. Ufaglærte medarbejdere, der kan dokumentere, at ansættelsen indgår i forberedelsen til et sundhedsfagligt uddannelsesforløb, kan være ansat i op til 6 mdr.

Hvis leverandøren skønner, at der er særlige forhold, der taler for en forlængelse af en konkret medarbejders ansættelse, kan der rettes henvendelse til kommunen. Kommunen vil herefter tage stilling til, om der kan gives tilladelse til at forlænge ansættelsen.

Medarbejdere, der er i gang med en sundhedsfaglig uddannelse, er undtaget de maksimale ansættelsesperioder for ufaglært arbejdskraft.

Ufaglært personale skal:

- have gennemgået ovennævnte introduktionskursus
- have adgang til sparring med andre fagkompetencer i lighed med det øvrige personale

Anvendelse af vikarer

Leverandøren af hjemmepleje tilstræber, at den pleje, der leveres af eventuelle vikarer, er af samme kvalitet, som den pleje, der varetages af leverandørens faste medarbejdere. Dette sikres blandt andet gennem en tilstrækkelig introduktion til opgaverne og gennem instrukser, der er målrettet vikarer.



4.3 ELEVER

Leverandøren er forpligtet til at bidrage til, at kommunen kan løfte den til enhver tid gældende dimensionering af elever, som kommunen er underlagt inden for velfærdsområdet.

Leverandøren påtager sig et uddannelsesmæssigt ansvar for elever inden for det arbejdsområde, som kontrakten omfatter. Leverandøren er således forpligtet til at stille praktikpladser til rådighed og til at indgå uddannelsesaftaler, der udarbejdes af kommunen, med social- og sundhedshjælperelever svarende til det antal, som kommunen angiver. Kommunen tilstræber en fordeling af elever, der svarer til de respektive leverandørers andel af den samlede hjemmepleje i kommunen.

Aktuelt er kommunen ansættelsesmyndighed for de pågældende elever. En evt. ændring af denne samarbejdsmodel vil ske i samarbejde med leverandøren.

Konkret forpligter leverandøren sig til at:

- være arbejdssted under praktikopholdet
- sikre et godt læringsmiljø
- afsætte de fornødne ressourcer til at varetage opgaven
- sikre kvalificeret personale, der kan varetage uddannelsesforløbene i henhold til gældende lovgivning, retningslinjer fra de konkrete uddannelsesinstitutioner og kommunens kvalitetsstandard på området
- sikre adgang til relevant faglitteratur og til internettet
- sikre og bekoste elevernes forsikring ift. arbejdsuheld eller -ulykker samt at anmelde evt. ulykker og i dén sammenhæng tage sig af den tilskadekomne

Der henvises i øvrigt til kommunens kvalitetsstandard på området⁷. Standarden er tilgængelig på kommunens hjemmeside.

4.4 ARBEJDSMILJØPOLITIK

Leverandøren skal have og efterleve en skriftligt formuleret arbejdsmiljøpolitik for de medarbejdere, der udfører de ydelser, som er omfattet af kontrakten. Arbejdsmiljøpolitikken skal fremme arbejdsmiljøet for de pågældende medarbejdere til nytte for behørig opfyldelse af leverandørens forpligtelser i henhold til kontrakten. Politikken skal efterleves af leverandøren og mindst gælde for kontraktperioden. Leverandøren skal i hele kontraktperioden på kommunens anmodning orientere kommunen om Arbejdsmiljøpolitikken og dens udmøntning, herunder dens konkrete efterlevelse. Leverandøren er forpligtet til omgående at videresende eventuelle rapporter/påbud fra Arbejdstilsynet til kommunen. Hvis leverandøren ikke på anmodning kan fremlægge arbejdsmiljøpolitikken og/eller oplysninger om den konkrete efterlevelse, herunder i tilfælde af at der er modtaget et påbud fra Arbejdstilsynet, anses dette for en mangel, hvorved kommunen kan gøre misligholdelse gældende.

⁷ Bilag 15: Kvalitetsstandard for praktikuddannelse for elever på social- og sundhedsuddannelserne



4.5 PERSONALEPOLITIK

Leverandøren skal have og efterleve en skriftligt formuleret værdipolitik (personalepolitik) for de medarbejdere, der udfører de af kontrakten omfattede ydelser. Personalepolitikken skal have medarbejderen i centrum og fremme integration og fastholdelse af disse ansatte i virksomheden. Det er kommunens opfattelse, at en sådan politik bl.a. vil være med til at sikre kontinuiteten i ydelsen over for borgerne og dermed højne kvaliteten af denne.

Politikken skal efterleves af leverandøren og mindst gælde for kontraktperioden

Leverandøren skal i hele aftaleperioden på kommunens anmodning orientere kommunen om personalepolitikken og dens udmøntning, herunder dens konkrete efterlevelse. Manglende personalepolitik eller efterlevelse af denne anses som en mangel, hvorved kommunen kan gøre misligholdelse gældende.

SOCIALE KLAUSULER MV.

Kommunen forudsætter, at leverandøren og dennes eventuelle underleverandører overholder internationale konventioner tiltrådt af Danmark, herunder følgende grundlæggende ILO-konventioner:

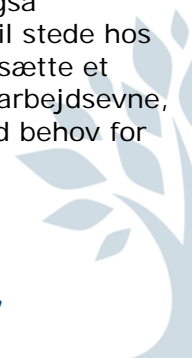
- Tvangsarbejde (ILO-konvention nr. 29 og 105)
- Ingen diskrimination i ansættelsen (ILO-konvention nr. 100 og 111)
- Mindste alder for adgang til beskæftigelse samt forbud mod og omgående indsats til afskaffelse af de værste former for børnearbejde (ILO-konvention nr. 138 og 182)
- Sikkert og sundt arbejdsmiljø (ILO-konvention nr. 155)
- Organisationsfrihed og ret til kollektive forhandlinger (ILO-konvention nr. 87, 98 og 135), inden for rammerne af gældende lovgivning

DET RUMMELIGE ARBEJDSMARKED

Leverandøren skal i videst muligt omfang søge at tage hensyn til det rummelige arbejdsmarked i forbindelse med udførelsen af opgaven, herunder gennem ansættelse af medarbejdergrupper, som har vanskeligt ved at opnå ansættelse på normale vilkår. Leverandøren er forpligtiget til at indgå i et samarbejde med kommunen om at afdække leverandørens muligheder for at ansætte eller igangsætte forløb med personer fra nedenstående kategorier.

- Ledige med varigt nedsat arbejdsevne
- Ledige med behov for støtte for at komme tilbage på arbejdsmarkedet og/eller behov for afklaring ift. deres fremtidige arbejdsevne

Leverandøren er forpligtiget til at indgå i et samarbejde med kommunen om at afdække leverandørens muligheder for at bidrage med at løfte indsatsen for unge og uddannelse i Gribskov Kommune. Det kan f.eks. være leverandørens muligheder for at indgå uddannelsesaftaler og -forløb med elever/lærlinge og studerende (herunder også voksenlærlinge), om de rette uddannelsesmæssige kompetencer og vilkår er til stede hos leverandøren osv. Endvidere skal muligheden for, enten at ansætte eller igangsætte et integrationsforløb med en eller flere personer, f.eks. ledige med varigt nedsat arbejdsevne, ledige med behov for støtte til at komme tilbage på arbejdsmarkedet eller med behov for afklaring i forhold til fremtidig arbejdsevne, undersøges.



Partnerskab om socialt ansvar

Leverandøren er forpligtet til at indgå i dialog om leverandørens eventuelle medvirken til forløb for borgere i Gribskov Kommune, hvor det er vurderet, at de er egnede til varig beskæftigelse, men hvor det vurderes, at et uddannelsesforløb eller et mindre afsluttende prøveforløb hos leverandøren kan bidrage positivt til målsætningen om varig tilknytning til arbejdsmarkedet – dette enten ved at kunne opnå ordinær beskæftigelse eller igangsætte et uddannelsesforløb jf. Lov om erhvervsgrunduddannelser m.v.

SOCIAL DUMPING

Leverandøren og eventuelle underleverandører er forpligtet til at sikre sine ansatte, der medvirker til at opfylde kontrakten, løn, arbejdstid og arbejdsvilkår, der ikke er mindre gunstige end dem, der gælder for arbejde af samme art i henhold til en kollektiv overenskomst indgået af de inden for det pågældende faglige område mest repræsentative arbejdsmarkedsparter i Danmark, og som gælder på hele det danske område, ligesom leverandøren og eventuelle underleverandører er forpligtet til at orientere de ansatte om gældende arbejdsvilkår.

Overholder leverandøren eller en underleverandør ikke ovennævnte krav, og medfører dette et berettiget krav fra de ansatte, er leverandøren forpligtet til straks at foretage afhjælpning, således at den ansatte fuldt ud kompenseres. Sker dette ikke, kan kommunen tilbageholde vederlag til leverandøren med henblik på at sikre de ansatte de nævnte ansættelsesvilkår. Manglende overholdelse af ovennævnte krav betragtes som væsentlig misligholdelse, hvorved kommunen er berettiget til at ophæve kontrakten.

Kommunen kan til enhver tid udbede sig relevant dokumentation for leverandørens og eventuelle underleverandørers overholdelse af ovenstående krav, herunder at der er sket indberetning af A-indkomst, A-skat og evt. arbejdsudlejeskat for de medarbejdere, der medvirker til at opfylde kontrakten. Dokumentation fremlægges, f.eks. i form af udskrift fra E-indkomssystemet, kvittering for betalt arbejdsudlejeskat, lønregnskab, ansættelseskontrakter eller ansættelsesbeviser, senest fem arbejdsdage efter kommunen har fremsat krav.

Leverandøren har samme ansvar ift. løn, arbejdsvilkår og arbejdstid, uanset om ydelsen leveres af leverandøren selv eller af underleverandører. Leverandøren indestår over for kommunen for, at underleverandører lever op til alle krav i den henseende.

Opfylder underleverandøren og dennes eventuelle underleverandører ikke ovennævnte krav, kan kommunen sanktionere den manglende opfyldelse over for leverandøren, som var det leverandøren selv, der var i misligholdelse.



4.6 DOKUMENTATION OG KOMMUNIKATION

DOKUMENTATION

Den faglige dokumentation i plejen er ét af de vigtigste redskaber til at sikre, at planlagte tiltag udføres som tiltænkt hos de berørte borgere, uanset hvilken medarbejder der måtte udføre de visiterede indsatser. Herudover understøtter den korrekte og tidstro dokumentation det ønskede flow i kommunikationen og medvirker til, at eksempelvis notater om ændringer i borgers helbredstilstand tilgår de fagpersoner, der har de fornødne kompetencer til at vurdere, hvilke tiltag ændringerne bør give anledning til.

Leverandøren skal anvende det af kommunen valgte IT fagsystem til dokumentation af hjemmepleje og hjemmesygepleje. Leverandøren er forpligtet til at holde sig orienteret om og følge gældende lovgivning om dokumentation af hjemmepleje og sygepleje og skal desuden følge den dokumentationspraksis, der er beskrevet i kommunens standarder og vejledninger på området, og som er tilgængelige på Center for Social og Sundheds hjemmeside⁸. Det er en forventning, at en medarbejder altid orienterer sig i den nyeste dokumentation i en borgeres omsorgsjournal, inden en given indsats udføres.

Den faglige dokumentation suppleres af leverandørens besøgsregistrering, som skal ske ved hvert besøg. Besøgsregistreringen er leverandørens dokumentation af, at de visiterede indsatser er udført.

Myndigheden har adgang til at se planlagte og udførte besøg i IT-fagsystemets borgerkalender.

KOMMUNIKATION MELLEM VISITATION OG LEVERANDØR I DEN DAGLIGE DRIFT

Kommunikation mellem Visitation og leverandør vedrørende en konkret borger sker i borgers omsorgsjournal, dvs. IT fagsystemet. De to parter *dokumenterer* med få undtagelser i forskellige datafelter i dette IT fagsystem, men har begge adgang til at *orientere* sig i de datafelter, der direkte vedrører borgers funktionsevne og pleje.

Kommunikationen sker primært i form af bestillinger og supplerende adviser. Adviser er ikke egentlig dokumentation og bør derfor i videst muligt omfang blot henvise til de datafelter, der udgør omsorgsjournalen. Et eksempel på en advis-tekst fra leverandør til Visitationen kunne være: *"Borger har muligvis behov for genoptræning. Se RSS-test og triage samt fagligt notat fra d.d.."*

Leverandøren af hjemmepleje er forpligtet til, i dagvagten på hverdage, løbende at kontrollere, om Visitationen har sendt advis'er eller bestillinger, der skal iværksættes.

Bestillinger, der skal udføres med det samme, suppleres altid med et telefonopkald fra Visitationen. Det samme gælder bestillinger, der afsendes efter kl. 14, og som skal udføres samme dag eller næste hverdags morgen.

Uden for Visitationens åbningstid er det kommunens Center for Midlertidigt Ophold, der varetager Visitationens opgaver. Hvis centret har behov for at kontakte en hjemmeplejeleverandør med henblik på iværksættelse af hjælp, gøres dette telefonisk.

⁸ <https://css.gribskov.dk/>



Tilbagemeldingspligten

Leverandøren har pligt til straks at orientere Visitationen, hvis en borgers funktionsevne har ændret sig så meget, at der er behov for bevilling af én eller flere indsatser, eller omvendt at igangværende indsatser kan afsluttes.

DEN TVÆRSEKTORIELLE KOMMUNIKATION

Gribskov Kommunes forpligtelser ift. den tværsektorielle kommunikation er beskrevet i den Kommunikationsaftale (jf. bilag 10), der er indgået mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen.

Leverandører af hjemmepleje har i denne sammenhæng særlige forpligtelser ved hospitalsindlæggelse og -udskrivelse af de borgere, de udfører hjemmepleje for. Området udvikles løbende og hjemmeplejeleverandørers forpligtelser kan derfor ændres over tid. Leverandøren er forpligtet ift. den til enhver tid gældende aftale.

Leverandøren af hjemmepleje er forpligtet til to eller tre gange i hver vagt at orientere sig i de beskeder, der måtte være kommet fra regionens sygehuse.

Hvis en borger er blevet indlagt, er leverandøren forpligtet til at fremsende en manuelt opdateret indlæggelsesrapport (M-ILR) til hospitalet, hvis leverandøren har kendskab til forløbet op til indlæggelsen. Denne fremsendes gennem IT fagsystemet senest otte timer efter, at indlæggelsesadvis er modtaget. Er borgeren blevet indlagt i tidsrummet kl. 23-7 skal den fremsendes senest næste dag kl. 10.

Leverandøren pauserer det igangværende forløb ved indlæggelse.

Når hospitalet har fremsendt udskrivelsesadvis, genoptager hjemmeplejen den pauserede hjælp.



4.7 PATIENTSIKKERHEDSARBEJDET

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 italesætte utilsigtede hændelser på en måde, der synliggør læringspotentialer i dem
- Opbygning af sikkerhedssystemer og arbejdsgange, der forebygger og skærper opmærksomheden på utilsigtede hændelser, før de når at skade borgeren
- Inddragelse af borgere og pårørende som samarbejdspartnere



ORGANISERING OG PROCES I PATIENTSIKKERHEDSARBEJDET

Leverandøren skal udpege en eller flere patientsikkerhedskoordinatorer (PSK). PSK'ens opgaver er beskrevet tidligere i dette bilag.

Hjemmeplejens ledelse har en central rolle i patientsikkerhedsarbejdet og forventes at

- 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

4.8 TIDLIG OPSPORING

Tidlig opsporing af tegn på begyndende helbredsmæssige ændringer er et tilbud til kommunens borgere. Som beskrevet i det foregående bilag er leverandøren forpligtet til at forestå denne opsporing hos de borgere, der modtager hjemmepleje. I Gribskov Kommune anvendes aktuelt tre metoder til tidlig opsporing:

- Triage med ændringsskema
- Rejse-Sætte-Sig-Test (RSS)
- Regelmæssig vejning

Ovennævnte screeninger udføres som minimum én gang månedligt. Triage derudover efter behov. 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. Hvis en borger har valgt forskellige leverandører til at varetage hhv. personlig pleje og praktisk hjælp, er det leverandøren af personlig pleje, der forestår screeningen.



TRIAGE⁹

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

Triage indeholder 3 elementer:

1. Habitual- og Ændringskemaet, som er et skema med en række målepunkter, der understøtter en systematisk gennemgang af eventuelle tegn på helbredsmæssige ændringer.
2. 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.
3. Egentlige triage-møder, hvor alle de borgere, der har udvist tegn på helbredsmæssige ændringer, bliver genstand for en fælles faglig drøftelse med henblik på en faglig vurdering af, hvilke tiltag der skal sættes i værk eller bør justeres for et genoprette borgers tilstand.

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

Triage følger i øvrigt 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.

⁹ Bilag 16: "Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker", Sundhedsstyrelsen 2017.



4.9 ØVRIGE KRAV VED LEVERING AF INDSATSEN

ARBEJDSPLADSVURDERING (APV)

Det forventes, at leverandørerne gør en målrettet indsats for at mindske skader som følge af arbejdsmiljøet, bl.a. forflytninger. Leverandøren udarbejder en skriftlig arbejdspladsvurdering, når hjælpen opstartes. Ved arbejdspladsvurderingen skal leverandøren tage stilling til, om hjemmet er indrettet, så arbejdet kan udføres sikkerhedsmæssigt forsvarligt, og om der er de nødvendige hjælpemidler, synlige og intakte elinstallationer samt rengøringsmateriel til rådighed for de udførende medarbejdere.

Vurderingen dokumenteres i IT-fagsystemet og opdateres løbende.

Leverandøren er ansvarlig for at sikre et forsvarligt fysisk og psykisk arbejdsmiljø i samarbejde med borgeren. I særlige tilfælde kan leverandøren inddrage Visitationen, hvis der er problemer med arbejdsmiljøet.

Kommunen stiller de nødvendige APV-hjælpemidler, eksempelvis plejeseng og lift, til rådighed.

Leverandøren stiller værnemidler, herunder handsker, til rådighed for medarbejderne.

HJÆLPEMIDLER

Udover at stille APV-hjælpemidler til rådighed, bevilger kommunen de nødvendige, personlige hjælpemidler, som borger er berettiget til og måtte ønske. Kommunen er dog ikke forpligtet til at stille personlige hjælpemidler til rådighed, hvis borgers behov for et hjælpemiddel er midlertidigt.

Hvis borgers behov for et hjælpemiddel er midlertidigt og den tilgrundliggende funktionsnedsættelse er opstået i forbindelse med en indlæggelse eller et ambulantly besøg på hospitalet, er det hospitalets ansvar at udlevere de nødvendige, midlertidige hjælpemidler. I den sammenhæng forventes leverandøren af hjemmepleje at hjælpe borger eller dennes pårørende til at tage kontakt til den udskrivende afdeling for at anmode om, at de nødvendige hjælpemidler bliver leveret.

UFORUDSETE SITUATIONER

Det er leverandørens ansvar at sikre, at borger får den rette hjælp og vejledning i forhold til de problemstillinger, som plejepersonalet måtte blive opmærksom på i forbindelse med udførelse af hjemmepleje.

Det betyder blandt andet

- At borger sikres den fornødne hjælp i akut opståede situationer, herunder eksempelvis ved fald eller sygdom
- Oprydning og rengøring ved uheld
- At den medarbejder, der ved et planlagt besøg eller anden planlagt kontakt, ikke kan komme i kontakt med borgeren, omgående undersøger årsagen til den manglende reaktion. Såfremt årsagen ikke kan klarlægges, skal leverandøren straks rekvirere låsesmed for at skaffe sig adgang til boligen. Evt. udgift til låsesmed påhviler i udgangspunktet borger.



ERSTATNINGSPLIGT OG TYVERI

Leverandørerne har erstatningspligt, såfremt medarbejderne ødelægger indbo, tøj, mister borgernes penge m.v. Leverandørens erstatningspligt omfatter ikke almindelig slitage.

Mistanke om tyveri, begået af ansatte, skal af borgeren meldes til politiet, og sagen behandles efter gældende retspraksis.

NØGLER, BILER OG LOKALITET

Leverandørerne stiller selv biler og andre transportmidler til rådighed for sine medarbejdere til udførelsen af ydelserne.

Leverandørerne er ansvarlig for de nøgler, som de har fået udleveret af borgerne – herunder for at opbevare disse forsvarligt i nøgleskab. Ved bortkomst af borgernøgler i leverandørens varetægt er leverandøren forpligtet til at afholde de udgifter, der måtte være forbundet hermed – eksempelvis udskiftning af lås hos borger.

Det påhviler endvidere leverandørerne at stille de fornødne lokaliteter og faciliteter til rådighed for sine medarbejdere, herunder omklædningsfaciliteter, parkering til bilerne efter brug m.v.

Leverandøren skal i forbindelse med udførelsen af ydelserne gøre brug af energibesparende materiel og i videst muligt omfang også i øvrigt tage hensyn til miljø og klima.

4.10 KRAV TIL IT-ANVENDELSE

ANVENDELSE AF ORDREGIVERS IT-FAGSYSTEM

Leverandøren er forpligtet til at anvende det IT-fagsystem, som Gribskov Kommune stiller til rådighed. Gribskov Kommune anvender aktuelt KMD Nexus til sagsbehandling, bestilling og planlægning af indsatser og til den sundhedsfaglige dokumentation.

Leverandøren er forpligtet til at sikre, at dokumentation af den indsats, der leveres, sker i det fælles IT-fagsystem.

Leverandøren har adgang til fagsystem via Gribskov Kommunes Citrix-miljø. Brug af IT fagsystemets borgerkalender til egne, private klienter, kun kan ske efter aftale med kommunen.

TEKNISKE KRAV TIL LEVERANDØRENS IT

Leverandøren afholder selv øvrige udgifter til netværk, software og hardware. De krav til leverandørens udstyr, programmer og netværk, der aktuelt er nødvendige for at kunne anvende IT-fagsystemet, fremgår af bilag 17.¹⁰

Leverandøren skal løbende opdatere sig teknologisk i takt med den teknologiske udvikling på markedet.

Netværk

Krav til netværk er beskrevet i bilag 17. Mange samtidige brugere kan kræve en højere hastighed end den beskrevne.

¹⁰ Bilag 17: "Tekniske forudsætninger Version 1.4 - januar 2019", KMD Nexus og KMD Nexus Logistik



Software

Krav til software er beskrevet i bilag 17.

Udover de i bilag 17 beskrevne krav, skal leverandørens software kunne håndtere Excel-format. Desuden skal relevante medarbejdere have den nyeste version af den digitale medarbejdersignatur. Dette sker i samarbejde med Gribskov Kommune.

Det er leverandørens ansvar, at browseren virker tilfredsstillende.

Hardware

Leverandøren vil have behov for PC'er og smartphones eller tablets.

Leverandørens medarbejdere forventes at kunne tilgå IT-fagsystemet under besøg hos den enkelte borger. Det er derfor et krav, at leverandøren kan stille det nødvendige antal smartphones eller tablets med mulighed for 4G til rådighed for de medarbejdere, der udfører opgaver hos borgerne.

Herudover forventes leverandøren at have en printer samt stor skærm til triagemøder, dvs. en skærm der muliggør en fælles gennemgang af de berørte borgere for flere medarbejdere på samme tid.

Krav til leverandørens hardware fremgår i øvrigt af bilag 17.

I det omfang leverandøren har andre systemer, f.eks. økonomi- og lønsystemer, skal leverandøren sikre sig, at kravene til disse systemer ikke er i konflikt med ovennævnte krav. Dette gælder også evt. snitflader mellem systemerne.



4.11 BEHANDLING AF PERSONDATA

Leverandøren af hjemmepleje vil skulle behandle visse personoplysninger for Gribskov Kommune. Behandlingen af personoplysningerne sker blandt andet, når leverandøren anvender deres adgang til IT fagsystemet, dokumenterer forhold om borgere eller dokumenterer den indsats, der leveres. Der er altså tale om oplysninger, som er bundet til cpr-nummer, helbredsmæssige forhold, bl.a. brug af lægemidler/medicin, diagnoser og undersøgelser, indlæggelse på et sygehus, sociale problemer, misbrug. Leverandøren er ansvarlig for at behandle både almindelige og følsomme personoplysninger efter gældende lovgivning.

Leverandøren forpligter sig til at overholde databeskyttelsesreglerne, offentlighedsloven, forvaltningsloven og sundhedsloven i forhold til behandling og udveksling af oplysninger om borgere m.v.

Tavshedspligt

Leverandøren og dennes medarbejdere er herunder omfattet af forvaltningslovens regler om tavshedspligt. Leverandøren og dennes medarbejdere er forpligtede til at iagttage fuld fortrolighed med hensyn til alle oplysninger om kommunen og borgere, som leverandøren får kendskab til under udførelsen af opgaverne.

Det gælder også efter ophør af samarbejdet.

Leverandøren vil i forbindelse med indgåelse af kontrakt skulle underskrive en tavshedspligtserklæring.

Databehandleraftale

Det er en forudsætning for at kunne blive godkendt som fritvalgsleverandør i Gribskov Kommune og dermed kunne anvende kommunens IT fagsystem, at leverandøren indgår en databehandleraftale med kommunen. Aftalen har til formål at opfylde kravene i

- Lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven) (LOV nr. 502 af 23/05/2018)
- Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) 2016/679 af 27. april 2016 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger og om ophævelse af direktiv 95/46/EF

Databehandleraftalen kan ses i bilag 18.



4.12 MISLIGHOLDELSE OG OPSIGELSE

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.

Gribskov Kommune kan ophæve aftalen med leverandøren helt eller delvist, hvis der foreligger en væsentlig misligholdelse fra leverandørens side. Ved det andet røde påbud er Gribskov Kommune berettiget til at betragte kontrakten som væsentligt misligholdt.



BILAG 5: ØKONOMI OG AFREGNING

Formålet med dette kapitel er at beskrive økonomi og afregningsmodel. I Gribskov Kommune visiteres de indsatser, der leveres til borgerne, i ydelser. Visitationen visiterer et antal ydelser svarende til borgerens funktionsnedsættelse. Ydelserne afregnes som hovedregel i såkaldte "pakker". Sammenhængen mellem pakker og ydelser fremgår af figur 14.

Leverings- og dermed afregningsbetingelser kan ændres, fx hvis indsatser udvikles eller nye kommer til, eller hvis der fra politisk hold ændres i serviceniveauet.

5.1 PAKKEPRISER OG AFREGNINGSPRINCIPPER

Nedenfor er Gribskov Kommunes prisliste for afregning af levering af personlig pleje, praktisk hjælp, delegerede sygeplejeydelser m.v. til kommunens borgere vist.

Af prislisten fremgår afregningspris og afregningsenhed samt gennemsnitlig normeret tid for relevante tidsenhed set i forhold til pakken/ydelsen. Alle priser er ekskl. moms, dvs. at leverandøren skal lægge moms oveni i prisen ved fakturering.

Priserne genberegnes mindst én gang årligt og justeres fremadrettet på baggrund af kommunens gennemsnitlige, langsigtede omkostninger.



Prisskema - hjemmepleje

Pakkenavn	Kort navn	Tid pr. uge Minutter	Minut- Pris (kr.)	Afregnes pr:	Pris pr. Døgn (kr.)
Personlig pleje					
Pakke 1 dag	P1	50	5,92	Dag	42,25
Pakke 2 dag	P2	150	6,13	Dag	131,38
Pakke 3 dag	P3	460	5,92	Dag	388,72
Pakke 4 dag	P4	670	5,92	Dag	566,17
Pakke 1 aften	A1	175	7,69	Dag	192,24
Pakke 2 aften	A2	245	7,69	Dag	269,15
Praktisk hjælp					
Rengøring	Ren	20	5,92	Dag	16,90
Tøjvask	Tøj	20	5,92	Dag	16,90
Indkøb	Ind	15	5,92	Dag	12,66
Brændsel	Bræ	105	5,92	Dag	88,80
Delegerede sygeplejeydelser					
Sygeplejepakke 1 dag og aften	SP1	60	12,72	Dag	109,00
Sygeplejepakke 2 dag og aften	SP2	90	11,04	Dag	141,97
Sygeplejepakke 3 dag og aften	SP3	120	10,20	Dag	174,91
Pakkenavn	Kort navn	Tid pr. enhed i minutter		Afregnes pr:	Pris pr. 15 minutter
Let praktisk bistand ¹	LB	15	7,12	Pr gang	106,76
Hverdagens aktiviteter ²	HA	15	7,12	Pr. gang	106,76
Særlige behov	SB	15	7,12	Pr. enhed	106,76
Tryghedsbesøg	TB	15	7,12	Pr. enhed	106,76
Styrk Hverdagen ³	ST	60	8,97	Pr. enhed	537,91
Vi træner sammen ⁴	VS	20	10,00	Pr. enhed	200,00

1. Kan eksempelvis omfatte hjælp til læsning af breve, at bære skraldespand til container o.l.

2. Kan eksempelvis omfatte skift af batterier i høreapparat, fodpleje o.l.

3. Gives til at hjælper modtager instruktion fra terapeut vedr. rehabiliterende pleje og hjælp til borger

4. Gives i 8 ugers forløb, hvor hjælper træner 2 x 20 min om ugen med borger

Priserne er de samme, uanset om den personlige pleje eller praktiske hjælp er visiteret kompenserende, aktiverende eller rehabiliterende.

Som det fremgår af tabellen, afregnes personlig pleje, praktisk hjælp samt delegerede sygeplejeydelser (1, 2, 3) i pakker, der afregnes pr. dag i den periode, hvor borgeren er aktiv. Dette gælder uanset, om der leveres ydelser inden for pakken hver dag eller ej.

Afregningen pr. dag sker altså uanset, om der er tale om en pakke, hvor borgerne kan forvente besøg hver dag eller ej. Fx afregnes der pr. dag for rengøringspakkerne, selv om der efter kommunens serviceniveau skal gøres rent hos borgerne hver 14. dag. Rengøringspakken vil som udgangspunkt blive afregnet med 14 x dagsprisen for hver levering. Der vil dog være undtagelser fx ved hospitalsindlæggelser jf. nedenfor. Ved rengøring ud over det angivne serviceniveau visiteres ekstra pakker.

Der kan således faktureres for en pakke for de dage, hvor der er en åben bestilling på en pakke til borgeren, og hvor borgeren er registreret som aktiv. Dette betyder, at der ikke afregnes for de dage, hvor borgeren er indlagt på hospital, har ophold på det midlertidige center Toftebo eller er bortrejst. Dog afregnes der for den dag, hvor borger indlægges/påbegynder sit ophold på Toftebo og den dag, hvor borger udskrives/ophold ophører på Toftebo.

For **personlig pleje og delegerede sygeplejeydelser** gælder følgende afregning: Har borgeren været indlagt på hospital i 5 dage i en måned, så fratrækkes der 3 dage (første og sidste dag tælles ikke med) i det antal dage, der kan faktureres. Hvis en måned er 31 dage lang, og borgeren har været indlagt i 5 dage, afregnes der således for 28 dage.

For **praktisk hjælp** reguleres der i intervaller af indlæggelsen/opholdets varighed pr. måned. Det betyder følgende:

Borger har været indlagt i 1-7 dage: der fratrækkes 0 dage i afregningen.

Borger har været indlagt i 8-14 dage: der fratrækkes for antal indlæggelsesdage i afregningen, fx 12 dage, når indlæggelsen varer i 12 dage.

Borger har været indlagt i 15-21 dage: der fratrækkes for 14 dage uanset antal indlæggelsesdage.

Borger har været indlagt i 22-28 dage: der fratrækkes for antal indlæggelsesdage i afregningen, fx 27 dage, når indlæggelsen varer 27 dage.

Borger har været indlagt i 29-31 dage: Der fratrækkes for 28 dage i afregningen uanset antal indlæggelsesdage.

Årsagen til denne betalingsregel er, at det forventes, at borgeren ved hjemkomst efter kortere indlæggelser tilbydes erstatningsrengøring eller erstatningstøjvask, hvis det havde været planlagt at gøre rent eller foretage tøjvask hos borgeren i den periode, hvor denne var indlagt.

For de øvrige pakker, gælder der andre afregningsprincipper. Følgende ydelser afregnes i enheder af 15 min., der kan gives flere gange om dagen/ugen. Det gælder pakkerne:

- særlige behov
- tryghedsbesøg

Særlige behov og tryghedsbesøg vil ofte være en engangsydelser. Hvis indsatsen skønnes at tage mere end 15 min, vil visitationen visitere flere enheder.

Det betyder, at hvis borger fx har tryghedsbesøg én gang om ugen, afregnes der med x pris. Hvis borger har 5 tryghedsbesøg, afregnes med 5 gange x pris.

For følgende ydelser afregnes pr. gang og at de maksimalt leveres én gang pr. uge (der afregnes pr. 15 minutter pr. enhed):

- let praktisk bistand
- hverdagens aktiviteter

Styrk hverdagen gives én gang ved opstarten af et styrk hverdagen forløb og afregnes pr. gang.

Vi træner sammen leveres som udgangspunkt 2x20 min. om ugen, i det antal uger træningsforløbet varer. Dvs. for en samlet forløb på 8 uger kan afregnes 2 gange x pris gange 8.

AFREGNINGSMATERIALE

Kommunen beregner hver måned, hvor meget leverandøren kan opkræve kommunen. Kommunen har udviklet en faktureringsportal, hvor leverandøren kan finde



faktureringsgrundlaget for den seneste måned. Faktureringsgrundlaget vil kunne hentes på portalen to kalenderdage efter, at den måned, der kan faktureres for, er afsluttet.

På portalen kan leverandøren finde en detaljeret dokumentation for beregningen af månedens fakturerbare beløb.

Måtte leverandøren af konkrete årsager være uenig i kommunens opgørelse, er det muligt på faktureringsportalen at oprette indsigelser, hvorefter der starter en dialog mellem kommune og leverandør. Omvendt har kommunen også ret til at gøre indsigelser mod faktureringsgrundlaget, hvis det af forskellige årsager kommer til kommunens kendskab, at leverandøren i konkrete tilfælde ikke har leveret som bestilt.

FAKTURERINGSKADENCE

På 2. hverdag i måneden efter den måned, der faktureres for, kan leverandøren fakturere det beløb, som fremgår af faktureringsportalen. Dette materiale opbevares for alle måneder på faktureringsportalen, som *fakturering måned primo*.

Herefter kan der senest ved udgangen af måneden efter den måned, der faktureres for, sendes restafregning eller kreditnota for den pågældende måned i overensstemmelse med den dialog, der har været om indsigelser fra henholdsvis kommune og leverandør. Grundlaget for denne afregning opbevares for alle måneder på fakturaportalen, som *fakturering måned ultimo*.

Hvor sendes faktura til?

Elektronisk faktura sendes til Gribskov Kommune, EAN nr. 5798008161476.

Betalingsterminer

Faktura skal være kommunen i hænde senest den 5. i måneden efter den måned, der afregnes for.

Gribskov Kommunes betalingsbetingelser er fakturadato + 20 dage.

ÅRLIG LØN- OG PRISREGULERING

Priserne reguleres årligt i overensstemmelse med den pris- og lønregulering, som kommunens øvrige budget reguleres med.



5.2 BEREGNING AF PAKKER

Pakkerne er et redskab til at afregne de ydelser, der visiteres til borgerne og udføres af leverandørerne.

PERSONLIG PLEJE

Hvilke pakker personlig pleje dag og aften afregnes med afhænger af det antal point, de visiterede ydelser summer til og sker på baggrund af kommunens visitation af borger.

Som det fremgår nedenfor, har de enkelte ydelser, dag og aften, et bestemt pointtal. De fleste ydelser har værdien én (1). Undtagelserne herfra er "at gøre morgentoilette" og "at udføre daglig toilette", der er såkaldte samleydelser.

Plejeydelser

Ydelser	Ydelsespoint	
	Dag	Aften
At lave morgenmad	1	
At anrette frokost	1	
At lave smørrebrød	1	
At anrette aftensmaden		1
At vaske op ¹⁾	1	
At indtage maden	1	1
At komme i og op af sengen	1	1
At undgå lejringskomplikationer	1	1
At færdes i egen bolig	1	
At færdes udendørs	1	
At tage brusebad	1	
At gøre morgentoilette ²⁾	3	
At gøre aftentoilette ³⁾		1
At udføre toiletbesøg	1	1
At udføre daglig toilette ⁴⁾	5	2
At klæde sig på	1	
At klæde sig af		1

1) Ydelsen "At vaske op" er indeholdt i de fire ovenstående ydelser og visiteres kun selvstændigt, hvis det er den eneste ydelse, der er behov for i forbindelse med måltiderne.

2) Er en samleydelse, der ikke kan visiteres sammen med "At tage brusebad" og "At klæde sig på", da disse ydelser er inkluderet i "At gøre morgentoilette".

3) Er en samleydelse og kan ikke visiteres sammen med ydelserne "At klæde sig af" og "At komme i seng", da disse ydelser er inkluderet i "At gøre aftentoilette".

4) Er en samleydelse og indeholder både "At gøre morgentoilette" og "At gøre aftentoilette" og kan derfor ikke visiteres sammen med disse og de enkelt-ydelser, de indeholder.



SYGEPLEJE

Hvilken pakke, delegerede sygeplejeydelser afregnes med, afhænger af det antal ydelser, der er visiteret til. Alle sygeplejeydelser tæller ét point.

Der kan visiteres til følgende delegerede sygeplejeydelser:

Ydelser	Ydelsespoint
Medicinadministration	1
Kompressionsbehandling	1
Anlæggelse og pleje af kateter*	1
Behandling og pleje af hudproblem**	1
Behandling og pleje af mave- /tarmproblem***	1

* Alene forebyggende skyl af blærekateter

** Påføring af medicinsk creme

*** Administration af miniklyx

PRAKTISK HJÆLP

Ydelserne Praktisk hjælp afregnes med henholdsvis én rengørings-, tøjvask-, indkøbs- eller brændselspakke, uanset om borgerne er tildelt en eller flere ydelser indenfor den pågældende pakke. Dvs. uanset om borger er visiteret til eksempelvis sortere vasketøj, tørre tøj og vask i maskinen (3 ydelser) eller kun lægge tøj sammen og på plads (1 ydelse), så er afregningen den samme – 1 tøjvask (pakke) til 25,35 kr./døgn, jf. figur 10.

De ydelser, der kan visiteres til under praktisk hjælp, fremgår nedenfor.

Praktisk hjælp pakke med tilhørende ydelser

Rengøring	Tøjvask
<ul style="list-style-type: none">• Holde overflader rene• Oprydning• Rengøre gulve• Rydde op• Skifte sengetøj	<ul style="list-style-type: none">• Lægge tøj sammen og på plads• Sortere vasketøj• Tørre tøj• Vask i maskine
Brændsel	Indkøb
<ul style="list-style-type: none">• Brændselshjælp	<ul style="list-style-type: none">• Bestille varer• Planlægge indkøb• Sætte varer på plads



Sammenhængen mellem visiterede ydelser (ydelsespunkt) og pakker til afregning kan beskrives som nedenfor.

Pakker og ydelsespunkt

Pakkenavn	Kort navn	Sum af ydelsespunkt	Leveret i tidsrummet
Personlig pleje			
Pakke 1 dag	P1	= 1 ydelsespunkt	Kl. 7 - 17
Pakke 2 dag	P2	= 2 til 5 ydelsespunkt	Kl. 7 - 17
Pakke 3 dag	P3	= 6 til 9 ydelsespunkt = 10 eller flere	Kl. 7 - 17
Pakke 4 dag	P4	ydelsespunkt	Kl. 7 - 17
Pakke 1 aften	A1	= 1 ydelsespunkt	Kl. 17 - 23
Pakke 2 aften	A2	= 2 eller flere ydelsespunkt	Kl. 17 - 23
Praktisk hjælp			
Rengøring	Ren	Uanset antal ydelser	Kl. 7 - 17
Tøjvask	Tøj	Uanset antal ydelser	Kl. 7 - 17
Indkøb	Ind	Uanset antal ydelser	Kl. 7 - 17
Brændsel	Bræ	Uanset antal ydelser	Kl. 7 - 17
Delegerede sygeplejeydelser			
Sygeplejepakke 1 dag og aften	SP1	= 1 til 2 ydelsespunkt	Kl. 7 - 23
Sygeplejepakke 2 dag og aften	SP2	= 3 til 4 ydelsespunkt	Kl. 7 - 23
Sygeplejepakke 3 dag og aften	Sp3	5 ydelsespunkt og derover	Kl. 7 - 23

Det, der er afgørende for, hvilken pakke leverandøren afregnes med, er borgers samlede sum af ydelsespunkt. Dvs. har borger efter visitators vurdering eksempelvis behov for hjælp til at vaske op, at lave morgenmad og at smøre aftensmad, har borger i alt 3 ydelsespunkt og dermed afregnes leverandøren med en "pakke 2 dag".





BILAG 6: VISIONER FOR HJEMMEPLEJEN I GRIBSKOV KOMMUNE



Visioner og værdier for hjemmeplejen i Gribskov kommune er resultat af et § 17.4-udvalgs arbejde i 2. halvår 2018.

§ 17.4-udvalget har 6 medlemmer (politikere) og 6 observatører (borger, pårørende, repræsentant fra Ældrerådet samt tre professionelle fagfolk med viden om området)

VISION

Gribskov kommunes hjemmepleje er værdig, fleksibel, enkel og let

BORGERE, DER HAR BRUG FOR HJÆLP, FÅR VÆRDIG HJÆLP

I Gribskov kommune tager den hjælp, som hjemmeplejen leverer til borgeren, udgangspunkt i borgeren. Der er fokus på livskvalitet og respekt for borgeren som individ.

Medarbejderen forstår de omstændigheder, der udfordrer borgerens hverdag. Alle skal have værdig hjælp, og hjælpen er fleksibel, enkel og let, uanset borgers livssituation.

Når hjemmehjælp tildeles, forklares det tydeligt, hvad der gives hjælp til, hvor meget og hvorfor. De medarbejdere, der giver hjælp, samarbejder med hinanden. De kommunikerer klart med borgere, pårørende og frivillige og fremmer livskvalitet og værdighed ved at styrke borgers funktionsevne og relationer. Medarbejdere er uddannet til at udføre arbejdet og tilpasse hjælpen. I Gribskov tilstræber vi punktlighed og kendte medarbejdere. Vi bruger teknologi med omhu og værdighed.

Medarbejderne er til at få fat på. Overgang og opstart forenkles, og hjælpen tildeles hurtigt og efter behov. Der stilles krav til både myndighed, leverandør og borger, og kravene er enkle at imødekomme.



TRE VÆRDIER

Gribskov kommune, leverandører og borgere bidrager alle til en VÆRDIG hjemmepleje

VÆRDIG

Når borgeren får besøg af hjemmeplejen, skal borgeren behandles værdigt. Det enkelte besøg bygger altid på:

Hjælp til selvhjælp – rehabilitering eller ”en aktiverende tilgang” er vigtig. Den enkelte hjælpes til bedre selv at kunne. Medarbejdere hjælper med at bibeholde eller forbedre borgerens egne funktioner.

God kommunikation – aftalte tidspunkter følges og prioriteres, og der gives besked, hvis det aftalte tidspunkt må rykkes, eller hvis der kommer en medarbejder, man ikke kender.

Nærværende støtte – god uddannelse, god ledelse og en velfungerende opgaveorganisering sørger for, at medarbejdere har tid, så hjælpen gives nærværende og opmærksomt.

Inddragelse – borgeren møder kommunen på forskellige måder, f.eks. ved visitation og i det daglige. I Gribskov tør ansatte og borgere tale om tingene og lære af eventuelle fejl.

TRE VÆRDIER

Gribskov kommune, leverandører og borgere bidrager alle til en FLEKSIBEL hjemmepleje

FLEKSIBEL

Borgeren skal opleve at blive set og imødekommet og have mulighed for at flytte besøg, så det passer ind i borgerens hverdag. Hjemmehjælpen i Gribskov kommune er fleksibel, når den er:

Tilpasset borgeren – det er muligt for medarbejderen inden for den visiterede ramme at være fleksibel med den hjælp, der ydes. Der er tydelig, løbende dialog og opfølgning på tilfredshed.

Tydelig og menneskelig – medarbejderne er imødekommende, tydelige og fleksible overfor borgere og pårørende.

Digital på en tryk måde – hjemmeplejen er smidig og arbejder på at bruge digitaliserede løsninger, som understøtter en klar og værdig kommunikation. Der tages hensyn til borgere, der ikke har kendskab til IT.

To-vejs – fleksibiliteten går begge veje: Borgere og medarbejdere er fleksible. Hvis samarbejdet bliver svært, taler vi om det og finder løsninger sammen.



TRE VÆRDIER

Gribskov kommune, leverandører og borgere bidrager alle til en ENKEL og LET hjemmepleje

ENKEL OG LET

Det er enkelt og let for borgeren at forstå hjælpen, når der gives klar besked om de visiterede ydelser, og når borgeren kan se hjælpen, han eller hun får.

I Gribskov kommune bygger hjemmeplejen på:

Klar visitation og kommunikation – borgeren er visiteret til at få hjælp til sine behov, borgeren forstår hjælpen og modtager en oversigt med information og overblik over det aftalte.

Gensidig respekt – medarbejderen har respekt for borgerens livssituation. Borgeren har medansvar for at forstå hjælpen, bidrage til den og kende dens omfang og vilkår. Der sker en forventningsafstemning om samarbejdet i borgerens hjem, som også er medarbejderens arbejdsplads.

Nem adgang – det er enkelt og let for både medarbejdere og borgere at finde ud af, hvor de skal henvende sig om f.eks. hjælpemidler og deltagelse i tilbud i lokalområdet. Gribskov arbejder for stærke fællesskaber og deling af viden.





"Hvis der er noget, vi vil, så siger vi det til morgendamen," fortæller Robert om kommunikationen mellem hjemmeplejen og ham og hans kone. 'Morgendamen' er den social- og sundhedshjælper, som kommer om morgenen og hjælper Robert ud af sengen, og som ægteparret er meget glade for. Hun kan også hjælpe med at få iværksat de ydelser, som de går og ønsker sig. Derfor understreger begge ægtefæller vigtigheden af at have en fast hjælper.

- Borger i Gribskov, 85 år

INFO

Om §17.4-udvalgets opgave og arbejde

Byrådet i Gribskov Kommune nedsatte i 2018 et temaudvalg, som skulle forberede og anbefale en ny model for hjemmeplejen.

Udvalgets medlemmer var: Pernille Kromann Sams (formand, NytGribskov), Jonna Præst (næstformand, Dansk Folkeparti), Birgit Roswall (Venstre), Knud Antonsen (Venstre), Pia Foght (Socialdemokratiet) og Jesper Behrendorff (Konservativt Folkeparti).

Udvalget havde hele vejen igennem en observatørgruppe til at kvalificere drøftelserne. Observatørerne var: Elise Ægidius (bruger af hjemmeplejen), Helle Blomsterberg (pårørende), Torben Møgelhøj (formand for Ældrerådet), Christina Bille (centersygeplejerske), Christina Kokholm (ergoterapeut) og Tina Juul (social- og sundhedsassistent).

Gribskov kommune

Rådhusvej 3

3200 Helsingø

+ 45 7249 6000

borgerservice@gribskov.dk

Antropologerne ApS

Stauns 3

8305 Samsø

+45 8813 2000

Info@antropologerne.com





Indledning

Denne tekst beskriver Gribskov Kommunes praktiske hjælp til borgere i eget hjem: Rengøring, tøjvask, indkøb, midlertidig brændselshjælp og andre opgaver i hverdagen. Her kan du læse, hvem der kan få hjælp, hvad du kan forvente af os, og hvad vi forventer af dig.

Formålet med praktisk hjælp er at støtte dig i at udføre opgaver eller dele af opgaver, som du ikke selv magter på grund af nedsat funktionsevne.

Gribskov Kommune tager afsæt i, at vi hver især har ansvar for os selv og vores familie, og at alle ønsker at klare sig selv bedst muligt og længst muligt.

Du vil ofte kunne hjælpe dig selv ved at fordele opgaverne over tid og dermed fortsat selv klare dem.

Hvem kan få hjælp?

Du kan få hjælp og støtte til praktiske opgaver, hvis du har fysiske, psykiske eller sociale udfordringer, der betyder, at du ikke selv kan udføre opgaverne.

Hele husstanden forventes at deltage i de praktiske opgaver. Ved bevilling af praktisk hjælp vurderer visitator derfor, om husstandens øvrige medlemmer kan udføre opgaverne.

Ved vurderingen tages der hensyn til til de enkelte medlemmers formåen, helbred og livssituation.

Hvordan får du hjælp?

Du eller dine pårørende skal kontakte visitatorerne i Center for Social og

Sundhed.

Før vi tager stilling til, om du kan få praktisk hjælp, vurderer vi, om det er muligt at afhjælpe din funktionsnedsættelse helt eller delvist ved:

- råd og vejledning i udførelse af opgaverne
- brug af almindelige husholdningsredskaber og -maskiner eller hjælpemidler
- ved en mere hensigtsmæssig indretning af hjemmet

Tildeling af praktisk hjælp tager altid afsæt i en individuel og konkret vurdering af dine behov. Visitator afdækker derfor sammen med dig dit funktionsniveau og vurderer dit behov for hjælp. Senest tre uger efter ansøgningstidspunktet sender visitator en skriftlig afgørelse til dig.

Opfølgning

Den bevilgede hjælp op- eller nedjusteres løbende, så den passer til dit behov for hjælp og støtte.

Hvad kan du få hjælp til?

Omfanget af hjælp og støtte vil afhænge af din konkrete situation og af, hvor meget du selv og andre i husstanden kan udføre.

Hjælp til selvhjælp

Når vi yder hjælp og støtte i Gribskov Kommune, ønsker vi samtidig at bidrage til at:

- du oplever øget livskvalitet
- du fastholder og styrker dine muligheder for fortsat at tage vare på dig selv

Praktisk hjælp efter Servicelovens §83

Kvalitetsstandard for rengøring, tøjvask, indkøb, midlertidig brændselshjælp og hverdagens aktiviteter



- du bevarer din styrke og dermed evnen til at klare ting selv
- du er i stand til at blive længst muligt i eget hjem

I praksis betyder det blandt andet, at vi har fokus på, at du deltager i den udstrækning, du kan, i at udføre de opgaver, du får støtte til.

Vi vil hver måned tilbyde dig at blive vejret og deltage i en fysisk test. Formålet er at hjælpe dig med at blive opmærksom på eksempelvis utilsigtet vægttab eller behov for træning.

Praktisk hjælp kan omfatte følgende opgaver:

Rengøring

Som hovedregel kan du få gjort rent hver tredje uge.

Rengøring omfatter i udgangspunktet hverdagsrengøring af boligens daglige opholdsrum svarende til en ældrebolig (67 m²). Rengøring af boligen kan omfatte:

- et køkken
- et badeværelse
- et soveværelse
- en stue
- ét indgangsparti (entré eller bryggers)
- bryggers, hvis det indeholder vaskemaskine og tørretumbler

Tøjvask

Du kan som hovedregel få hjælp til tøjvask hver tredje uge, evt. på vaskeri.

Indkøb

Du kan få hjælp til at bestille varer og til at få dem sat på plads én gang ugentligt.

Midlertidig hjælp til at varme op med brændsel

Akut hjælp, typisk til at lægge brænde i brændeovn, indtil permanent varmekilde er etableret. Kan maksimalt bevilges for én måned.

Hverdagens aktiviteter

I særlige tilfælde kan du få hjælp til mindre, dagligdagsopgaver, der ikke er omfattet af ovennævnte indsatser.

Fleksibilitet – bytteydelse

Du har mulighed for at bytte en tildelt ydelse ud med en anden opgave. Du kan som udgangspunkt selv bestemme, hvilke opgaver, du ønsker at bytte dig til.

For bytteydelse er det dog en betingelse, at

- De opgaver, du bytter dig til, skal kunne løses inden for samme tidsramme
- Opgaven kan varetages af samme leverandør
- Opgaven kan udføres arbejdsmiljømæssigt forsvarligt
- Du kan kun bytte imellem personlig pleje og praktisk hjælp, hvis du er tildelt hjælp til begge dele, og ydelserne leveres af den samme leverandør

Vi vil i hvert enkelt tilfælde vurdere, om det er fagligt forsvarligt at tilsidesætte den tildelte hjælp og i stedet udføre bytteydelsen.

Hvis du tre gange i træk bytter opgaver, kan det være tegn på, at dit behov for hjælp har ændret sig. Du skal i denne

situation kontakte visitationen, der sammen med dig vil undersøge, om dit behov for hjælp stadig er det samme.

Hvem leverer hjælpen?

Praktisk hjælp er omfattet af fritvalgsordningen. Det betyder, at du selv kan vælge, om hjælpen skal udføres af:

- Gribskov Kommunes hjemmepleje
 - en privat leverandør af hjemmepleje,
- som Gribskov Kommune har indgået kontrakt med
 - en person, som du selv udpeger til at udføre den hjælp, du er blevet tildelt.
- Personen skal opfylde kommunens kvalitetskrav f.eks. i relation til uddannelse m.v. Personen skal godkendes og ansættes af kommunen.

Du kan skifte leverandør med et varsel på en måned.

Hvad koster hjælpen

Visiteret praktisk hjælp er gratis for dig.

Hvornår leveres hjælpen?

Hjælpen bliver startet op hurtigst muligt og senest to uger efter, at visitator har bestilt hjælpen.

Du kan modtage hjælp og støtte til praktiske opgaver på alle ugens hverdage i tidsrummet kl. 7-17.

Leverandøren aftaler tidspunktet for levering af hjælpen med dig. Leverandøren planlægger og udfører hjælpen i samarbejde med dig.

Hjælpen skal leveres til den aftalte tid, +/- 60 min. Personalet vil kontakte dig og aftale en ny tid, hvis de er forhindret i at overholde aftalen.

Hvad forventer vi af dig?

Vi ønsker, at du oplever et godt samarbejde med os. Derfor skal du kende de forventninger, vi har til dig:

- du er hjemme, og du så vidt muligt ikke har gæster, mens hjælpen bliver leveret
- adgangsforholdene er i orden, eksempelvis med synligt husnummer og lys ved hoveddøren
- du stiller de nødvendige rengøringsredskaber og materialer til rådighed for personalet
- du samarbejder omkring de arbejdsmiljømæssige krav til arbejdets udførelse, så arbejdet kan udføres sikkerhedsmæssigt og sundhedsmæssigt forsvarligt.

Det betyder blandt andet, at:

medarbejderne ikke må stå på borde, stole, stiger eller lignende

rengøringsredskaber og -produkter skal opfylde de gældende arbejdsmiljømæssige krav omkring arbejdets udførelse

der ikke må ryges i de rum, hvor aktiviteterne udføres, 20 min. før det planlagte tidspunkt for hjælpens udførelse og at skal der luftes ud, inden hjælpen påbegyndes

der ikke må være husdyr til stede i de rum, hvor aktiviteterne pågår

- du er indforstået med, at leverandøren af hjemmepleje er forpligtet til at sikre, at du ikke er i fare, hvis personalet ikke kan komme i kontakt med dig eller pårørende ved et aftalt besøg. I sådanne tilfælde kan blive nødvendigt at tilkalde låsesmed for din regning

Praktisk hjælp efter Servicelovens §83

Kvalitetsstandard for rengøring, tøjvask, indkøb, midlertidig brændselshjælp og hverdagens aktiviteter



- du er indforstået med, at du som hovedregel ikke får et erstatningsbesøg, hvis du selv aflyser eller ikke er hjemme ved et planlagt besøg
- at du er opmærksom på, at visitationen skal orienteres, hvis dit behov for hjælp og støtte ændrer sig

Gribskov Kommunes kvalitetsmål

Kvalitetsmål for hjælpen:

- at hjælpen bliver startet op hurtigst muligt efter aftale med dig og senest to uger efter, at hjælpen er bevilget
- at leverandøren ikke må aflyse hjælpen. Det kan i enkelte situationer være nødvendigt at ændre en aftale mellem en leverandør og dig. I det tilfælde kontakter leverandøren dig og tilbyder dig at udføre erstatningshjælp snarest muligt
- at du tilbydes erstatningsbesøg, hvis den planlagte hjælp falder på en helligdag
- at hjælpen bliver leveret til den aftalte tid +/- 60 min. time
- at leverandøren kontakter dig, hvis din hjælp bliver forsinket i mere end en time i forhold til det aftalte tidspunkt.

Kvalitetsmål for dig:

- at du oplever din hjælp og støtte som fleksibel og værdig

- at du oplever samarbejdet med kommunen og hjemmeplejen som enkelt og let
- at du oplever, at hjælpen bliver ydet med nærvær, tryghed og respekt
- at du oplever, at du så vidt muligt kan fastholde de vaner og rytmer, som du trives med
- at du oplever sammenhæng og forudsigelighed i hjælpen og i den samlede indsats
- at dine pårørende inddrages, når det er relevant og med respekt for din selvbestemmelse
- at du får tildelt en fast kontaktperson hos leverandøren
- at din kontaktperson sikrer sammenhæng i hjælpen og tilpasser hjælpen efter dine behov
- at du oplever, at den tildelte hjælp bliver udført som planlagt og i nært samarbejde med dig

Gribskov Kommune har ansvaret for at følge op på kvalitetsmålene.

Tavshedspligt

Personalet har tavshedspligt.

Lovgrundlag

Servicelovens §§ 1, 83, 83a, 86, 87, 88, 90, 94 og 94a.

Klageadgang

Klagevejledning vil fremgå af afgørelsen om tildeling af hjælp.

Godkendelse

Kvalitetsstandarden er godkendt af Byrådet den 9. april 2019

Information

Du kan se denne kvalitetsstandard og Gribskov Kommunes øvrige kvalitetsstandarder på kommunens hjemmeside www.gribskov.dk/kvalitetsstandard

Du kan få mere at vide om dine muligheder for at få hjælp og støtte ved at kontakte

Center for Social og Sundhed Visitationen

Tlf.: 7249 6000

e-mail: Socialogsundhed@gribskov.dk

www.gribskov.dk

Personlig hjælp og pleje efter Servicelovens §83

samt træning efter Servicelovens § 86 stk 2

Kvalitetsstandard for personlig hjælp og pleje samt vedligeholdende træning

Indledning

Denne tekst beskriver Gribskov Kommunes personlige hjælp og pleje til borgere i eget hjem. Her kan du læse, hvem der kan få hjælp, hvad du kan forvente af os, og hvad vi forventer af dig.

Formålet med personlig hjælp og pleje er at støtte dig i at udføre opgaver eller dele af opgaver, som du ikke selv magter på grund af nedsat funktionsevne.

Gribskov Kommune tager afsæt i, at vi hver især har ansvar for os selv og vores familie, og at alle ønsker at klare sig selv bedst muligt og længst muligt.

Du vil ofte kunne hjælpe dig selv ved at fordele opgaverne over tid og dermed fortsat selv klare dem.

Hvem kan få hjælp?

Du kan få hjælp og støtte til personlig pleje og andre af hverdagens aktiviteter, hvis du har fysiske, psykiske eller sociale udfordringer, der betyder, at du ikke selv kan udføre opgaverne.

Hvis du bor sammen med ægtefælle, samlever eller anden nær pårørende forventes det, at vedkommende i mindre omfang hjælper dig i dagligdagen, eksempelvis hjælp til at få sko på eller tilberede og anrette mad.

Hvordan får du hjælp?

Du eller dine pårørende skal kontakte visitatorerne i Center for Social og Sundhed.

Før vi tager stilling til, om du kan få hjælp til personlig hjælp og pleje, vurderer vi, om det er muligt at afhjælpe din funktionsnedsættelse helt eller delvist ved

- råd og vejledning i udførelse af opgaverne
- brug af dagligdags redskaber eller hjælpemidler
- ved en mere hensigtsmæssig indretning af hjemmet
- rehabilitering eller træning

Tildeling af hjælp til personlig pleje tager altid afsæt i en konkret og individuel vurdering af dine behov. Visitator afdækker derfor sammen med dig dit funktionsniveau og vurderer dit behov for hjælp. Senest fem hverdage efter ansøgningstidspunktet sender visitator en skriftlig afgørelse til dig.

Opfølgning

Den bevilgede hjælp op- eller nedjusteres løbende, så den passer til dit behov for hjælp og støtte.

Hvad kan du få hjælp til?

Omfanget af hjælp og støtte vil afhænge af din konkrete situation og af, hvor meget du selv kan.

Hjælp til selvhjælp

Når vi yder hjælp og støtte i Gribskov Kommune, ønsker vi samtidig at bidrage til at

- du oplever øget livskvalitet
- du fastholder og styrker dine muligheder for fortsat at tage vare på dig selv
- du bevarer din styrke og dermed evnen til at klare ting selv
- du er i stand til at blive længst muligt i eget hjem

I praksis betyder det blandt andet, at vi har fokus på, at du deltager i den udstrækning, du kan, i at udføre de opgaver, du får støtte til.

Vi vil hver måned tilbyde dig at blive vejret og deltage i en fysisk test. Formålet med dette er at hjælpe dig med at blive opmærksom på eksempelvis utilsigtet vægttab eller behov for træning.

Personlig hjælp og pleje kan omfatte følgende opgaver:

Personlig hygiejne

- Brusebad 1 gang ugentligt på hverdage
- Toilette morgen og aften
- Toiletbesøg
- Klippe negle

Tage tøj af og på

- Tøj
- Kropsbårne hjælpemidler, eksempelvis benskiner

Måltidet

- Anrette og opvarme måltider
- Opvask og oprydning
- Hjælp til at indtage mad og drikke

Komme omkring

- Færdes inde og ude
- Forflytninger
- Lejring

Hverdagens aktiviteter

I særlige tilfælde kan du få hjælp til mindre, dagligdags opgaver, der ikke er omfattet af ovennævnte indsatser, eksempelvis hjælp til at skifte batterier i dit høreapparat.

Fleksibilitet – bytteydelse

Du har mulighed for at bytte en tildelt ydelse ud med en anden opgave. Du kan som udgangspunkt selv bestemme, hvilke opgaver, du ønsker at bytte dig til.

For bytteydelse er det dog en betingelse, at:

- de opgaver du bytter dig til, skal kunne løses inden for samme tidsramme.
- opgaven kan varetages af samme leverandør.
- opgaven kan udføres arbejdsmiljømæssigt forsvarligt.
- du kan kun bytte imellem personlig pleje og praktisk hjælp, hvis du er tildelt hjælp til begge dele, og ydelserne leveres af den samme leverandør

Vi vil i hvert enkelt tilfælde vurdere, om det er fagligt forsvarligt at tilsidesætte den tildelte hjælp og i stedet udføre bytteydelsen.

Hvis du tre gang i træk bytter opgaver, kan det være tegn på, at dit behov for hjælp har ændret sig. Du skal i denne situation kontakte visitationen, der sammen med dig vil undersøge, om dit behov for hjælp stadig er det samme.

Hvad koster hjælpen

Visiteret personlig hjælp og pleje er gratis for dig.

Hvem leverer hjælpen?

Personlig hjælp og pleje er omfattet af fritvalgsordningen. Det betyder, at du selv kan vælge, om hjælpen skal udføres af

- Gribskov Kommunes hjemmepleje en privat leverandør af hjemmepleje, som Gribskov
- Kommune har indgået kontrakt med en person, som du selv udpeger til at udføre den hjælp, du er blevet tildelt. Personen skal opfylde kommunens kvalitetskrav f.eks. i relation til uddannelse m.v. Personen skal godkendes og ansættes af kommunen.

Du kan skifte leverandør med et varsel på en måned.

Hvornår leveres hjælpen?

Hjælpen bliver startet op hurtigst muligt og senest 3 dage efter, at visitator har bestilt hjælpen. Ved akutte behov startes hjælpen op med det samme.

Du kan modtage hjælp og støtte til personlig pleje døgnet rundt.

Leverandøren aftaler tidspunktet for levering af hjælpen med dig. Leverandøren planlægger og udfører hjælpen i samarbejde med dig.

Hjælpen skal leveres til den aftalte tid, +/- 30 min. Personalet vil kontakte dig og aftale en ny tid, hvis de er forhindret i at overholde aftalen.

Personlig pleje leveres hele døgnet, dog primært i tidsrummet kl. 7-23. Morgentoilette udføres normalt i tidsrummet kl. 7-10.

Hvad forventer vi af dig?

Vi ønsker, at du oplever et godt samarbejde med os. Derfor skal du kende de forventninger vi har til dig:

- du er hjemme, og du har så vidt muligt ikke gæster, mens hjælpen bliver leveret
- adgangsforholdene er i orden, eksempelvis med synligt husnummer og lys ved hoveddøren
- du stiller de nødvendige rengøringsredskaber og materialer til rådighed for personalet
- du samarbejder omkring de arbejdsmiljømæssige krav til arbejdets udførelse, så arbejdet kan udføres sikkerhedsmæssigt og sundhedsmæssigt forsvarligt.

Det betyder blandt andet, at:

medarbejderne ikke må stå på borde, stole, stiger eller lignende

at rengøringsredskaber og -produkter skal opfylde de gældende arbejdsmiljømæssige krav omkring arbejdets udførelse

at der ikke må ryges i de rum, hvor aktiviteterne udføres, 20 min. før det planlagte tidspunkt for hjælpens udførelse og at skal der luftes ud, inden hjælpen påbegyndes

at der ikke må være husdyr til stede i de rum, hvor aktiviteterne pågår

- du er indforstået med, at leverandøren af hjemmepleje er forpligtet til at sikre, at du ikke er i fare, hvis personalet ikke kan komme i kontakt med dig eller pårørende ved et aftalt besøg. I sådanne tilfælde kan blive

nødvendigt at tilkalde låsesmed for din regning

- du er indforstået med, at du som hovedregel ikke får et erstatningsbesøg, hvis du selv aflyser eller ikke er hjemme ved et planlagt besøg
- at du er opmærksom på, at visitationen skal orienteres, hvis dit behov for hjælp og støtte ændrer sig

Gribskov Kommunes kvalitetsmål

Kvalitetsmål for hjælpen:

- at hjælpen bliver startet op hurtigst muligt efter aftale med dig og senest 3 dage efter, at hjælpen er bestilt
- at leverandøren ikke må aflyse personlig pleje
- at hjælpen bliver leveret til tiden +/- 30 min.
- at leverandøren kontakter dig, hvis din hjælp bliver forsinket i mere end 30 min. i forhold til det aftalte tidspunkt

Kvalitetsmål for dig:

- at du oplever din hjælp og støtte som fleksibel og værdig
- at du oplever samarbejdet med kommunen og hjemmeplejen som

enkelt og let

- at du oplever, at hjælpen bliver ydet med nærvær, tryghed og respekt
- at du oplever, at du så vidt muligt kan fastholde de vaner og rytmer, som du trives med
- at du oplever sammenhæng og forudsigelighed i hjælpen og i den samlede indsats
- at dine pårørende inddrages, når det er relevant og med respekt for din selvbestemmelse
- at du får tildelt en fast kontaktperson hos leverandøren
- at din kontaktperson sikrer sammenhæng i hjælpen og tilpasser hjælpen efter dine behov
- at du oplever, at den tildelte hjælp bliver udført som planlagt og i nært samarbejde med dig

Gribskov Kommune har ansvaret for at følge op på kvalitetsmålene.

Tavshedspligt

Personalet har tavshedspligt.

Lovgrundlag

Servicelovens §§ 1, 83, 83a, 86, 87, 88, 90, 94 og 94a.

Klageadgang

Klagevejledning vil fremgå af afgørelsen om tildeling af hjælp.

Godkendelse

Kvalitetsstandarden er godkendt af Byrådet den 9. april 2019

Information

Du kan se denne kvalitetsstandard og Gribskov Kommunes øvrige kvalitetsstandarder på kommunens hjemmeside www.gribskov.dk/kvalitetsstandard

Du kan få mere at vide om dine muligheder for at få hjælp og støtte ved at kontakte

Center for Social og Sundhed

Visitationen

Tlf.: 7249 6000

e-mail: Socialogsundhed@gribskov.dk

www.gribskov.dk

Indledning

Denne tekst beskriver Gribskov Kommunes rehabiliteringstilbud, som du vil blive tilbudt, når du ansøger om personlig eller praktisk hjælp, og vi vurderer, at du med en målrettet indsats

Formålet med Styrk Hverdagen er, at du igen bliver i stand til helt eller delvist at varetage opgaver, som du på grund fysiske eller psykiske udfordringer ikke længere magter.

kan forbedre din funktionsevne. I Gribskov Kommune kalder vi dette forløb for "Styrk Hverdagen".

Gribskov Kommune tager afsæt i, at vi hver især har ansvar for os selv og vores familie, og at alle ønsker at klare sig selv bedst muligt og længst muligt.

Du vil ofte kunne hjælpe dig selv ved at fordele opgaverne over tid og derved fortsat selv klare dem.

Hvem kan få rehabilitering?

Du kan få tilbudt et Styrk Hverdagen-forløb, hvis du har fysiske, psykiske eller sociale udfordringer, der betyder, at du har behov for hjælp til personlig pleje eller til praktiske opgaver.

Du har ret til at få tilbudt et Styrk Hverdagen-forløb, hvis kommunen vurderer, at et forløb vil kunne forbedre din funktionsevne på en sådan måde, at dit behov for personlig og/eller praktisk hjælp kan blive nedsat.

Hvordan får du rehabilitering?

Du eller dine pårørende skal kontakte visitatorerne i Center for Social og Sundhed.

Tilbud om rehabilitering og hjælp tager afsæt i en konkret og individuel vurdering af dine behov. I samarbejde med dig afdækker visitator derfor dit funktionsniveau og vurderer dit behov for hjælp.

Du vil få tilbudt et rehabiliteringsforløb, hvis visitator vurderer, at du med en målrettet indsats kan forbedre din funktionsevne. Visitator sender en skriftlig afgørelse til dig senest fem hverdage efter ansøgningstidspunktet, når rehabiliteringen vedrører personlig pleje. Ved rehabilitering, der vedrører praktiske opgaver, fremsendes afgørelsen senest tre uger efter, at kommunen har

Styrk Hverdagen er et målrettet og tidsafgrænset forløb, der som udgangspunkt forløber over otte uger. Hvis der er behov for det, vil vi i samarbejde med dig justere forløbets varighed.

modtaget din ansøgning.

Efter endt rehabilitering vil dit behov for hjælp blive vurderet på ny.

Hvad kan Styrk Hverdagen indeholde?

Rehabiliteringen foregår som udgangspunkt i dit eget hjem. Indsatsen har fokus på, hvordan du udfører hverdagens aktiviteter. Det tager afsæt i de mål, som du selv har været med til at sætte.

Styrk Hverdagen kan omfatte følgende indsatser:

- instruktion i hensigtsmæssige arbejdsstillinger

- instruktion i og træning af daglige aktiviteter, f.eks. bad, påklædning, gøre rent, anrette måltider
- oplæring i, hvordan du bruger hjælpemidler og velfærdsteknologi
- fysiske øvelser efter træningsprogram, f.eks. træning af gang og balance
- formidling af kontakt til andre tilbud og muligheder, f.eks. frivillige organisationer og aktivitetscentre
- hjælp til at strukturere dagligdagens aktiviteter, f.eks. at planlægge aftaler og skabe overblik over opgaver

Du kan som udgangspunkt kun få rehabilitering i forhold til aktiviteter, som indgår i Gribskov Kommunes serviceniveau for personlig og praktisk hjælp.

Hvis du har behov for personlig og/eller praktisk hjælp under rehabiliteringsforløbet, vil denne hjælp indgå som en del af det samlede forløb og blive justeret løbende.

Hvad koster Styrk Hverdagen?

Tilbuddet er gratis for dig.

Hvem leverer rehabiliteringen?

Rehabiliteringen forestås af terapeuter fra Genoptræning Gribskov. I de fleste tilfælde udføres rehabilitering i tæt samarbejde med en leverandør af hjemmepleje, som du selv vælger. Hjemmeplejen leveres af Gribskov Kommunes hjemmepleje, eller en privat leverandør, som kommunen har indgået kontrakt med.

Hvornår leveres rehabilitering?

Du kan modtage rehabilitering alle ugens dage. Terapeuter kommer dog kun på hverdage.

Senest to hverdage efter, at rehabiliteringen er bevilget, vil du blive kontaktet af Genoptræning Gribskov med henblik på at aftale tid for terapeutens første besøg.

Hvis du har behov for understøttende hjælp til personlig pleje eller praktiske opgaver under forløbet, vil hjemmeplejen starte hjælpen op i henhold til dine behov.

Leverandøren aftaler tidspunktet for levering af hjælpen med dig. Leverandøren planlægger og udfører hjælpen i samarbejde med dig. Hjælpen leveres i samme tidsrum som personlig pleje og praktisk hjælp.

Personalet vil kontakte dig og aftale en ny tid, hvis de er forhindret i at overholde aftalen.

Hvad forventes af dig?

Gribskov Kommune opfatter et rehabiliteringsforløb som en samarbejdsproces, og det er vores hensigt at skabe et velfungerende samarbejde med dig og, hvis du ønsker det, også med dine pårørende

Vi ønsker, at du oplever et godt samarbejde med os. Derfor skal du kende de forventninger, vi har til dig:

- du er aktiv i forhold til at nå de aftalte mål for forløbet
- du tager ansvar for at holde dig i gang i hverdagen og eksempelvis udfører den træning, som du har aftalt med rehabiliteringsterapeuten
- du er hjemme og er ikke optaget af gæster eller andre aktiviteter, mens rehabiliteringen pågår
- adgangsforholdene er i orden, eksempelvis med synligt husnummer

og lys ved hoveddøren

- du melder afbud, hvis du bliver forhindret i at deltage i de planlagte aktiviteter
- du er indforstået med, at du som udgangspunkt ikke får et erstatningsbesøg, hvis du selv aflyser eller udebliver fra et planlagt besøg
- du stiller de nødvendige rengøringsredskaber og materialer til rådighed for personalet. Materialerne skal opfylde de gældende arbejdsmiljømæssige krav
- du samarbejder omkring de arbejdsmiljømæssige krav til arbejdets udførelse, så arbejdet kan udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt

Det betyder blandt andet:

at der ikke må ryges i de rum, hvor aktiviteterne pågår. Hvis der ryges i et rum umiddelbart før aktiviteternes udførelse, skal der luftes ud, inden hjælpen påbegyndes

at der ikke må være husdyr til stede i de rum, hvor aktiviteterne pågår

at medarbejderne ikke må stå på borde, stole, stiger eller lignende

at pladsforhold omkring eksempelvis seng, toilet og bad skal være tilstrækkelige til at aktiviteterne kan udføres

- du er indforstået med, at leverandører af hjemmepleje og rehabilitering er forpligtet til at sikre, at du ikke er i fare, hvis personalet ikke kan komme i kontakt med dig eller pårørende ved et aftalt besøg. I sådanne tilfælde kan blive nødvendigt at tilkalde låsesmed for din regning

Gribskov Kommune

kvalitetsmål

Kvalitetsmål for rehabilitering og hjælp:

- at hjælpen bliver startet op hurtigst muligt efter aftale med dig og senest to uger efter, at hjælpen er bevilget
- at der senest en uge efter start er udarbejdet en rehabiliteringsplan
- at leverandøren ikke må aflyse hjælpen. Det kan i enkelte situationer være nødvendigt at ændre en aftale mellem en leverandør og dig
- at de aftalte indsatser bliver leveret til tiden +/- 60 min.
- at leverandøren kontakter dig, hvis dit besøg bliver forsinket i mere end 60 min. i forhold til det aftalte tidspunkt
- at evt. understøttende hjemmepleje leveres med et aktiverende og rehabiliterende sigte

Kvalitetsmål for dig:

- at du oplever din hjælp og støtte som fleksibel og værdig
- at du oplever samarbejdet med kommunen og hjemmeplejen som enkelt og let
- at du oplever, at hjælpen bliver ydet med nærvær, tryghed og respekt
- at du oplever, at du så vidt muligt kan fastholde de vaner og rytmer, som du trives med
- at du oplever sammenhæng og forudsigelighed i hjælpen og i den samlede indsats
- at dine pårørende inddrages, når det er relevant og med respekt for din selvbestemmelse

- at du får tildelt en fast rehabiliteringsterapeut og en fast kontaktperson hos en eventuel leverandør af hjemmepleje
- at du oplever at blive inddraget i planlægningen af dit rehabiliteringsforløb
- at du oplever, at de tildelte indsatser bliver udført som planlagt

Gribskov Kommune har ansvaret for at følge op på kvalitetsmålene.

Tavshedspligt

Personalet har tavshedspligt

Lovgrundlag

Servicelovens §§ 1, 83, 83a, 86, 87, 88, 90, 94 og 94a.

Klageadgang

Klagevejledning vil fremgå af afgørelsen om tildeling af hjælp.

Godkendelse

Kvalitetsstandarden er godkendt af Byrådet i Gribskov Kommune den 9. april 2019.

Information

Du kan se denne kvalitetsstandard og Gribskov Kommunes øvrige kvalitetsstandarder på kommunens hjemmeside www.gribskov.dk/kvalitetsstandard

Du kan få mere at vide om dine muligheder for at få hjælp og støtte ved at kontakte

Center for Social og Sundhed Visitationen

Tlf.: 7249 6000

e-mail: Socialogsundhed@gribskov.dk

www.gribskov.dk

Styrk Hverdagen

Håndbog
for
Plejepersonale, terapeuter og visitatorer

Indhold

Læsevejledning:	3
1. Hvad er Styrk Hverdagen?	4
2. Styrk Hverdagen - forløbet	5
Fase 1: Visitation	5
Fase 2: Indledende fase	7
Fase 3: Første besøg af terapeut	8
Fase 4: Rehabiliterende indsats ved hjemmeplejen.....	11
Fase 5a: Fælles besøg	12
Fase 5b: Fælles besøg	13
Fase 6: Rehabiliterende indsats – fortsat	13
Fase 7. Afslutning	14
2. Afgivelser i forløbet	16
A: Forlængelse af et forløb:	16
B: Procedure for afslutning af indsatser i løbet af et Styrk Hverdagen forløb:	17
C: Procedure ved indlæggelse:	17
3. Afklarende forløb.....	19
4. Oplæringsforløb.....	20
Bilag 1: Skematisk fremstilling af samarbejdet mellem træning og hjemmepleje.....	21
Bilag 2: Om Styrk Hverdagen	22
1. Baggrund.....	22
2. Hvad er rehabilitering?	22
3. Styrk Hverdagen – erfaringer indtil nu	24
4. Et justeret Styrk Hverdagen - tilbud	25
4.1. Målgruppen, der fremover tilbydes Styrk Hverdagen.....	25
4.2. Afklaringsbesøg	26
4.3. Oplæringsforløb.....	27
5. Hjælpe midler- afprøvnings redskaber	27
Bilag 3: Oversigt over roller og ansvar i Styrk Hverdagen-samarbejdet og i "Vi træner sammen"	28
Bilag 4: FSIII Arbejdsgangsbeskrivelse (terapeuter)	31
Bilag 5: Hvad er Digirehab-programmet:	36
Hvad er "Vi træner sammen"?	36

Læsevejledning:

Denne håndbog er ny version af Håndbog for Styrk Hverdagen. Håndbogen er for både visitatorer, terapeuter, SOSUhjælpere og -assistenter, samt sygeplejersker. Håndbogen er ændret lidt, fordi Gribskov Kommune i efteråret 2017 ændrer Styrk Hverdagen på enkelte områder. Vi kalder fortsat tilbuddet Styrk Hverdagen. Som i den tidligere Håndbog får du som medarbejder indsigt i, hvordan du arbejder i Styrk Hverdagen. Der vil som tidligere stilles skarpt på, hvordan vi sammen kan understøtte borgernes egne ressourcer og motivation for at opnå størst mulig selvhjulpethed og derigennem livskvalitet.

Baggrunden for Styrk Hverdagen kan du læse om i Bilag 2. Bilaget gennemgår kort, hvilken lovgivning, der ligger bag Styrk Hverdagen; hvad vi forstår ved rehabilitering og hvilke erfaringer, vi har gjort os i den første fase af Styrk Hverdagen. Det gennemgås også, hvad der er nyt.

Bilag 2 bør gennemgås ved et eller flere møder i personalegruppen. På den måde sikres det, at vi forstår det samme, når vi taler om Styrk Hverdagen.

Gribskov Kommune har for puljemidler udvidet Styrk Hverdagen i perioden 15. marts 2019- efteråret 2020. Udvidelsen indeholder 2 x 20 minutters fysisk træning ved borgerens SOSUhjælper, som supplement til terapeutens træning med borgeren og den øvrige rehabiliterende tilgang som hjælperen er involveret i sammen med borgeren. Vi kalder indsatsen **Vi træner sammen**.

Da puljemidlerne er midlertidige, er indsatsen det indtil videre også.

Tekst med denne grønne farve i denne håndbog er derfor det, der relaterer sig direkte til denne ekstra indsats i den nævnte periode

1. Hvad er Styrk Hverdagen?

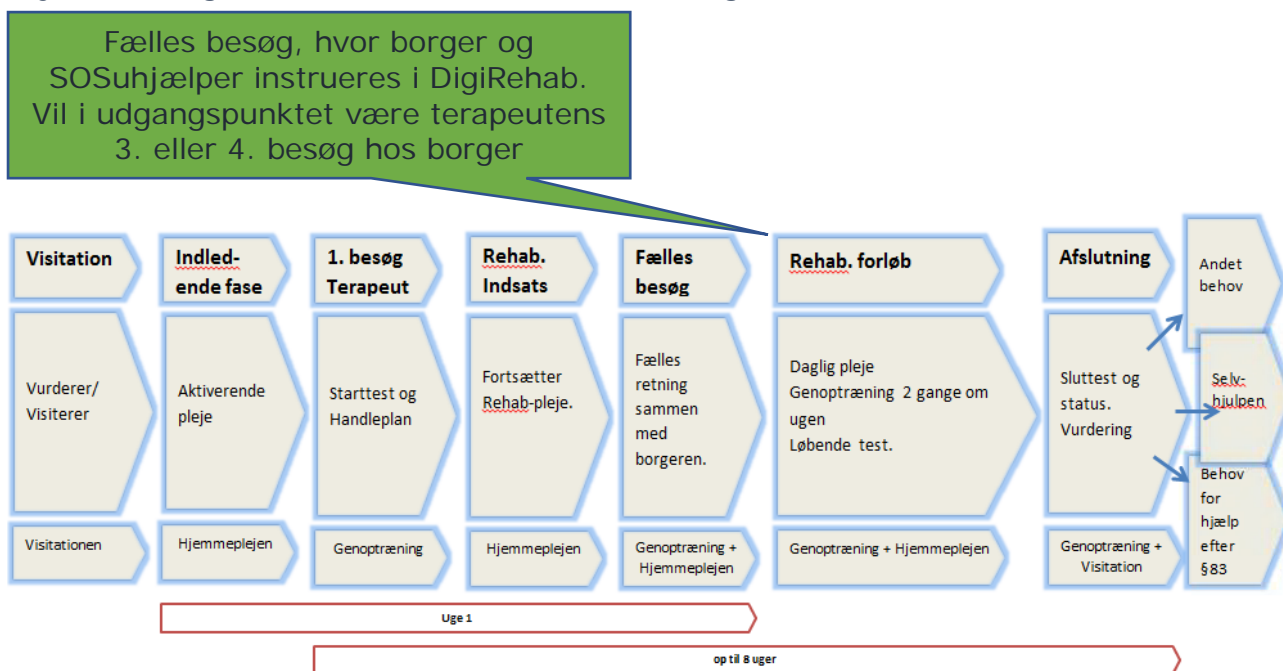
Styrk Hverdagen er et målsat og tidsafgrænset, rehabiliterende forløb, hvor borger og terapeuter fra Genoptræning Gribskov samarbejder med plejepersonale fra kommunens leverandører af personlig og praktisk hjælp om at nå de mål, som borger ønsker at nå med sit Styrk Hverdagen-forløb. Plejepersonalet består primært af SOSUhjælpere. I visse tilfælde vil der også indgå SOSUassistenter og sygeplejersker i forløbet. Forløbet kan maksimalt vare 8 uger. Under forløbet vil borger opleve at få trænet hverdagens aktiviteter, evt. træne fysisk ved hjælp af et digitalt træningsprogram, DigiRehab og, hvis det skønnes nødvendigt, afprøve udvalgte hjælpemidler. Hele forløbet er tovholdt af terapeuten.

Fremadrettet vil Styrk Hverdagen bygge på de samme principper som i tidligere version. Styrk Hverdagen

- tager udgangspunkt i borgerens vurderede behov for hjælp, ønsker, mål og hele livssituation. Det handler om at finde ind til borgerens motivation og arbejde derfra.
- arbejder med en fælles, tværfaglig plan for indsatsen, hvor borgerens egne mål er beskrevet. Hvis borgerens tilstand ændrer sig, justerer vi også mål og planer.
- arbejder tæt sammen på tværs af fagligheder f.eks. mellem genoptræningen og plejen og med andre fagligheder. Vi inddrager også borgere og pårørende mest muligt.

2. Styrk Hverdagen - forløbet

Styrk Hverdagen-forløbet er inddelt i de forskellige faser, som ses nedenfor.



Fase 1: Visitation

Deltagere: Borger, eventuelt pårørende og visitator

Formål

Formålet med visitationen er at afklare, om borger er berettiget til kommunal hjælp, primært inden for Servicelovens §§ 81, 83, 83a, 84, 86 og 112. Hvis visitator vurderer, at borger kan tildeles hjælp efter § 83, skal det samtidig vurderes, om et tidsafgrænset og målrettet rehabiliteringsforløb efter §83a kan hjælpe borgeren til at genvinde eller udvikle sin samlede funktionsevne og dermed reducere behovet for hjælp.

I vurderingen af, om borger skal tilbydes et Styrk Hverdagen-forløb, skal den enkeltes borgers ressourcer, ønsker og potentialer afdækkes. Visitator afklarer, hvordan borgeren kan indgå i et rehabiliteringsforløb*.

Handling

Visitator udarbejder en Fælles Sprog III funktionsvurdering. Alle funktionsevne**områder** berøres, så der ligger en vurdering af borgerens samlede funktionsevne*. Visitatorerne anbefales i øvrigt at benytte Hverdagsbuen, hvor det giver mening, eksempelvis til at få afdækket, hvilke forhold, der evt. kunne motivere borger for at indgå i et rehabiliteringsforløb.

Hvis visitator vurderer, at borger bør indgå i et Styrk Hverdagen-forløb, informeres

*Yderligere afdækning af borgers funktionsevne kan ske ved 3.part. Gennemgås side 11.

*Dette er ikke ensbetydende med, at alle funktionsevnetilstande vurderes. God sagsbehandling foreskriver, at vi indhenter tilstrækkelig viden til at kunne træffe en afgørelse og at vi samtidig ikke må overbelyse sagen.

borger om dette. Der sendes afgørelsesbrev.

Vi træner sammen: Oplysninger om "Vi træner sammen" fremgår af de eksisterende afgørelsesbreve.

Visitor understreger desuden over for borgeren:

- at mange kan komme til at klare sig bedre igen, hvis de får den rette træning og støtte
- at der er tale om tidsafgrænset forløb og at terapeuten vil fortælle mere om forløbets varighed – forløbet vil som regel ikke vare længere end 8 uger
- at der vil komme flere forskellige fagpersoner i hjemmet – eksempelvis terapeut og SOSUhjælper
- at der arbejdes ud fra en fælles rehabiliteringsplan
- at vi forventer, at borgeren deltager aktivt
- visitor udleverer pjecen "Styrk Hverdagen"

Visitor påbegynder rehabiliteringsplanen i KMD Nexus, hvor følgende punkter udfyldes:

- De **funktionsevnetilstande**, der ønskes forbedret, præciseres. Husk at beskrive årsag til tilstandene
- Borgers egne mål. Beskrives under **Borgers mål og ønsker**
- **Forventede tilstand** = Formål (det er vigtigt, at dette beskrives præcist: Eksempelvis at blive selvhjulpent ift. Brusebad)
 - Formålet bør være **VARMT**:
 - **Værdifuldt**
 - **Aftalt**
 - **Realistisk**
 - **Målbart**
 - **Tidsfastsat**
- Borgers aktuelle situation og baggrunden for denne skrives i det **Faglige notat**
- Ved behov for at beskrive borgers **mestring**, kan dette gøres i de **Generelle Oplysninger**
- Borgers **motivation**: Er der tale om høj, mellem eller lav motivation? Yderligere inspiration kan findes i motivationsguiden. Motivationen beskrives under **Generelle Oplysninger**
- Ved visitationen (bestillingen) sætter visitor myndighedsopfølgingsdato 12

uger fra visitationsdato. På opfølgingsdatoen undersøges, hvor langt forløbet er. Dette vil afhænge af, hvornår terapeuten har startet forløbet op. Hvis borger fortsat er i gang med forløbet, vil det fremgå af leverandøropfølgningen, hvor lang tid, der er behov for, for at færdiggøre de 8 uger. Det igangværende forløb forlænges de forventede uger **plus 1 uge**. Den ekstra uge sikrer, at terapeuterne har den fornødne tid til at lave en slutevaluering, så borger (ved behov) får de fulde 8 ugers rehabilitering. Det er terapeuternes ansvar, at der altid foreligger en slutevaluering 1 uge før myndighedsopfølgningsdatoen.

Ved bestilling af indsatsen sendes avis til både "Rehabilitering 83a og avis" og, hvis dette er relevant, til leverandør af hjemmepleje. Avis-teksten er kort, eks. "Borger er visiteret til rehabiliterende forløb, se funktionsevnevurdering og faglige notater. Hjælpen skal påbegyndes allerede i aften"

Fase 2: Indledende fase

Deltagere: Borger, SOSUhjælper / SOSUAssistent

I de tilfælde, hvor plejen ikke indgår i forløbet, udgår fase 2.

I denne fase er SOSUhjælperen som regel borgerens vigtigste samarbejdspartner i rehabiliteringsforløbet. Sygeplejersken / SOSUassistent indgår naturligvis også i samarbejdet i de tilfælde, hvor borgeren allerede er visiteret til sygepleje, eller hvis helbredsmæssige problemstillinger gør målrettet rehabilitering vanskelig. Nogle rehabiliterende forløb foregår uden deltagelse af plejepersonalet og forestås alene af terapeuter fra Genoptræning Gribskov - eksempelvis når borger indgår i et rehabiliterende forløb mhp. igen at kunne udføre praktiske opgaver i hjemmet.

Indsatsen tager altid udgangspunkt i borgerens hele livssituation. Forløbene vil variere afhængigt af, om borgeren allerede modtager pleje, eller om borgeren ikke tidligere har modtaget hjælp. Der vil også være forskel på, hvorvidt hjælpen skal opstartes her og nu – eksempelvis daglig, personlig pleje - eller om opstarten kan vente nogle dage.

Formål

Formålet er at sikre, at borgeren modtager den fornødne hjælp i perioden fra at hjælpen er visiteret, til Styrk Hverdagen-forløbet planlægges af terapeut fra Genoptræning Gribskov. Et vigtigt formål er desuden at vedligeholde og styrke borgers motivation for at gennemgå et rehabiliterende forløb.

Handling

- Ud fra den visitation, leverandøren modtager fra visitationen, planlægger hjemmeplejen nu første besøg med borgeren.
- Plejen orienterer sig i de informationer, der er relevante for den rehabiliterende indsats, dvs. i de **relevante tilstande** og i de **Generelle Oplysninger**. Det giver et indblik i baggrund, formål, borgerens motivation og hvilke indsatser, der bevilget. På den baggrund kan hjemmeplejen starte hjælpen/plejen.
- De visiterede indsatser skal som udgangspunkt gives som rehabiliterende eller aktiverende hjælp. Det kan dog i nogle tilfælde være nødvendigt at yde kompenserende hjælp – dvs. udføre konkrete opgaver, som borger (endnu) ikke kan deltage i.
- Det vigtigt at have fokus på at vedligeholde borgers motivation for

rehabilitering og hjælpe borgeren med at finde yderligere motivation. Plejepersonalet har derfor en vigtig rolle som "ambassadør", hvor det er en vigtig opgave at opretholde eller finde borgerens motivation for igen kunne udføre flere opgaver selv.

Plejepersonalet understreger over for borgeren:

- at forventningen er, at borgeren kan komme til at klare sig selv helt eller delvist igen, hvis han/hun får den rette støtte og træning og selv gør en aktiv indsats.
- at borgeren deltager i et forløb vi kalder Styrk hverdagen
- at der kommer en terapeut om nogle dage, som vurderer borgeren nærmere og som sammen med borger laver en rehabiliteringsplan, som alle skal arbejde ud fra. Terapeuten ringer for at aftale tid inden besøget
- at terapeut og plejepersonalet arbejder sammen med borgeren for at han/hun komme på fode igen / genvinder funktioner
- **Observationer** dokumenteres
 - under det **Faglige notat**, hvis de relaterer sig direkte til den rehabiliterende indsats (Eks: "*Borger kan udføre øvre toilett siddende ved håndvask. Skal have hjælp til nedre toilett*")
 - eller
 - som **Observation**, hvis noget uventet er opstået (Eks. "*Borger har haft diarre det sidste døgn og er udmattet*")

Terapeuterne kan med fordel tage **faglige notater** med Rehab 83a. Hjælperne tager altid **observationer**, der vedrører rehabiliteringen med Rehab 83a.

Fase 3: Første besøg af terapeut

Deltagere: Borger, eventuelle pårørende, terapeut

Terapeuten kontakter borger inden for 2 dage efter bestillingen er modtaget og bestræber sig på at komme ud til borgeren inden for 2 uger. Træningen prioriterer borgere, der er udkrevet fra Toftebo samt borgere, der udelukkende har træningen som leverandør, eks. borgere, der er visiteret til Rehab Brusebad 2 x ugentligt

Terapeuten er tovholder for Styrk Hverdagen-forløbet og er ansvarlig for at udarbejde en egentlig rehabiliteringsplan for forløbet. Såvel borger som terapeut og plejepersonale forventes at arbejde efter den fælles plan for rehabiliteringsforløbet.

Formål

Formålet med besøget fra terapeuten er, at der laves en systematisk faglig udredning og screening, som giver et billede af borgernes ressourcer og at der på denne baggrund udarbejdes en rehabiliteringsplan for forløbet. Pårørende kan evt. også inddrages i udredningen.

Rehabiliteringsplanen tager udgangspunkt i visitationen, i borgerens ønsker og livshistorie og terapeutens faglige udredning.

Handling

- Terapeuten udarbejder på sit første besøg hos borgeren relevante tests, herunder evt. kognitive tests. I den udstrækning det giver mening, anvendes som minimum DigiRehab test og evt. COPM. Terapeuten vurderer selv, hvilke tests der er mest passende i situationen. Det er væsentligt, at i hvert fald én af de anvendte tests kan belyse udvikling i fht formålet med rehabiliteringen og de opstillede mål. Alle test dokumenteres i EOJ. Skemaer til tests vil primært ligge under **Vurdering**.
- Terapeuten færdiggør planen for rehabilitering i KMD Nexus, hvor følgende punkter udfyldes:
 - Borgers mål på kort og lang sigt:

Borgers målsætning skal være styrende for forløbet. De langsigtede mål er ofte de motiverende mål, som dog ikke altid vil kunne nås inden for rammerne af Styrk Hverdagen. De *kortsigtede mål* dokumenteres som **Indsatsmål** og skal have klar relevans i fht. de funktionsevne-nedsættelser, der har været baggrunden for visitation til et Styrk Hverdagen-forløb. De *langsigtede* (og ofte motiverende) *mål* vil være beskrevet af visitator som del af borgers **Forventning og Mål**, men vil evt. skulle justeres eller uddybes af terapeuten. Den **Forventede tilstand** angiver, hvor meget funktionsevnetilstanden forventes at kunne forbedres.

- Målene formuleres som **SMARTe** mål:
 - **Specifikt**
 - **Målbart**
 - **Accepteret** af borger og fagperson
 - **Realistisk**
 - **Tidsfastsat** (gælder for kortsigtede mål)

Ved opstillingen af mål er det vigtigt, at terapeuten klart forholder sig til evt. forskel mellem motiverende mål og de konkrete mål, der vurderes at kunne nås inden for rammen af rehabilitering efter Servicelovens § 83a og Styrk Hverdagen.

- Borgers egne handlinger: Beskrives under **Handlingsanvisninger**. Primært de forløb, hvor hjemmeplejen ikke er involveret i rehabiliteringen.
- Pårørendes eventuelle handlinger: Beskrives under **Handlingsanvisninger**
- Hjemmeplejens handlinger beskrives så enkelt som muligt i døgnrytmeplanen (**DRP**) af terapeuterne. Foran den beskrevne handling skrives REHAB med store bogstaver, så det er klart for plejen, at handlingen ikke skal slettes. Det skal være tydeligt, hvilke aktiviteter,

borger selv kan udføre og hvilke aktiviteter, plejen skal støtte borger i at udføre, og hvordan dette gøres.

Det forventes at SOSUhjælper orienterer sig i DRP, ved hvert besøg

Ergoterapeut/Fysioterapeuts handlinger: Beskrives under
Handlingsanvisninger

Vi træner sammen: Typisk vil borgerens egne handlinger indeholde udførelse af øvelser på egen hånd efter instruktion fra terapeuten. Disse udføres i projektperioden sammen med en SOSUhjælper efter instruktion fra terapeuten.

Terapeuten skriver en handlingsanvisning, som kaldes "Vi træner sammen". Det er terapeutens ansvar at relatere handlingsanvisningen til indsatsen "Træning ved hjælper"

- Evt. om et hjælpemiddel vil kunne afhjælpe nogle af borgerens funktionsbegrænsninger
 - Hvis hjælpemidlet forefindes på Genoptræning Gribskøvs eget depot, tager terapeuten hjælpemidlet med til borger ved næste besøg
 - Hvis hjælpemidlet tilhører den gruppe af hjælpemidler, Team Hjælpemiddel og Boligændringer har mulighed for at bevilge som "§83a-hjælpemiddel", sendes besked til teamet. Det skal fremgå af emnelinjen, at advisen vedrører et "§83a hjælpemiddel".
- Eventuelt: Inddragelse af andre faggrupper – vær opmærksom på at indhente borgers samtykke til dette. Behovet for at anvende andre faggrupper beskrives under det "**Faglige notat**"
 - Ved behov for inddragelse af **sygeplejen** hos borgere, der allerede modtager hjemmesygepleje:
 - Terapeuten tager direkte kontakt til hjemmesygeplejen, der opdaterer de relevante helbredstilstande med særligt fokus på de problemstillinger, som vanskeliggør rehabiliteringen og som har givet anledning til henvendelsen (eksempelvis væggtab, træthed, manglende appetit, smerter).
 - Hjemmesygeplejen udarbejder handleplan(er) for de identificerede problemer – Helbredstilstande - og visiterer om nødvendigt de relevante indsatser. En handleplan omfatter den **Nuværende vurdering**, den **Forventede vurdering**, **Fagligt notat**, **Handlingsanvisning** og **Indsatsmål**. Visitationen har behov for en fyldestgørende dokumentation af den **Nuværende** og den **Forventede vurdering**, samt det **Faglige notat** for at kunne bevilge en indsats.
 - Hjemmesygepleje og Genoptræning Gribskov er begge

ansvarlige for, at den fornødne dialog om problematikken finder sted

- Ved behov for inddragelse af **sygeplejen** hos borgere, der **IKKE** modtager hjemmesygepleje
 - Terapeuten kontakter visitationen ved advis.
 - Visitationen visiterer til en sygeplejefaglig udredning med særligt fokus på de problemstillinger, der gør rehabiliteringen vanskelig.
 - Hjemmesygeplejen udarbejder handleplan(er) for de identificerede problemer – Helbredstilstande - og visiterer om nødvendigt de relevante indsatser. En handleplan omfatter den **Nuværende vurdering**, den **Forventede vurdering**, **Fagligt notat**, **Handlingsanvisning** og **Indsatsmål**.
 - Hjemmesygepleje og Genoptræning Gribskov er begge ansvarlige for, at den fornødne dialog om problematikken finder sted
- Ved behov for inddragelse af egen læge:
 - Terapeut eller borger tager selv kontakt. For borgere, der allerede modtager sygepleje, bør problemstillingen dog drøftes med hjemmesygeplejen inden lægekontakt. Husk altid borgers samtykke inden kontakt til egen læge
- Ved behov for diætist:
 - Terapeuter og plejepersonale skal være opmærksomme på, at visse patientgrupper har adgang til diætist. Dette gælder borgere, der de er visiteret til forløbsprogrammer for patienter med KOL, cancer, diabetes, hjerte-kr- sygdomme og lænd-ryg-problemer. Visitation hertil sker på baggrund af henvendelse fra egen læge
 - Småtpisende borgere over 65 år med utilsigtet vægttab kan i visse tilfælde gøre brug af kommunens ernærings-konsulent. Det er en forudsætning, at hjemmesygeplejen forinden har foretaget en ernæringsvurdering og aktivt har vurderet, om problemstillingen kan løses af hjemmesygeplejen.

Fase 4: Rehabiliterende indsats ved hjemmeplejen

Deltagere: Borger, SOSUHjælper/SOSUAssistent

Hjemmeplejen er nu ansvarlig for, at hjælp og pleje udføres, som terapeuten har beskrevet det i rehabiliteringsplanen. Rehabiliteringsplanen er et centralt dokument gennem hele forløbet. Plejens rehabiliterende arbejde tager afsæt i denne plan.

Formål

Formålet er, at den pleje og praktiske hjælp, borger modtager, bidrager til borgerens rehabilitering. Det er derfor vigtigt, at plejen eller den praktiske hjælp udføres i samarbejde med borger og på samme måde, som terapeuten har beskrevet i rehabiliteringsplanen. Et andet formål er, at borgeren finder troen på, at han/hun vil kunne genvinde de funktioner, som kroppen har tabt, og dermed få en nemmere hverdag.

Handling

- SOSUhjælper orienterer sig i KMD Nexus ved hvert besøg. Både Tilstande, Indsatsmål og DRP kan tilgås på MobilOmsorg.
- Borgers mål på kort sigt er beskrevet under **Indsatsmål**. De langsigtede mål fremgår dels af den **Forventede tilstand** og borgers **Mål og Ønsker**. Under **DRP** er der en konkret beskrivelse af de handlinger, der skal udføres sammen med borgeren. Her har terapeuten givet meget konkrete forslag, til hvad SOSUhjælper kan samarbejde med borgeren omkring.
- Det handler om at arbejde motiverende og aktiverende med borgeren, så I sammen finder ind til borgernes motivation – og arbejder herudfra.
- Skriv, hvad der er nyt og som relaterer sig til rehabiliteringen under **.observation** (eks. *"Borger stod ud af sengen uden støtte"* eller *"Borger ønskede ikke at gå med ud med affald, selv om det var aftalt"*). Observationen tagges med Rehab 83a
- Observationer, der ikke direkte har noget med rehabiliteringen at gøre, skrives som vanligt også under **.observation** (eks. *"Borger oplyser, at hun er forstoppet. Har ikke haft afføring i 5 dage"*)

Fase 5a: Fælles besøg

Deltagere: Borger, terapeuten, SOSUjælper/SOSUassistent og evt. hjemmesygeplejen

Formål

Dette er terapeutens 2. eller 3. besøg hos borger. Det er på dette møde, plejen og terapeuten sammen med borger kan gennemgå planen for rehabiliteringen og drøfte hvilke handlinger, der skal sættes i gang eller justeres, for at borgeren kan nå sit mål.

Da kendskab til den aftalte plan er helt nødvendig for kvaliteten og kontinuiteten af det videre forløb, er det meget vigtigt, at SOSUjælperen så vidt muligt er den samme gennem hele forløbet.

Handling

- Mødet er aftalt mellem planlæggerne / terapeut i Genoptræning Gribskov og i hjemmeplejen. Det er Genoptræning Gribskov, der kontakter hjemmeplejen.
- Hvis én af parterne må aflyse besøget eller er forsinket, er det meget vigtigt at

advisere de andre mødedeltagere hurtigst muligt. Telefonnumre bør stå på kørelisten.

- Planen drøftes og der laves konkrete aftaler mellem borger og medarbejdere.
- Terapeuten instruerer SOSUhjælper/SOSUassistent i, hvordan den personlige pleje eller praktiske hjælp skal udføres i samarbejde med borger.
- Hvis det er relevant præsenteres borgeren og SOSUhjælper også for et DigiRehab træningsprogram, enten på tablet eller i papirudgave.
- Terapeuten introducerer evt. SOSUhjælper/assistent til brugen af DigiRehab og de øvelser der indgår i DigiRehab.
- Genoptræning Gribskov og Hjemmepleje planlægger i så høj grad som muligt herefter deres besøg hos borgeren, så de kan mødes og udveksle erfaringer og instruktioner vedr. forløbet. Terapeuten ringer til planlæggeren i hjemmeplejen og aftaler næste fællesbesøg. Dette sker, når de er i borgernes hjem.

Fase 5b: Fælles besøg

Vi træner sammen: Der planlægges endnu et fælles besøg hurtigst muligt, hvor Digirehab programmet gennemgås. Ved dette besøg gennemgås Digirehab-øvelserne grundigt sammen med SOSUhjælper og borger, så de selvstændigt og sikkert kan varetage den del af træningen efterfølgende. Det er vigtigt, at det er den hjælper, der efterfølgende skal komme i hjemmet, som deltager på det fælles besøg. Dette besøg er det første af de 2 x 20 minutters træning ugentligt.

Efter gennemførelsen af øvelserne scorer hjælperen sammen med terapeuten, hvor godt det gik. Dette noteres i "Vi træner sammen- mappen" hos borgeren. Scoringen er fremadrettet hjælperens indtryk af hvor ihærdigt borgeren arbejder med øvelserne og om disse gennemføres.

Fase 6: Rehabiliterende indsats – fortsat

Deltagere: Borger, Terapeuten, SOSUhjælper/SOSUassistent og evt. hjemmesygeplejen

I denne fase skal der være fuld fokus på de handlinger, der kan medvirke til at borgeren når sine mål. Det er derfor vigtigt at borger, terapeut og plejepersonale følger den aftalte plan

Formål

Formålet er, at borger når de aftalte mål, inden for den givne tidsramme og så vidt muligt bliver i stand til selvstændigt at klare daglige aktiviteter.

Handling

- Hjemmeplejen udfører pleje og praktisk hjælp i samarbejde med borger og i overensstemmelse med den fælles rehabiliteringsplan.
- Hjemmeplejen dokumenterer desuden observationer som **.observation** som

beskrevet ovenfor.

- **Vi træner sammen:** Hjælperen træner 2 x 20 minutter 2 gange om ugen sammen med borgeren. Hjælperen noterer hver gang i "Vi træner sammen - mappen", hvordan det er gået.
- Terapeuten justerer løbende rehabiliteringsplanen og informerer de øvrige samarbejdspartnere ved ændringer. SOSUhjælper er ved hvert besøg forpligtet til at orientere sig i fht **Indsatsmål** og evt. ændringer i **DRP**.
- Alle opfordrer de borgere, der anvender DigiRehab, til at selvtræne.
- Terapeuterne varetager både fysisk som funktionel træning – dvs. genoptræning af kropslige funktioner, genindlæring af forringede færdigheder, styrkelse af mestringsevnen og tilpasning af faktorer i omgivelser (eks. hjælpemidler) i det omfang, det vurderes at være relevant. I udgangspunktet aflægges 2 besøg ugentligt.
- Endvidere tester terapeuterne borgerens fysik og egenoplevede evne til at varetage egne behov.
- Terapeuten gentager tests regelmæssigt.
- **Vi træner sammen:** Digirehab-testen foretages regelmæssigt, dog minimum hver 4. uge. Ved behov tilpasses øvelserne, hvilket hjælperen skal være opmærksom på.
- Alle er medansvarlige for, at borgeren gør fremskridt, og at borgeren når sine delmål. Justeringer af handlinger og mål sker altid i samarbejde med terapeuten.
- Plejeleverandøren kontakter Genoptræning Gribskov, hvis denne oplever, at der er udfordringer i forhold til rehabiliteringsplanen.

Fase 7. Afslutning

Deltagere: Borger, terapeut og evt. pårørende

Forløbet afsluttes når:

- borgeren har nået sine mål *eller*
- potentiale for yderligere rehabilitering er udtømt *eller*
- forløbet har varet i 8 uger

Formål

At det fornødne grundlag for beslutning om det videre forløb er beskrevet. Ved behov for fortsat hjælp eller træning, at borger sikres de fornødne indsatser.

Handling

- Terapeuten kontakter visitationen, når de finder at rehabiliteringsplanens mål er indfriet og/eller potentialet med "Styrk hverdagen" indsatsen er udtømt eller når forløbet har varet i 8 uger.

- Det er terapeutens ansvar at sikre, at der foreligger en status på rehabiliteringsforløbet én uge før den fastsatte myndighedsopfølgingsdato. Det betyder, at det **Faglige notat** er opdateret for hver af de funktionsevnetilstande, der er omfattet af den rehabiliterende indsats.
- I slutstatus beskriver terapeuten den faglige vurdering af borgers formåen og funktionsniveau – konkret betyder det, at den **Nuværende tilstand** opdateres. Hvis borger fortsat har behov for hjælp, sikres det, at **DRP** er opdateret ifht borgers opnåede funktionsevneniveau. Hvis borger fortsat har et rehabiliteringspotentiale og den forventede tilstand derfor afviger fra den Nuværende, opdateres den **Forventede tilstand**.
- Derudover skal det oplyses, om borger fortsat søger hjælp eller andre kommunale indsatser, eks. træning, Flextrafik eller Aktivitetstilbud. Dette skrives i skemaet "**Slutevaluering 83a**"
- Hvis der er afprøvet hjælpemidler under forløbet skal dette også fremgå af slutevalueringen. Det skal ligeledes beskrives om behovet for hjælpemidlet vurderes at være varigt.
- Terapeuten sender advis til visitationen, når slutstatus er udarbejdet.
- Plejen fortsætter, indtil der er advis fra visitationen.
- På baggrund af slutstatus fra Genoptræning Gribskov afgør visitationen, om borgeren er berettiget til hjemmepleje, træning, aktivitet eller hjælpemidler eller om der evt. skal henvises til andre kommunale myndigheder.
- For forløb, hvor der har været afprøvet hjælpemidler gælder desuden, at:
 - Hjælpemidler som borgeren ikke fremover skal bruge, eller som borger selv skal købe, returneres til Genoptræning Gribskovs depot, hvis de er udlånt derfra.
 - Team Hjælpemidler og Boligændringer adviseres om de hjælpemidler, som er rekvireret i kommunens hjælpemiddel depot og som skal returneres
 - Team Hjælpemidler og Boligændringer adviseres om de hjælpemidler, hvor terapeuten vurderer, at de kan afhjælpe en varig funktionsnedsættelse. Team Hjælpemidler og Boligændringer vil herefter ændre bevillingen således, at det fremgår at hjælpemidlet er bevilget efter § 112.
- Terapeuterne afslutter borgers forløb:
 - Hvis borger er blevet **selvhjulp**:
 - *Inaktiveres* de relevante datafelter, dvs. **Handlingsanvisning og Indsatsmål**. Inaktiverede datafelter kan altid genfindes i det **Historiske overblik**
 - **Nuværende og forventede tilstand** samt det **Faglige notat** *opdateres*

○ Hvis borger fortsat har brug for **hjælp**:

- *Opdateres Indsatsmål, DRP, Nuværende og Forventede tilstand samt det Faglige notat*
- Hvis det vurderes relevant aftaler terapeuten og plejen et fælles besøg med hjemmeplejen. Formålet er at sikre at hjemmeplejen er informeret om, hvordan borger hjælpes bedst muligt og de opnåede funktioner bevares
- Hvis borger udelukkende har haft Genoptræning Gribskov som leverandør i "Styrk Hverdagen" og det ved afslutning vurderes, at der er behov for hjemmepleje, adviserer terapeuten visitationen to uger før forløbet afsluttes.

Herefter træffer visitationen afgørelse og bestiller de nødvendige indsatser hos hjemmeplejen. Der sendes samtidig avis til Genoptræning Gribskov, således at terapeuten har tid til at planlægge et fælles besøg med hjemmeplejen. Formålet er at sikre at hjemmeplejen er informeret om, hvordan borger hjælpes bedst muligt og de opnåede funktioner bevares

- Visitationen sender afgørelsesbrev til borger i de tilfælde, hvor borger fortsat ansøger om hjælp.

Vi træner sammen: Hvis terapeuten afslutter Rehab-indsatserne hos borgeren, før de 8 uger er gået, fortsætter *Vi træner sammen* de fulde 7 uger. Terapeuten afslutter Styrk-Hverdagen-forløbet og adviserer Visitationen som vanligt. Visitationen afslutter Rehab-indsatserne. Træningen visiterer selv til sluttet med indsatsen "Digirehab Sluttet" og afslutter selv denne indsats, når testen er udført. I forbindelse med afslutningen dokumenterer og indtaster terapeuten data fra "Vi træner sammen-mappen" for hele perioden.

Leverandør af pleje afslutter ligeledes "Digirehab ved hjælper"-indsatsen.

2. Afvigelser i forløbet

A: Forlængelse af et forløb:

Hvis der er *vægtige* grunde til at forlænge et Styrk Hverdagen forløb, anmoder terapeuten om en re-visitation:

- Klare og præcise **indsatsmål** (delmål) ved forløbets start, samt ved ansøgning om forlænget forløb, er en forudsætning for, at visitator kan tage stilling til anmodningen.
- De funktionsevnetilstande, der er forsøgt rehabiliteret, skal opdateres.
- Den tidsramme, som skønnes nødvendig for at nå de fastsatte mål, angives

Det skal overvejes, om målet for det forlængede forløb kan nås ved

ambulant genoptræning.

- Visitator skriver sin afgørelse i vurderingsskemaet "**Slutevaluering 83A**"
Det er også her, visitator beskriver, hvor mange uger forløbet er forlænget
- "Organisation Rehabilitering 83A og advis" adviseres.

B: Procedure for afslutning af indsatser i løbet af et Styrk Hverdagen forløb:

Hvis enten plejen eller terapeuten vurderer, at én eller flere indsatser kan afsluttes undervejs i forløbet, kontakter parterne hinanden mhp. at drøfte overvejelserne og i fællesskab med borger tage beslutning om afslutning. Det er terapeuten, der som tovholder giver besked til visitationen om at en given indsats kan afsluttes.

Visitationen tager stilling til henvendelsen og giver besked til terapeut og pleje.

C: Procedure ved indlæggelse:

- Genoptræning Gribskov pauserer forløbet ved indlæggelse.
- Hvis forløbet afbrydes pga. af sygdom eller længerevarende indlæggelse, skal visitator tage stilling til, om et nyt forløb skal igangsættes efter udskrivelse, eller om det igangværende skal justeres.

Det vil altid være en individuel vurdering om

- Borgers funktionsevne er uændret og det igangværende forløb derfor blot kan genoptages

I skemaet "Status rehabilitering" skrives i den nederste rubrik "Borger har været indlagt 5 dage, Styrk Hverdagen forlænges tilsvarende". Den samme tekst sendes til "Organisation Rehabilitering 83A og advis"

- Borgers funktionsevne er ændret i en sådan grad, at det er nødvendigt med et nyt forløb
 - I dette tilfælde **afsluttes de eksisterende rehabiliterende indsatser** og der visiteres til nye relevante ydelser. Som altid skal visitator være opmærksom på, hvad der reelt vil kunne nås inden for 8 uger.
 - I FSIII opdateres tilstande, dvs. **aktuelle og forventede tilstande, borgers mål og ønsker og det faglige notat.**
 - Der sendes advis til "Organisation Rehabilitering 83A og advis"

3. Afklarende forløb

Der vil være tilfælde, hvor visitator ikke på baggrund af et enkelt visitationsbesøg vil kunne vurdere, om borger er berettiget til hjælp efter Servicelovens §83.

I disse tilfælde vil visitator have behov for at inddrage en mere detaljeret vurdering foretaget af tredjepart i sagsbehandlingen. Borger skal være medvirkende til at belyse sine evner inden for det ansøgte.

Konkret bestiller visitator et "Afklaringsbesøg". Dette forløb forestås af Genoptræning Gribskov.

Formål

At få belyst borgerens evne til selvstændigt at varetage de opgaver, borger ansøger om hjælp til.

Handling

- Visitator opretter én eller flere **funktionsevnetilstande**, men "scorer" dem ikke. Beskriver konkret og præcist, hvad der skal belyses, eksempelvis om borger kan udføre opgaven bredt, planlægge, tage initiativ til og sikre at opgaven bliver udført, udføre opgaven fysisk på passende vis (sundhedsmæssigt forsvarligt ud fra en faglig vurdering). Dette gøres i det **Faglige notat**. Der sendes avis til "Organisation Rehabilitering 83A og avis" og visiteres til "Afklaringsbesøg". Der sættes slutdato på indsatsen svarende til 2 uger.
- Terapeuten vurderer ved et enkelt besøg, om borger kan, eller ville kunne blive i stand til, at udføre de opgaver, der ansøges om hjælp til. Der skal i vurderingen tages højde for, om funktionsevnenedsættelsen ville kunne afhjælpes med et hjælpemiddel eller sædvanligt indbo. Det afklarende besøg aflægges inden for en uge efter bestilling.

Terapeuten dokumenterer sin vurdering i et **journalnotat**, der tagges med "Afklaringsbesøg"

Terapeutens vurdering, og evt. uddybende tests, vil indgå i de sagsoplysninger, der ligger til grund for en afgørelse.

Hvis terapeuten vurderer, at funktionsevnenedsættelsen vil kunne afhjælpes af et hjælpemiddel, men ikke har det pågældende hjælpemiddel med ud til borger, ansøger terapeuten Team Hjælpemidler og Boligændringer om at få hjælpemidlet leveret til afprøvning. Der anmodes samtidig om, at visitationen bestiller endnu et afklarende besøg. Hjælpemidlet bevilges efter §112, medmindre der er tale om almindeligt indbo eller et forbrugsgode. I disse tilfælde vil borger sædvanligvis selv skulle anskaffe redskabet eller betale en del heraf. Genoptræning Gribskov råder dog over enkelte redskaber, der kan udlånes til afprøvning.

Terapeuten adviserer visitationen, efter de(t) afklarende besøg og den endelige vurdering er dokumenteret.

- Visitator resumerer terapeutens vurdering i det **Faglige notat**.
- Visitator træffer en endelig afgørelse, som sendes til borger.

Lovgrundlag: Dette forløb relaterer sig til Lov om Retssikkerhed §§10, 11, 11b, 12.

4. Oplæringsforløb

I visse tilfælde vil visitator, på baggrund af sagsoplysningen, vurdere, at borger ikke er berettiget til hjælp efter Servicelovens §83. Borger kan dog godt have behov for detaljeret råd og vejledning for selv at kunne udføre de opgaver, som hun eller han havde søgt om til at få udført.

I disse tilfælde er der mulighed for at visitere til et kort "Oplæringsforløb". Dette forstås af Genoptræning Gribskov og består af 1-3 seancer af ca. 1 times varighed, hvor borger modtager den ønskede rådgivning og instruktion.

Formål

At sikre at borgers funktionsnedsættelse afhjælpes gennem

- instruktion i hensigtsmæssige arbejdsteknikker
- brug / bedre brug af almindeligt indbo eller forbrugsgoder
- korrekt brug af visiterede hjælpemidler

Handling

- Visitator beskriver præcist i det **Faglige notat**, hvilke konkrete funktioner borger skal oplæres i at udføre (eksempelvis vride en karklud med én hånd, anvende robotstøvsuger, gå sikkert med rollator). Visitator bestiller forløbet hos Genoptræning Gribskov.
- Visitator bestiller forløbet som en indsats "Oplæringsbesøg". Der sættes slutdato på forløbet, svarende til 2 uger.

Visitator sender borger en skriftlig afgørelse, hvoraf det fremgår, at borger tilbydes et oplæringsforløb.

- Med udgangspunkt i de funktionsevnenedsættelser, der volder problemer, men som ikke berettiger til hjælp efter Servicelovens §83, giver terapeuten den fornødne rådgivning og instruktion. Ved behov kan terapeuten dokumentere vejledning og instruktion i et journalnotat som tagges "Oplæringsbesøg".
- Ved forløbets afslutning opdaterer terapeuten de relevante funktionsevnetilstande, således at det er dokumenteret, hvad borger mestrer. Det **Faglige notat** opdateres, så det fremgår helt klart, hvad borger er instrueret i og mestrer.

Lovgrundlag

Lov om Retssikkerhed §§ 10, 11, 11b og 12.

Bilag 1: Skematisk fremstilling af samarbejdet mellem træning og hjemmepleje

	Genoptræning Gribskov Altiden + Leverandør af pleje	Genoptræning Gribskov Altiden + Leverandør af pleje eller praktisk hjælp	Genoptræning Gribskov Altiden
Personlig pleje			
Hjælp til brusebad 1-2 gange ugtl.			X
Øvrig hjælp til personlig pleje	X		
Færdes ude			X**
Praktisk hjælp			
Rengøring ved borger, der aktuelt <i>ikke</i> kan deltage selv.		X	
Rengøring ved borger, der selv kan deltage			X
Revisiterede borgere			
Personlig pleje			
Hjælp til brusebad 1-2 gange ugtl.			X
Øvrig hjælp til personlig pleje	X		
Færdes ude			X*
Praktisk hjælp			
Rengøring ved borger, der aktuelt <i>ikke</i> kan deltage selv.		X	
Rengøring ved borger, der selv kan deltage		X	
*Genoptræning Gribskov varetager som udgangspunkt denne ydelse.			

Bilag 2: Om Styrk Hverdagen

1. Baggrund

Gribskov har siden 2015 arbejdet med Styrk Hverdagen.

Tilbuddet om rehabilitering gælder for borgere, der på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for praktisk hjælp, hjælp til personlig pleje eller madservice. Det fremgår af Lov om Social Service, at

§ 83 a. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Stk. 2. Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet. (...)

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Kommunalbestyrelsen kan ikke give afslag på hjælp efter § 83 alene med henvisning til, at modtageren ikke magter at gennemføre rehabiliteringsforløbet.«

Gribskov kommune har implementeret Servicelovens §83 a under overskriften Styrk Hverdagen. Styrk Hverdagen er for de borgere, hvor det må forventes, at træning og rehabilitering kan reducere behovet for hjælp. Borgeren får gennem Styrk Hverdagen hjælp til at genvinde eller styrke sine færdigheder.

Rehabiliteringsforløbet, der maksimalt løber over 8 uger, leveres af et tværfagligt rehabiliteringsteam bestående af terapeuter og plejepersonale.

2. Hvad er rehabilitering?

Rehabilitering defineres på flere måder.

WHO's definition

"Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse."

Hvidbogens definition

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgerne, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i

sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baserer sig på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammen hængende og vidensbaseret indsats."

Gribskov Kommunes tilgang til rehabilitering er tæt knyttet op på lovgivningens ordlyd samt Hvidbogens definition. Styrk Hverdagen har fokus på at gøre den enkelte så selvhjulpne som muligt og dermed reducere behovet for hjælp. Metoden til at nå dette skal udspringe af borgerens motivation og giver frihed for terapeuter og plejepersonale i forhold til, hvordan Styrk Hverdagen planlægges hos den enkelte borger.

I Gribskov Kommune kaldes rehabilitering efter Servicelovens § 83a "Styrk Hverdagen". Styrk Hverdagen er et målsat og tidsafgrænset forløb, hvor borger og terapeuter fra Genoptræning Gribskov samarbejder med hjemmeplejen nå de mål, som borger har sat for sit Styrk Hverdagen-forløb. Plejepersonalet består primært af SOSUhjælpere. I visse tilfælde vil der også indgå SOSUassistenter og sygeplejersker i forløbet. Forløbet kan maksimalt vare 8 uger. Under forløbet vil borger opleve at få trænet hverdagens aktiviteter, evt. træne fysisk ved hjælp af DigiRehab og, hvis det skønnes nødvendigt, afprøve udvalgte hjælpemidler. Hele forløbet er tovholdt af terapeuten.

I de gældende Servicebeskrivelser for alle områder står endvidere:

"Aktiverende, rehabiliterende 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 aktiv 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: Den rehabiliterende, den aktiverende og den kompenserende tilgang.

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 (Inspireret af Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet).

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 aktiviteterne/hjælpen.

Den aktiverende tilgang udføres i en samarbejdsproces mellem borger, pårørende, visitator og plejepersonale.

Den kompenserende tilgang

Formålet er at **bevare borgerens livskvalitet og værdighed** til trods for svækkelse/sygdom/handicap. Der ydes her en servicerende indsats ud fra kompensationsprincippet, jf. Servicelovens kapitel 1. Det betyder eksempelvis, at personalet træder til og gør det, borgeren ikke kan og heller ikke har mulighed for at opnå via en aktiverende og rehabiliterende indsats.

3. Styrk Hverdagen – erfaringer indtil nu

Styrk Hverdagen været i gang siden 2015. Fokus har været på nye borgere, der ansøgte om hjælp samt på at få revisiteret alle borgere, som allerede var kendt med visiteret hjælp.

Overordnet har Styrk Hverdagen vist god effekt, når effekten opgøres ved hjælp af start- og sluttesten som terapeuten udfører ved hjælp af DigiRehab.

Erfaringer fra Styrk Hverdagen er indtil nu:

- mange borgere har gentagne forløb med Styrk hverdagen
- flere borgere har meget lange forløb, væsentligt længere end de 8 uger
- samarbejdet mellem plejen og terapeuter kan styrkes. I nuværende forløb er der aftalt opstarts møde mellem plejen og terapeuten, hvor forløbet for borgeren fastlægges og det aftales, hvilke opgaver plejen skal udføre sammen med borger.

Målgruppen for tilbud om rehabilitering efter Servicelovens § 83a, er borgere, der på baggrund af deres funktionsevne niveau, vurderes at være berettigede til tilbud om hjælp efter § 83. Der har tidligere været en praksis med at anvende Styrk Hverdagen-forløb til at afdække borgers funktionsniveau og dermed til at afklare, om borgere var i målgruppen for hjælp efter §83. Rehabilitering efter §83a kan dog **ikke** anvendes til at afklare, om en borger er berettiget til hjælp efter § 83. Denne vurdering foretages af visitator på baggrund af den funktionsevnevurdering, der er en del af visitationsprocessen. Der er dog borgere, hvis funktionsevne er vanskelig at vurdere på baggrund af visitationsbesøget alene.

Hvis visitator er i tvivl, om en borger tilhører målgruppen for hjælp efter § 83, må sagen oplyses yderligere. I forbindelse med justeringen af Styrk Hverdagen, vil det fremover være muligt at iværksætte et afklarende forløb i de tilfælde, hvor der er behov en mere detaljeret vurdering af borgers funktionsevne. Dette vil ske efter Retssikkerhedslovens §§10, 11, 11b og 12.

Udover de tilfælde, hvor der er behov for at oplyse sagen yderligere for at kunne træffe en afgørelse, er der tilfælde, hvor borgere, der søger om hjælp efter Servicelovens §83, ikke er berettiget til denne hjælp, men som har behov for instruktion eller oplæring for at kunne afhjælpe den givne funktionsnedsættelse. Denne borgergruppe vil fremover kunne tilbydes et oplærende forløb.

Nedenfor vil de enkelte ændringer blive gennemgået.

4. Et justeret Styrk Hverdagen - tilbud

Styrk Hverdagen bliver opdateret ved:

- en præcisering af den målgruppe, der fremover skal tilbydes Styrk Hverdagen
- klare kriterier for, hvilke borgere der kan tilbydes mere end ét forløb

Herudover suppleres myndighedens sagsbehandling med et nyt redskab – et **Afklaringsbesøg** af terapeut. Formålet er at få belyst sager ved en mere detaljeret vurdering af borgers funktionsevne niveau og ressourcer.

Endeligt bliver der fremover mulighed for at tilbyde borger et **Oplæringsforløb** à 1-3 besøg. Oplæringsforløbet bevilges på baggrund af Lov om Retssikkerhed §§ 10, 11, 11b og 12.

Formålet er

- instruktion i hensigtsmæssige arbejdsteknikker
- bedre brug / brug af almindeligt indbo eller forbrugsgoder
- korrekt brug af visiterede hjælpemidler

4.1. Målgruppen, der fremover tilbydes Styrk Hverdagen

Formålet med at præcisere målgruppen for Styrk Hverdagen er, at sikre, at det er de borgere, der vil få effekt af et Styrk Hverdagen forløb, som modtager tilbuddet.

Antallet af Styrk Hverdagen-forløb per borger vil fremover reduceres på grund af den nye afgrænsning af målgruppen.

Herudover indskærpes det, at et Styrk Hverdagen-forløb i udgangspunktet varer **8 uger**.

Målgruppen for Styrk Hverdagen er fremover:

A) Nye borgere (Borgere, der på tidspunktet for ansøgning ikke modtager hjælp efter SEL §83):

- fra eget hjem
- fra midlertidig plads
- fra hospitalet (– med og uden GOP)

B) Kendte borgere, der har behov for mere hjælp:

- fra praktisk hjælp til personlig hjælp
- fra ugebad (eller andre ugentlige ydelser) til daglig hjælp
- fra praktisk hjælp til mere praktisk hjælp (eks. tøjvask, hvor borger får hjælp til rengøring)

C) Borger der, som hovedregel, ikke skal tilbydes § 83A:

- borgere der allerede er visiteret til daglig personlig pleje og søger om mere personlig pleje

Vurderingen tager dog fortsat udgangspunkt i en konkret, individuel stillingtagen til, om borger vil kunne profitere af et Styrk Hverdagen-forløb.

Det er vigtigt, at der hos denne gruppe borgere er et stadigt fokus på, at plejen arbejder ud fra en aktiverende tilgang. Dette for at sikre, at færdigheder i videst mulige omfang vedligeholdes og om muligt forbedres.

Nedenfor ses visitationsforløbet for de enkelte borgergrupper.

Ad A.

1. Nye borgere fra eget hjem:

Ny borger der ansøger kommunen om hjælp til praktisk/personlig pleje eller begge dele. Ved tvivl, om borger er i målgruppen for hjælpe efter § 83a kan visitationen tildele et afklaringsforløb. Ved afslag kan borger evt. tilbydes et oplæringsforløb

2. Nye borgere fra midlertidig plads:

Nye borgere der har været indlagt på midlertidig plads enten via hospitalet eller fra eget hjem. Borgeren ansøger om kommunen om hjælp til praktisk/personlig pleje eller begge dele.

3. Nye borgere fra hospitalet:

Borgere der udskrives fra hospitalet. Borgeren ansøger om kommunen om hjælp til praktisk/personlig pleje eller begge dele.

4. Nye borgere fra hospitalet der kommer hjem med en GOP:

I de tilfælde hvor borgeren udskrives med en genoptræningsplan (GOP) fra hospitalet og behov for hjælp, skal visitator nøje vurdere, om det vil være mest effektivt at afvente et evt. Styrk Hverdagen-forløb til *efter* et genoptræningsforløb, eller om Styrk Hverdagen skal gives sideløbende med genoptræningen. Et eksempel kunne være en borger med hoftebrud, der skal træne i 8 uger og i perioden har behov for hjælp. Her igangsættes træning og der visiteres til tidsafgrænset hjælp, mens vurderingen af Styrk Hverdagen først er relevant, hvis borger har behov for fortsat hjælp efter genoptræningen.

Ad B

Kendte borgere, der søger om mere hjælp:

1. Borgeren modtager praktisk hjælp, men søger nu om hjælp til personlig pleje.
2. Borgeren har tidligere kun modtaget ugentlige ydelser f.eks. ugentlig bad og ansøger nu kommunen om mere personlig hjælp.
3. Borgeren modtager praktisk og søger nu væsentligt mere praktisk hjælp – har eksempelvis hjælp til rengøring og søger nu også hjælp til tøjvask.

4.2. Afklaringsbesøg

Fremover vil visitator have mulighed for at bestille et afklarende forløb i de tilfælde, hvor der er behov for oplysning af sagen ved 3. part for at kunne træffe en afgørelse. Denne mulighed vil formentlig bidrage til at reducere antallet af Styrk Hverdagen-

forløb.

Formålet er yderligere sagsoplysning ved 3. part, således at visitator, ved tvivl om borgernes funktionsnedsættelse, har mulighed for at bestille en mere detaljeret afdækning af borgeres funktionsevne.

Afklaringsbesøget er en selvstændig ydelse som visitator bestiller. Der sættes slutdato på indsatsen, så den er åben i 14 dage. Borger har krav på en afgørelse, og borgers funktionsevne skal derfor afklares hurtigt

Besøget foretages af Genoptræning Gribskovs terapeuter og varer en time. Efter endt afklaringsbesøg hos borgeren, dokumenterer terapeuten sin vurdering. Visitator kan herefter træffe en afgørelse:

- skal borger helt eller delvist have afslag på den ansøgte hjælp
- skal borger tilbydes et Oplæringsforløb efter Retssikkerhedsloven §§ 10,11,11b og 12.
- er borger i målgruppen for hjælp efter Servicelovens §83
- er borger i målgruppen for træning efter Servicelovens §86 m.fl.

4.3. Oplæringsforløb

Der vil være tilfælde, hvor visitator, evt. på baggrund af et afklarende forløb, har vurderet, at en borger ikke er berettiget til hjælp efter §83. I visse tilfælde forudsætter denne vurdering, at borger kan bruge et hjælpemiddel hensigtsmæssigt og korrekt for dermed at kompensere for en given funktionsnedsættelse. Et oplæringsforløb sikrer borger den fornødne instruktion i eksempelvis at anvende et hjælpemiddel eller forbrugsgode korrekt. Der visiteres i disse tilfælde til et kort "Oplæringsforløb", som forestås af Genoptræning Gribskov og består af 1-3 seancer af ca. 1 times varighed, hvor borger modtager den ønskede rådgivning og instruktion.

Formål

At sikre at borgers funktionsnedsættelse afhjælpes gennem

- instruktion i hensigtsmæssige arbejdsteknikker
- bedre brug / brug af almindeligt indbo eller forbrugsgoder
- korrekt brug af visiterede hjælpemidler

5. Hjælpemidler- afprøvnings redskaber

Der er oprettet et mini-depot indeholdende de mest anvendte hjælpemidler til Styrk Hverdagen. Terapeuterne har fri adgang til at benytte hjælpemidlerne i både Styrk Hverdagen forløbet og i de enkelte afklaringsforløb.

Standardhjælpemidler, der ikke findes i dette depot, kan ansøges i Team Hjælpemidler og Boligændringer. For at sikre en fremskyndet sagsbehandling skriver terapeuten "Hjælpemiddel § 83a" i advisens emnelinje

Bilag 3: Oversigt over roller og ansvar i Styrk Hverdagen-samarbejdet og i "Vi træner sammen"

Visitorator

Opstart:

Vurderer borger funktionsniveau og træffer afgørelse om borger er i målgruppen for et Styrk Hverdagen forløb.

Aftaler formål med forløbet sammen med borger og beskriver, hvad der forventes opnået med den rehabiliterende indsats. Baggrunden for borgers situation beskrives kort og det beskrives ligeledes i hvor høj grad borger er motiveret for rehabilitering. Det skal fremgå af oplægget om der er særlige kognitive eller sociale udfordringer, der skal tages højde for i rehabiliteringen.

Visiterer til de rehabiliterende indsatser og sender besked til Genoptræning Gribskov og til evt. leverandør af hjemmepleje.

Afslutning:

Efter endt rehabilitering skriver Genoptræning Gribskov en status. Visitorator træffer en afgørelse på denne baggrund og sender om nødvendigt denne til borger.

Planlægger Genoptræning

Opstart:

Modtager advis fra visitationen

Kontakter borger inden for 2 dage fra henvendelse, og aftaler opstart, når der findes en ledig tid.

Hvis det er muligt, skriver planlægger til hjemmeplejen og aftaler fælles besøg i fhm opstart. Hvis dette er muligt, aftaler terapeut selv dette med hjemmeplejens planlægger. Samtidig aftales det fælles "Vi træner sammen"- møde.

Videresender henvisningsadvis til den terapeut, der skal træne med borger.

Afslutning:

Sender besked til visitationen om at borger kan afslutte sit Styrk Hverdagen forløb

Pauserer borgers planlagte besøg ved indlæggelse.

Planlægger om nødvendigt en DigiRehab Sluttest – gælder for borgere, hvis Styrk Hverdagen-forløb er blevet afsluttet før de 8 uger.

Planlægger hjemmeplejen

Opstart:

Modtager advis fra Visitationen.

Kontakter borger og aftaler opstart af de visiterede indsatser. Planlægger disse.

Modtager advis fra Genoptræning Gribskov vedr. fælles besøg og besvarer denne.

Planlægger og låser de fælles besøg. Terapeutens tlf. nummer skrives på besøget, så hjælper kan ringe til terapeut ved forsinkelse eller aflysning af et planlagt fælles besøg.

Planlægger skal være opmærksom på, at fælles besøg skal være med den faste hjælper. Det er bedre at aflyse et fælles besøg end at sende en vikar, der ikke kender borger.

"Vi træner sammen" planlægges. Ydelsen **Digirehab ved hjælper – 83a** anvendes

Træningen lægges hensigtsmæssigt, så borgeren kan magte det, dvs. ikke lige efter bad, morgen toilette eller anden træning

Afslutning:

Det er altid terapeuten, der tager endeligt stilling til, om en rehabiliterende indsats kan afsluttes. Rehabiliterende indsatser afsluttes derfor kun efter besked fra Visitationen.

"Vi træner sammen" afsluttes efter besked fra terapeuten.

SOSUhjælper

Opstart:

Orienterer sig i oplægget fra Visitationen. Bestræber sig på at udføre de visiterede indsatser på en inddragende måde og på at motivere borger til at indgå aktivt i forløbet. Brug evt. "Motivationsguiden". Afventer i øvrigt terapeutens 1. besøg

Kontakter terapeut, hvis der er problemer med at være fremme til de fælles møder.

Orienterer sig ved hvert besøg i borgers DRP for at se, om der er ændringer i fht plejens opgaver i rehabiliteringen.

Ændringer i det, borger kan udføre, noteres som **Observation** og "tagges" med Rehab 83A". På den måde kan terapeuten let genfinde hjælperens notater.

Observationer, der ikke har noget med Styrk Hverdagen at gøre, skrives som vanligt som Observation, men tagges ikke.

Ved hvert efterfølgende besøg orienterer hjælper sig i dokumentationen, primært DRP. Orienterer sig ligeledes i borgers "Vi træner sammen"-mappe, hvor borgers træning også "scores"

Afslutning:

De rehabiliterende indsatser fortsætter, indtil der kommer besked fra Visitationen. Ved afslutningen af forløbet afgør visitator om borgers hjælp skal fortsætte eller afsluttes. Ved fortsat hjælp er det vigtigt at arbejde på at vedligeholde de funktioner, som borger har oparbejdet i løbet af Styrk Hverdagen-forløbet.

Nogle borgere vil fortsætte deres "Vi træner sammen"-forløb i nogle uger efter at Styrk Hverdagen er afsluttet.

Terapeuten

Terapeuten er tovholder på Styrk Hverdagen-forløbet og det er således hende, der lægger og dokumenterer planen for rehabiliteringen og også endeligt vurderer, om der er rehabiliterende indsatser, der evt. kan afsluttes undervejs i forløbet.

Opstart:

Vi bestræber os på, at det første besøg kan aflægges inden for de første 2 uger efter bestilling af Styrk Hverdagen.

Ved første besøg opstilles mål for forløbet i samarbejde med borger, og de øvrige elementer i planen for borgeres rehabilitering beskrives. Evt. test udføres og dokumenteres.

Ved første fælles besøg drøftes planen for rehabilitering sammen med borger og hjælper, så det sikres, at man arbejder frem mod samme mål.

Ved det andet fælles besøg instrueres hjælper i DigiRehab-træningen.

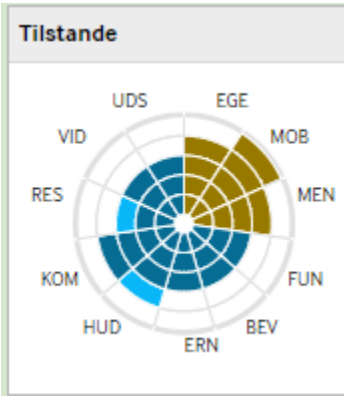
Undervejs i forløbet orienterer terapeut sig i hjælperes notater og justerer aktiviteter sammen med borger.





Afslutning:


Når borger har nået målet for sin rehabilitering eller når tidsrammen for forløbet er nået, evaluerer terapeuten borger. Funktionsevnetilstande, herunder det **Faglige notat**, opdateres. Det sikres, at handlinger, som fortsat skal udføres af plejen, fremgår af DRP. Handlingsanvisninger, der ikke længere har relevans, inaktiveres. Der sendes advis til visitator, som på baggrund af evalueringen afgør, om hjælpen kan afsluttes eller skal overgå til §83.

Ved borgere, der har afsluttet et Styrk Hverdagen forløb inden for 8 uger, fortsætter "Vi træner sammen" indtil borger i alt har fået ca. 14 ugers træning. Herefter sluttet terapeuten borger og sikrer, at hjælperes "scoringer" er dokumenteret elektronisk.

Bilag 4: FSIII Arbejdsgangsbeskrivelse (terapeuter)

FSIII Styrk hverdagen	
Flow – fra start til slut	Hvad skal gøres?
Hvor er jeg i Nexus	Plan – Tilstande
	<p>En funktionsevnetilstand repræsenterer et behovsområde og dækker over tilstande inde for Servicelovsområdet. Funktionsevnetilstande opdelt på 5 områder og dækker over 30 funktionsevnetilstande.</p> <p>En tilstand består af en klassifikation og en tilhørende præcisering i form vurdering på en skala fra 0-4.</p> <p>Det er altid visitator og terapeuter der opretter funktionsevnetilstande. Det er kun visitator og terapeuter der kan oprette og opdatere det nuværende og det forventede niveau (scoringen) af tilstanden og de felter der vedrører borgers vurdering, ønsker og mål mv.</p> <p>Det faglige notat oprettes altid af visitator eller terapeut og skal opdateres ved behov. Dette kan både gøres af visitatorer, terapeuter, sygeplejersker og SSA.</p> <p>De tilstande der dækker over et aktuelt behovsområde, skal gemmes som aktive. Tilstandene ses i tilstandshjulet som gule og giver et hurtigt overblik over borger.</p> <div style="text-align: center;">  <p>The diagram is a circular chart titled 'Tilstande' (States). It features a central point with concentric circles and radial lines. The chart is divided into 12 segments, each labeled with a three-letter code: UDS, EGE, MOB, MEN, FUN, BEV, ERN, HUD, KOM, RES, VID, and UDS. The segments are color-coded: the top-right quadrant (EGE, MOB, MEN) is yellow, the bottom-right quadrant (FUN, BEV, ERN) is light blue, and the bottom-left quadrant (HUD, KOM, RES) is dark blue. The top-left quadrant (UDS, VID, RES) is white.</p> </div> <p>I FSIII er sagsoplysning helhedsvurderingen og udredning af funktionsevnetilstande</p>

Funktionsvurderingen	<p>Funktions- og ressourcevurderingen: Anvendes som en dybdegående oplysning af sagen indenfor de funktionsområder, som vurderes at være relevante i den pågældende sag. Disse tilstande udfyldes og gemmes som aktive.</p> <p>I Styrk Hverdagen forløb skrives altid overskriften REHAB i det faglige notat. Dette for at synliggøre, at der er et rehabiliteringsforløb i gang på en eller flere tilstande.</p> <p>Tilstande der automatisk hentes til indlæggelsesrapporten: Vaske sig, Af og påklædning, Gå på toilet, Forflytte sig, Færdes i forskellige omgivelser, Drikke og Spise.</p> <p>Når de 7 omtalte funktionsevnetilstande er aktive vil det faglige notat samt niveau for begrænsninger trækkes til indlæggelsesrapporten.</p> <p>Når tilstanden er inaktiv trækkes teksten ikke relevant til indlæggelsesrapporten, så hospitalet får denne information, at borger ikke har begrænsninger</p>		
Niveau for funktionsevnetilstande	Niveau	Problemets karakter	
Niveau 0	Ingen/ubetydelige begrænsninger	 Borgeren er selvstændig og har ikke behov for personassistance for at udføre aktiviteten	
Niveau 1	Lette begrænsninger	 Borgeren er den aktive part og kan med let personassistance udføre aktiviteten.	
Niveau 2	Moderate begrænsninger	 Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance udføre aktiviteten. Klarer stort set at overkomme/overskue/tage initiativ til en eller flere funktioner	
Niveau 3	Svære begrænsninger	 Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten. har vanskeligt ved at overkomme/overskue/tage initiativ til de fleste funktioner	

	Niveau 4	Totale begrænsninger	 <p>Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har behov for fuldstændig personassistance. Er ude af stand til at overkomme/overskue/tage initiativ til funktioner.</p>
<p>Opret tilstand Præcisering og udredning af tilstand.</p>	<p>Funktionsevnetilstande: Funktionsevnetilstanden beskrives både ud fra borgerens egen oplevelse af og myndighedens faglige vurdering af borgerfunktionsevne.</p> <p><u>Tilstandsklassifikation</u></p> <p>Vælges fra listen med arbejds i Plan -> Tilstande</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Årsag</u> Årsagen til tilstanden. Årsagen beskrives i tilstanden. Hvis flere tilstande skal kobles til en årsag gøres dette under plan->Tilstande. Er enten en årsagsbemærkning som er fritekst felt eller en årsagstilstand som er en anden tilstand. Årsagen og tilstanden relateres* • <u>Nuværende niveau</u> Funktionsevnetilstandens aktuelle karakter jf. ovenstående niveaubeskrivelse • <u>Fagligt notat</u> – Fagligt notat giver en aktuel overordnet status på borgers Funktionsevnetilstand. Det kan være kendetegn, observationer, borgers udsagn og reaktioner. Opdateres når der er ændringer i tilstanden, må opdateres af visitator, terapeuter og sygeplejerske/SSA • <u>Forventet niveau</u> hvilket niveau, det forventes borger at kan opnå med den kommunale indsats. Hvis det forventede niveau ikke forventes at progrediere, skrives nuværende niveau, også som det forventede niveau. <p><u>Borgers vurdering:</u></p> <p>Som en væsentlig del af udredningen dokumenteres også borgers egne tilkendegivelser i forhold til udførelse og betydning heraf.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>FSIII Udførelse:</u> Hvordan borger selv vurderer sin udførelse af funktionsevnetilstanden. • <u>FSIII Betydningen heraf:</u> Hvilken betydning tillægger borger den angivne udførelse. • <u>Borgers ønsker og mål:</u> Samtidig med dokumentationen af borgers tilkendegivelser af udførelse og deres betydning, kobles borgers ønsker og mål til hver enkelt tilstand, eller en samling af tilstande. Således at der allerede i sagsoplysningen skabes en sammenhæng mellem borgers ønsker og mål. <p><i>*Der findes en selvstændig arbejdsgangsbeskrivelse for relationer</i></p>		

Nedenstående er et eksempel på en funktionsevnetilstand. Beskrivelsesfeltet skal ikke anvendes.

Vaske sig Gem som aktiv Annullér 🖨 Vis tidligere versioner Vis tilstandsoverblik Vis tilstandsdetaljer

Oprettelsesdato

Status

Tilstandsdetaljer

Nuværende niveau

Fagligt notat

Forventet niveau

Beskrivelse

Borgers vurdering

Udførelse

Betydning af udførelse

Borgers forventning og mål

Skema til Status rehabilitering

Alle borgere i 83A forløb skal have ved start af forløbet have oprettet et skema 'Status rehabilitering' Skemaet tilføjes under Plan – Tilstande – Vurdering

Årsager **Tilstandsdetaljer** Udredning Indsatser Vurdering **Observationer**

Vurdering

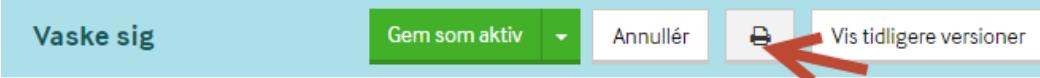
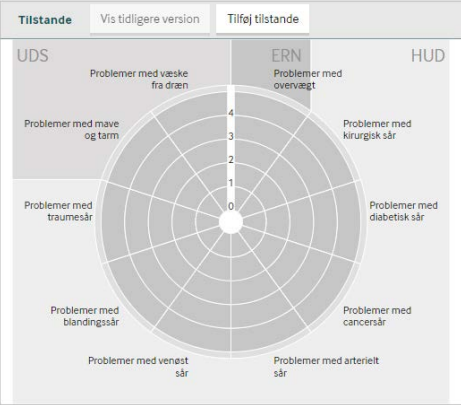
Der laves en **relation** mellem skemaet og den/de tilstande borger har rehabiliterende indsats på.

I feltet 'Status nederst i skemaet dokumenteres det at borger har givet sit samtykke til mål og plan.

Status

Status korte mål

Status langsigtede mål

<p>Opdatering tilstande</p>	<p>En tilstand skal opdateres, når der sker ændringer i borgers tilstand.</p> <p>Opdatering af en tilstand <u>kan</u> betyde både opdatering af niveauet, det faglige notat og de tilhørende mål og handlingsanvisninger.</p> <p>Det faglige notat opdateres ved at slette data der ikke længere er relevant, tilføje ny dokumentation og gemme som tilstanden aktiv. Man kan altid læse historik på tilstanden ved at trykke på print-ikonet så der dannes en pdf. Her læses alt hvad der er skrevet på tilstanden i kronologisk rækkefølge.</p> 
<p>Inaktive tilstande</p>	<p>En tilstand der ikke længere er aktuel skal inaktiveres. Alle inaktive tilstande ses i det inaktive tilstandshjul i overblikket FSIII Udvidet.</p> 
<p>Gøre en inaktiv tilstand aktiv igen</p>	<p>Inaktive tilstande kan findes i listen Plan->Tilstande. De ses som blege i farven. Tilstandene kan gøres aktive igen ved at opdatere tilstanden og gemme den som aktiv.</p> <p>Tilstanden kan også gøres aktiv igen, ved at finde tilstanden i det inaktive tilstandshjul og herfra opdatere tilstanden og gemme den aktiv igen.</p>

Bilag 5: Hvad er Digirehab-programmet:

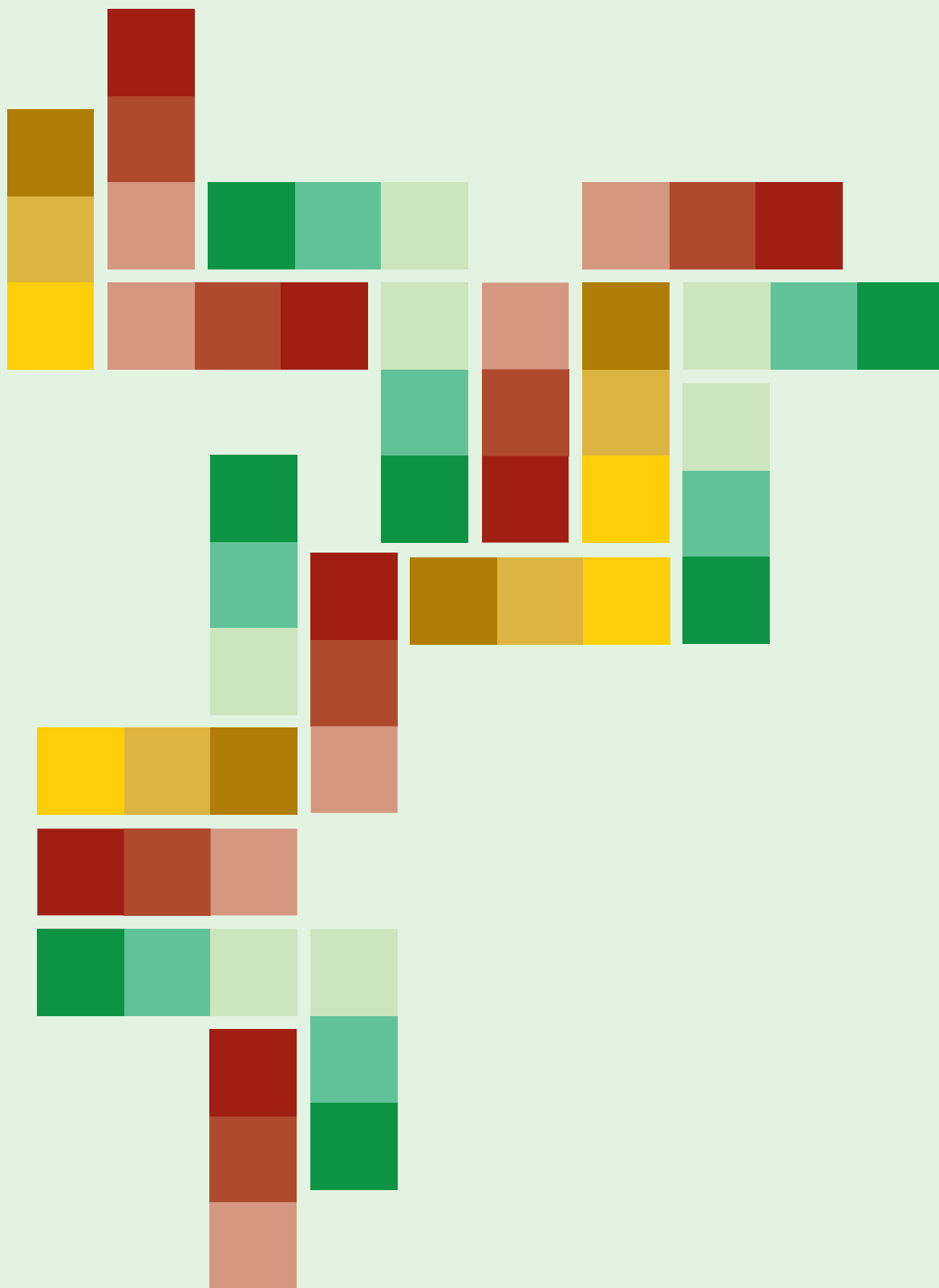
Digi-rehab er et digitalt understøttet træningsprogram. Det er udviklet til at Sosu hjælpere kan træne sammen med borgerne. Øvelserne i programmet er primært styrketræning rettet mod benmuskulatur og mave/ryg muskulatur for på den måde at øge borgerens mobilitet og stående/siddende balance og stabilitet.

Digi-rehab er en digital platform som Gribskov kommune har tilkøbt til sit journal system. Digi- rehab består blandt andet af en test, som afklarer hvilke øvelser den enkelte borger kunne have glæde af at udføre i forhold til at forbedre det fysiske funktionsniveau.

Hvad er "Vi træner sammen"?

Vi træner sammen er et supplerende tilbud i Gribskov kommune til borgere, der visiteres til rehabilitering efter Servicelovens §83a. Tilbuddet består af 2 x 20 minutter om ugen i 6-7 uger. Tilbuddet varetages i tæt samarbejde mellem terapeut, Sosu-hjælper og planlægger.

Tilbuddet løber fra marts 2019- efteråret 2020 og følges tæt af projektleder, projektgruppe og projektejer.



Kommunikationsaftale

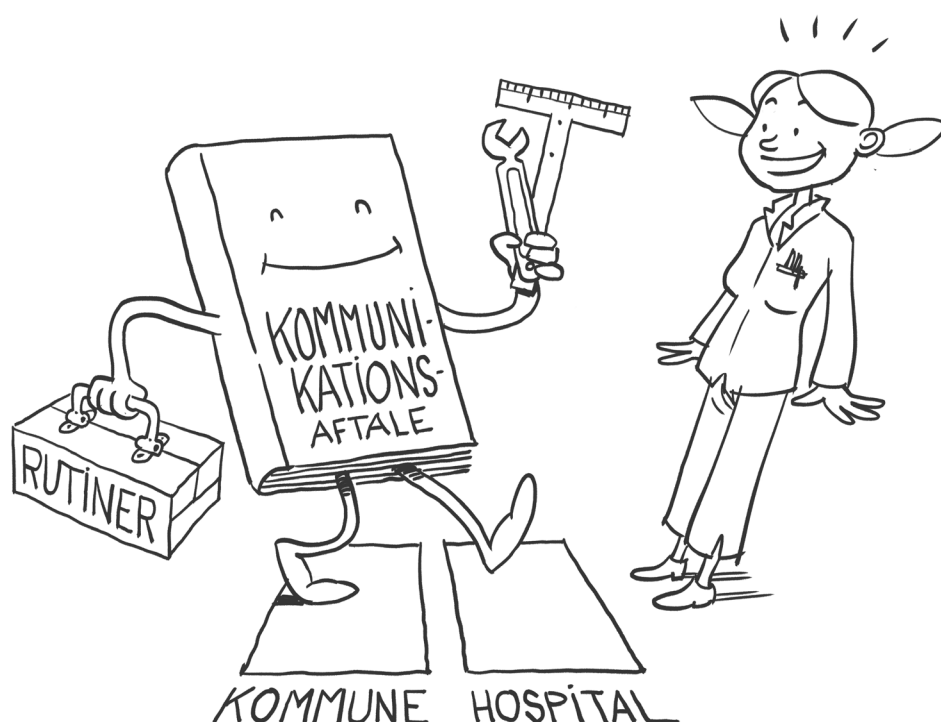
Aftale om tværsektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivninger i somatikken

*Godkendt af Styregruppen vedrørende Sundhedsaftalen.
Aftalen er gældende fra 1. januar 2019*

Kommunikationsaftalen er udarbejdet af Den Centrale Koordinering, der er en tværsektoriel arbejdsgruppe nedsat under Den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftalen. Kommunikationsaftalen kan findes elektronisk på Region Hovedstadens hjemmeside <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/bilag-og-download/Sider/default.aspx>

Indholdsfortegnelse

Formålet med aftalen.....	5
Målgruppen for aftalen.....	5
Aftalen skal medvirke til:	5
Forudsætninger	5
Inddragelse af borgeren.....	5
Elektronisk understøttelse	6
Beskrivelse af meddelelserne.....	6
Videregivelse af patientoplysninger	7
Oplysninger om medicin	7
Færdigbehandling.....	7
Responstider	8
Tvivel og uklarheder	8
Kvalitetsudvikling.....	8
Tekniske nedbrud.....	8
Ikrafttrædelse.....	8
Forløbsflow.....	9
Oversigtsflow.....	10
Indlæggelse.....	11
Indlæggelse under 48 timer.....	12
Indlæggelse over 48 timer.....	13
Udskrivelse	14





Formålet med aftalen

Udskrivelsen starter ved indlæggelsen. En tidlig og relevant dialog med og om borgeren skal være med til at styrke samarbejdet i sektorovergangen blandt det sundhedsfaglige personale, der er involveret i borgernes indlæggelses- og udskrivningsforløb. Aftalen skal understøtte, at borgeren udskrives så sikkert og så hurtigt som muligt.

Målgruppen for aftalen

Aftalen omhandler borgere over 18 år, der efter udskrivelse fra somatisk hospital har behov for kommunale omsorgs- og sundhedsydelser. Aftalen træder i kraft, når hospitalet har registreret borgeren indlagt.

Aftalen henvender sig til:

- Sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne og på hospitalerne
- Sundhedsfaglige ledelser i kommunerne og på hospitalerne
- Sundhedsfaglige medarbejdere og ledelser på privatklinik, privathospital og hospice med offentligt finansieret behandling som led i udvidet frit sygehusvalg

Aftalen skal medvirke til

- At borgeren får et trygt indlæggelses- og udskrivningsforløb, hvor hospitalet har informeret og forberedt borgeren og eventuelle pårørende på udskrivelsen
- At skabe sammenhængende og effektive udrednings-, behandlings- og plejeforløb, hvor hospitaler og kommuner i samarbejde sikrer et sammenhængende tilbud
- At kommunikation mellem hospital og kommune sikrer:
 - At modtageren har relevant information til at varetage pleje og behandling
 - At modtageren oplever informationen relevant, præcis og rettidig
 - At forebygge u hensigtsmæssige genindlæggelser og understøtte en ligeværdig dialog mellem borger, hospital og kommune under indlæggelsen og ved udskrivelsen
 - At sikre en tydelig opgave- og ansvarsfordeling mellem kommune og hospital

Væsentlige forudsætninger

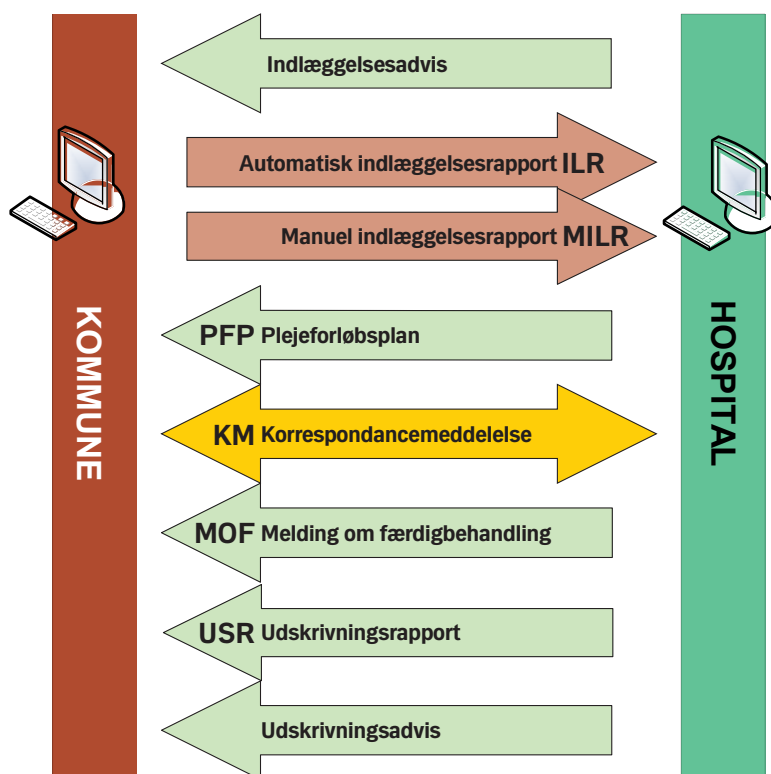
Hvis aftalen skal være med til at skabe bedre sektorovergange for borgeren forudsætter det

- At alle parter efterlever aftalen
- At der er ledelsesmæssig opbakning og forankring
- At hospitaler og kommuner kan komme i kontakt med hinanden telefonisk 24-7
- At der sættes fokus på kvaliteten af indholdet i meddelelserne
- At der til stadighed arbejdes med en fælles sprogforståelse blandt det sundhedsfaglige personale på tværs af sektorerne
- At der fortsat sker udvikling af de it-mæssige løsninger, da de sætter rammen og dermed også begrænsninger for det elektroniske flow
- At der afsendes tidstro udskrivelsesadvis
- At man til enhver tid teknisk understøtter aftalens indhold

Inddragelse af borgeren

Kommunen og hospitalet har ansvar for at samarbejde og koordinere indsatserne i samarbejde med borgeren og eventuelle pårørende.

Overordnet meddelelsesflow



Elektronisk understøttelse

Kommunikationsaftalen er baseret på kommunikation, elektronisk understøttet af MedCom¹ hjemmeplejesygehusstandarder. Aftalen omfatter følgende meddelelser:

Beskrivelse af meddelelserne

Indlæggelsesadviser

- Er automatisk genererede informationer fra hospital til kommuner med oplysninger om indlæggelsen

Giver kommunen en viden om, at borgeren er indlagt og hvor. Starter det elektroniske flow og udløser den automatiske indlæggelsesrapport. Hvis adviset ikke modtages, eller det modtages sent, kan det betyde, at borgeren, besøges forgæves i hjemmet.

ILR – automatisk – Indlæggelsesrapport

- Dannes automatisk. Information fra kommunen til hospitalet, der indeholder de informationer som kommunen har registreret om borgeren i den kommunale elektroniske omsorgsjournal (EOJ) om kommunale kontakter, pårørende, funktionsevnevurdering, sygeplejefaglige problemområder, ydelsesoversigt, hjælpemidler samt eventuel supplerende medicinoplysninger.

Giver hospitalet vigtig information om borgeren. Det er vigtigt, at data i indlæggelsesrapporten er opdateret, særligt funktionsevnevurderingen. En uaktuel eller mangelfuld indlæggelsesrapport kan få negativ betydning for borgerens forløb.

MILR – Manuel – Indlæggelsesrapport

- Hvis kommunen vurderer, at der er supplerende oplysninger til den automatisk genererede indlæggelsesrapport, skal kommunen sende en manuelt opdateret indlæggelsesrapport. (MILR)

Giver hospitalet vigtig viden om indlæggelsesårsag og andre væsentlige informationer i forbindelse med indlæggelsen/forløbet op til.

Det er vigtigt, at der i alle indlæggelser, hvor kommunen er involveret eller har kendskab til den aktuelle årsag til indlæggelsen, sendes en MILR. Ved indlæggelser fra en plejebolig eller kommunale døgnpladser skal der altid sendes en MILR.

¹) MedCom er et samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor.

PFP – Plejeforløbsplan

- Information fra hospital til kommunen om borgerens forventede færdigbehandlings- og udskrivningsdato, funktionsevne, sygeplejefaglige problemområder, samt behov for yderligere koordinering

Giver kommunen vigtig viden om borgeren, der skal bruges i forberedelsen af hjemtagningen af borgeren. Det er vigtigt, at data er opdateret, så kommunen kun modtager aktuelle data

MOF – Melding om færdigbehandling

- Skal kun sendes hvis kommunen ikke kan hjemtage borgeren. Meddelelse der sikrer, at kommunen modtager tidstro besked om, at en indlagt borger er registreret færdigbehandlet på hospitalet.

Det er en administrativ servicemeddelelse, der giver kommunen viden om, at borger er færdigbehandlet. Kommunen betaler færdigbehandlingstakst pr. døgn herefter. Afsendelse af MOF forudsætter at kommunikationsaftalens regler er fulgt.

USR – Udskrivningsrapport

- Information fra hospital til kommunen om borgerens aktuelle funktionsevne, sygeplejefaglige problemområder, indlæggelsesforløb og fremtidige aftaler

USR skal gennemgås med og udleveres til borgeren inden udskrivelsen. USR skal sendes til kommunen så hurtigt som muligt på udskrivelsesdagen og inden udskrivelsen, fordi den giver kommunen viden om de plejebestanden hospitalet overdrager til kommunen. USR indeholder, resume af indlæggelsen, oplysninger om funktionsevne, konkrete sygeplejehandlinger, samt udlevering af medicin ved udskrivelsen og fremtidige aftaler. Dette er viden som danner grundlag for den hjælp, som kommunen skal iværksætte hos borgeren.

Samtidig giver det også kommunen mulighed for at kontakte hospitalet, inden borgeren udskrives.

KM – Korrespondancemeddelelse

- En elektronisk patientrelateret kommunikation mellem hospital, almen praksis og kommuner, hvor der ikke findes andre strukturerede elektroniske meddelelser til understøttelse af

kommunikationen. Overordnet kan korrespondancemeddelelsen ikke benyttes til akutte henvendelser. Den er altid knyttet til en borger og dennes personnummer. Både kommuner og hospitaler kan anvende KM under indlæggelsesforløbet, når der er behov for at udveksle yderligere ikke – akutte ad hoc informationer. Der henvises til aftale om brug af elektroniske korrespondancemeddelelser i bilagssamling til Kommunikationsaftalen

Udskrivningsadvis

- En elektronisk meddelelse til kommunen, om at borgeren er registreret som udskrevet

Giver kommunen viden om, at borgeren er udskrevet. I flere kommuner udløser udskrivningsadviset, at borgers ydelser aktiveres. Det er derfor vigtigt, at udskrivningen sker tidstro.

Videregivelse af patientoplysninger

Elektronisk kommunikation over sektorgrænser medfører videregivelse af oplysninger om borgerens helbredsforhold og private og fortrolige oplysninger i forbindelse med behandlingen. Forhold vedrørende tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger beskrives i Sundhedslovens §§40 – 42. Der henvises til bilagssamling til Kommunikationsaftalen vedrørende videregivelse af patientoplysninger.

Oplysninger om medicin

Medicinstatus fremgår af FMK. Oplysninger om aktuel medicin, som ikke findes i FMK f.eks. seneste givning af PN og depotmedicin, skal fremgå af udskrivningsrapporten.

Færdigbehandling

Parterne er enige om, at udskrivning efter endt hospitalsbehandling skal ske hurtigst muligt under hensyn til borgerens tilstand samt sikkerhed og kvalitet i behandlings- og plejeforløbet. Læs mere i bilagssamlingen til kommunikationsaftalen.

Responstider

Hjemme-plejehospitalsmeddelelserne:

- Kommunerne læser den elektroniske kommunikation fra hospitalerne 2-3 gange i hver vagt.
- Hospitalerne læser den elektroniske kommunikation fra kommunerne 2-3 gange i hver vagt

Korrespondancemeddelelsen

Der henvises til aftale om brug af elektroniske korrespondancemeddelelser i bilagssamling til Kommunikationsaftalen

Tvivl og uklarheder

Tvivl, uklarheder og afklarende spørgsmål til aftalen forsøges først afklaret direkte med afdelingerne eventuelt i samarbejde med hospitalernes samordningskonsulenter. Mere principielle spørgsmål kan behandles i de lokale ERFA-grupper nedsat under samordningsudvalgene. Er der brug for en viderebehandling kan spørgsmålene løftes til det lokale samordningsudvalg og siden til den administrative styregruppe.

Ved uenigheder om Melding om Færdigmelding sker henvendelsen til samordningskonsulenterne.

Kvalitetsudvikling

Der arbejdes kontinuerligt med forbedring af kvaliteten af indholdet i meddelelserne ved regelmæssig systematisk undervisning. For at følge udviklingen i antallet

af elektronisk sendte meddelelser og rettidigheden heraf monitoreres der løbende. Tallene offentliggøres på Region Hovedstadens hjemmeside. <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Organisering-og-planer/LIS/Sider/Ledelsesinformation-og-data.aspx>.

Tekniske nedbrud

Der er udarbejdet nødprocedurer, der beskriver arbejdsgange ved akut nedbrud af hele eller dele af systemer og planlagte lukkevinduer. Der henvises til lokale arbejdsgange og vejledninger

Ikrafttrædelse

Aftalen træder i kraft 1. januar 2019.

Aftale om tværsektoriel kommunikation og arbejdsgange i forbindelse med indlæggelser og udskrivninger er bilag til sundhedsaftalen 2015-2018. Sundhedsaftaleperioden er forlænget til juni 2019.

Aftalen er godkendt af Den administrative styregruppe har godkendt aftalen den 11. marts 2016 og den 29. september 2017 at der udarbejdes justeringer i aftalen.

Næste revision

Senest i 2021 tages der stilling til behov for revidering af aftalen.

Forløbsflow

Kommunikationen i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser er fastlagt i kommunikationsflow, som beskrives på de følgende sider. Der er udarbejdet et oversigtsflow, flow for indlæggelser, indlæggelser under og over 48 timer samt flow over de forløb, hvor kommunen ikke kan hjemtage borgeren.

Anvendte forkortelser

EOJ: Elektronisk omsorgsjournal i kommunerne

SP: Sundhedsplatformen

Farvekode:

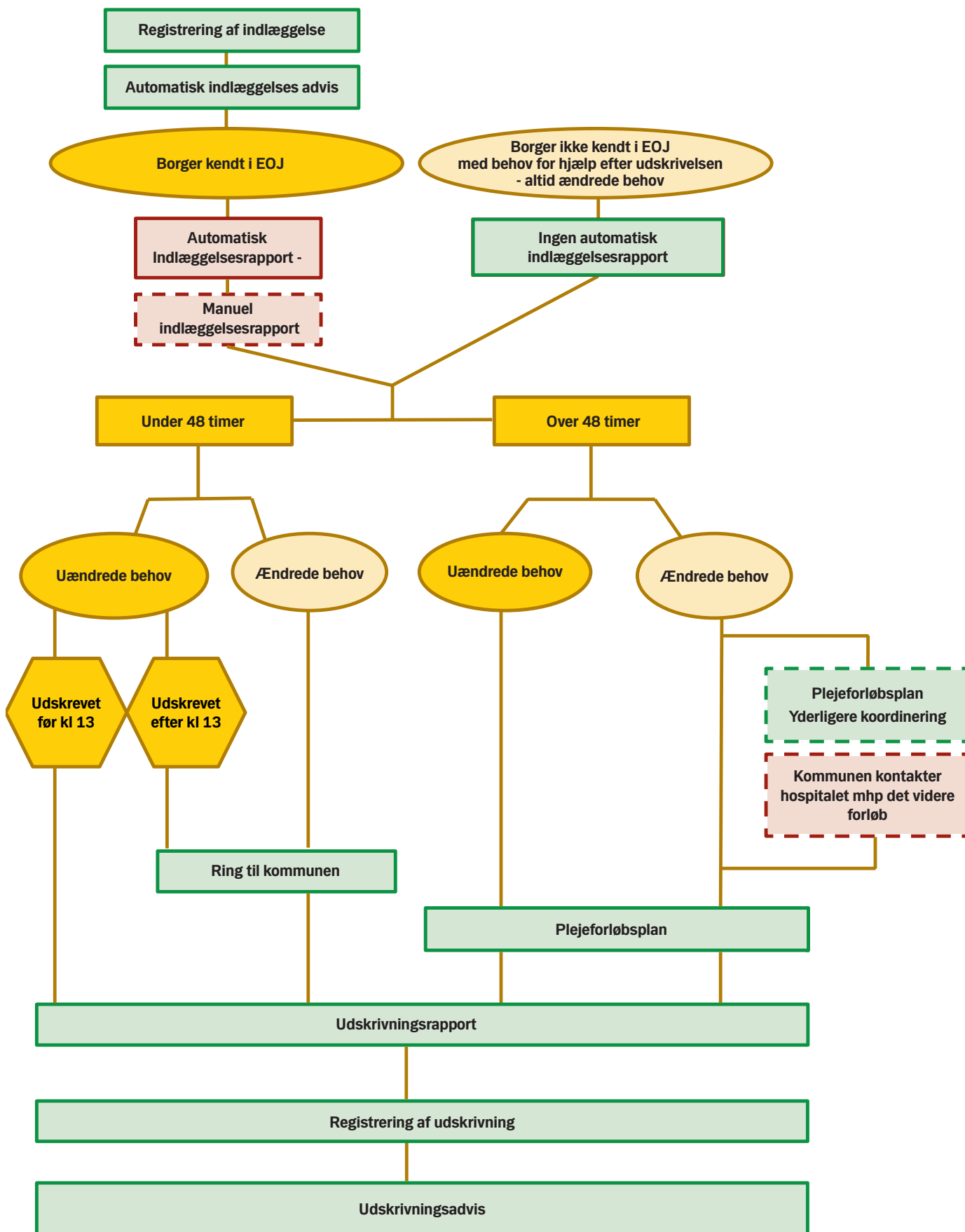
Hospitalets ansvar: **grøn**

Kommunens ansvar: **rød**

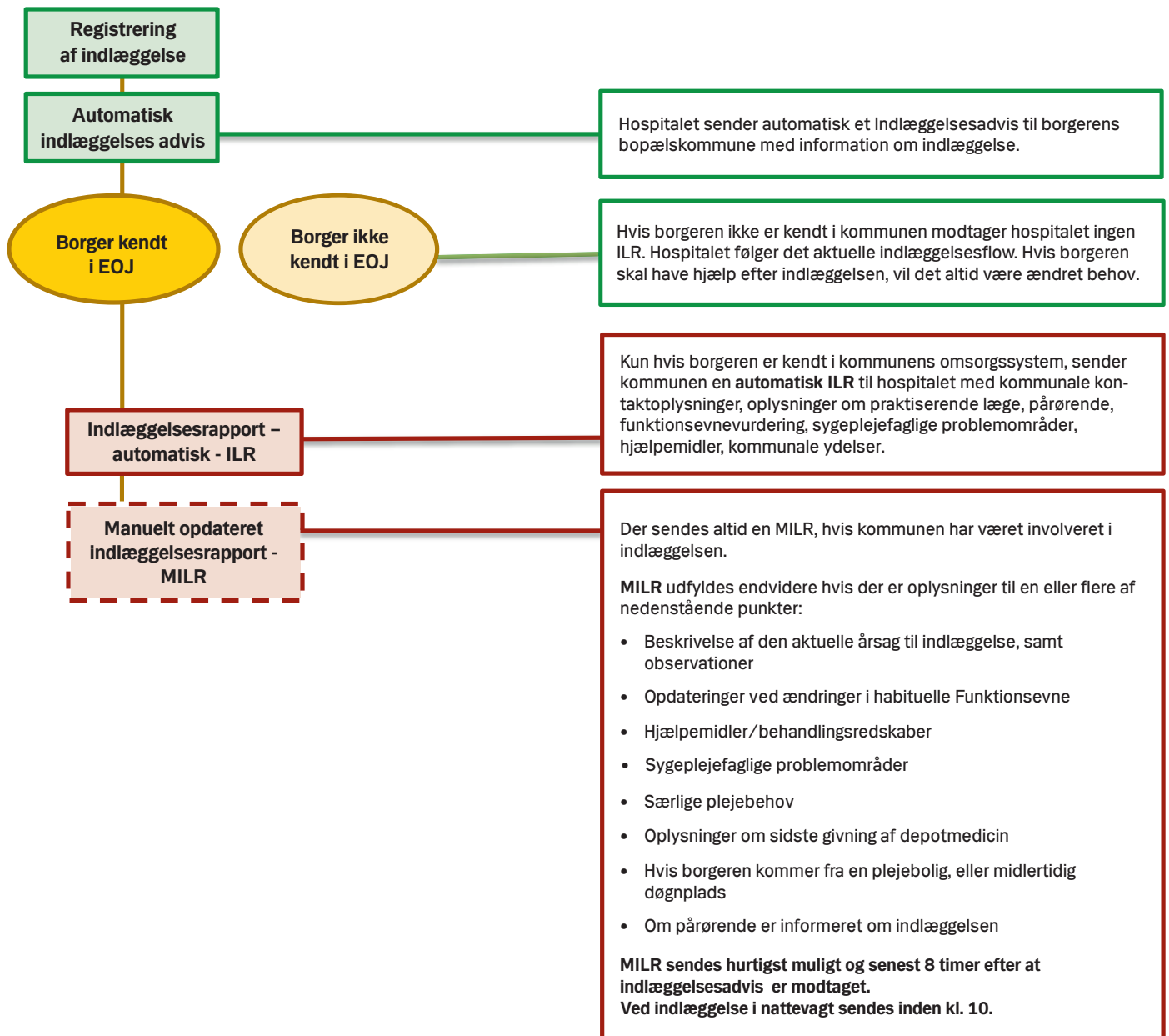
 : Ved optrukket linje gælder arbejdsgangen i alle forløb

 : Ved stipt linje skal det vurderes i hvert enkelt forløb

Overflowsflow



Registrering af indlæggelse

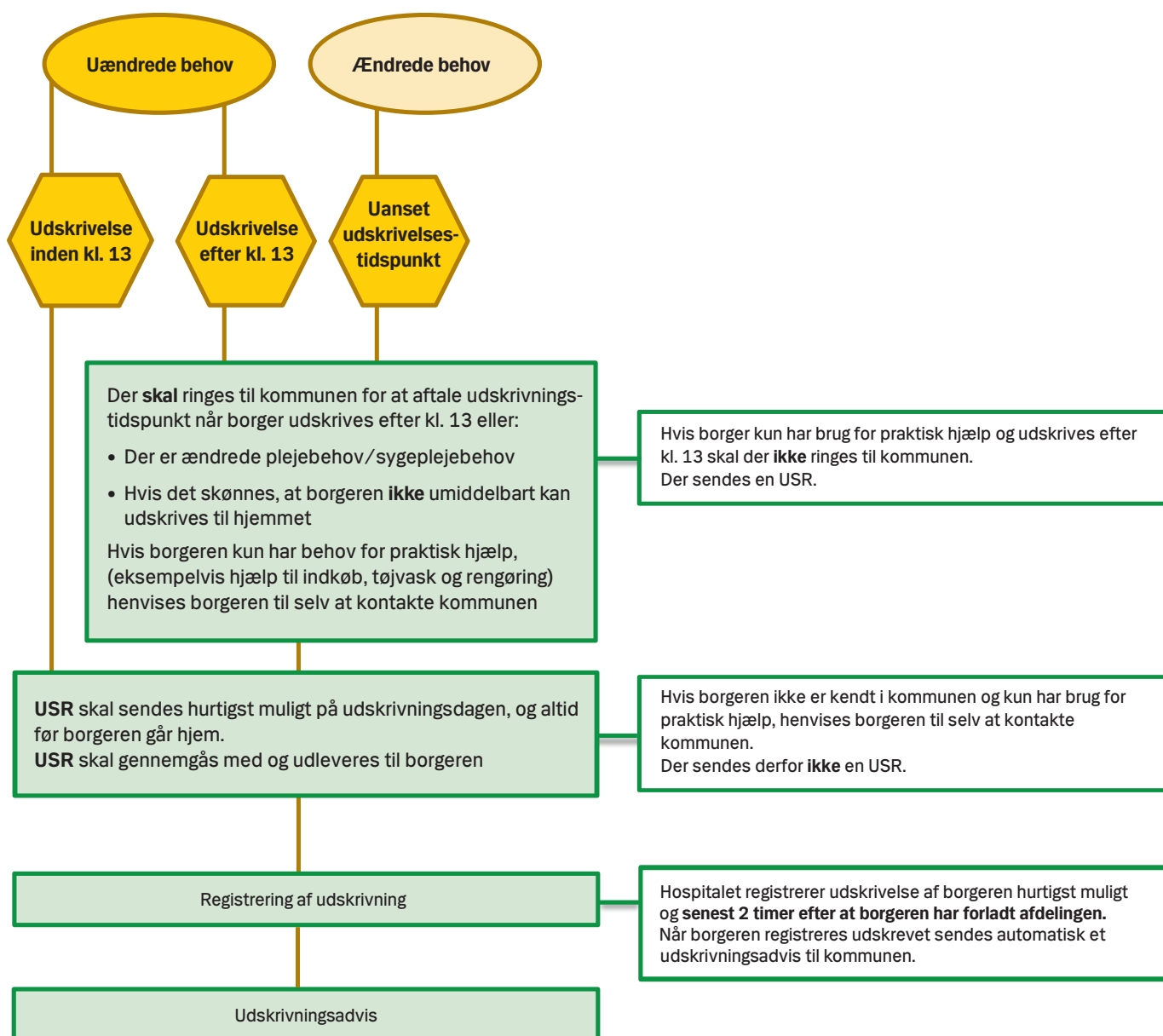


Indlæggelse under 48 timer

Aftalen gælder for:

- Borgere der modtager kommunale ydelser som beskrevet i indlæggelsesrapporten, og hvor det forventes at:
 - Borgerens behov er uændrede
 - Borgerens behov er ændrede
- Borgere der **ikke** er kendt i den kommunale omsorgsjournal, og som forventes at få behov for kommunale ydelser efter udskrivningen

I tilfælde, hvor en borger indlægges fra og skal udskrives til et midlertidigt kommunalt døgnophold, tilstræbes det, at kommunen efter aftale reserverer den pågældende borgers døgnplads i op til 24 timer



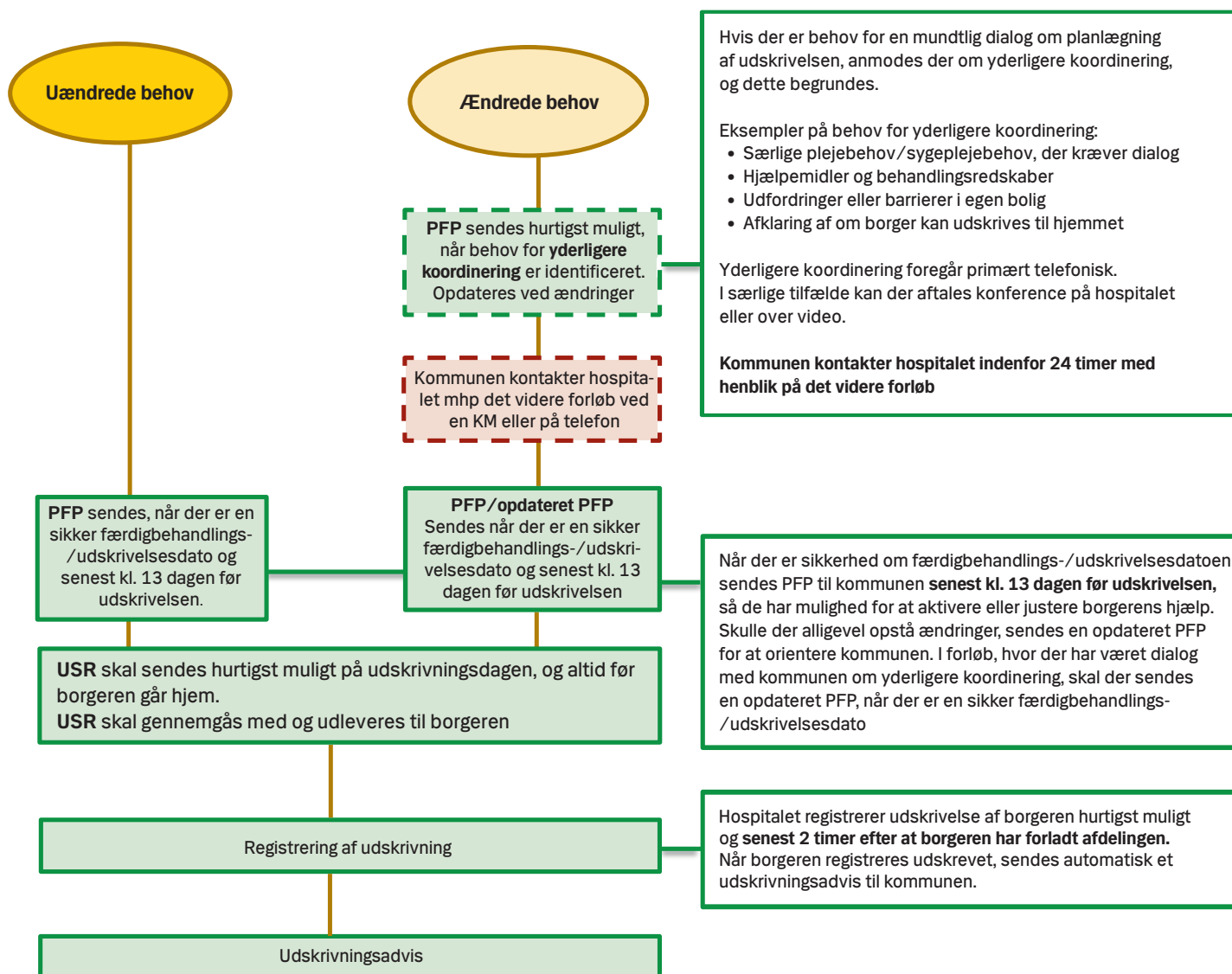
Indlæggelse over 48 timer

Aftalen gælder for:

- Borgere der modtager kommunale ydelser som beskrevet i indlæggelsesrapporten, og hvor det forventes at:
 - Borgerens behov er uændrede
 - Borgerens behov er ændrede
- Borgere der **ikke** er kendt i den kommunale omsorgsjournal, og som forventes at få behov for kommunale ydelser efter udskrivningen

Kommunen bliver orienteret via en plejeforløbsplan om, hvornår hospitalet forventer, at borgeren er færdigbehandlet og klar til udskrivelse.

Hvis denne dato ændres, fremsendes der en ny PFP.



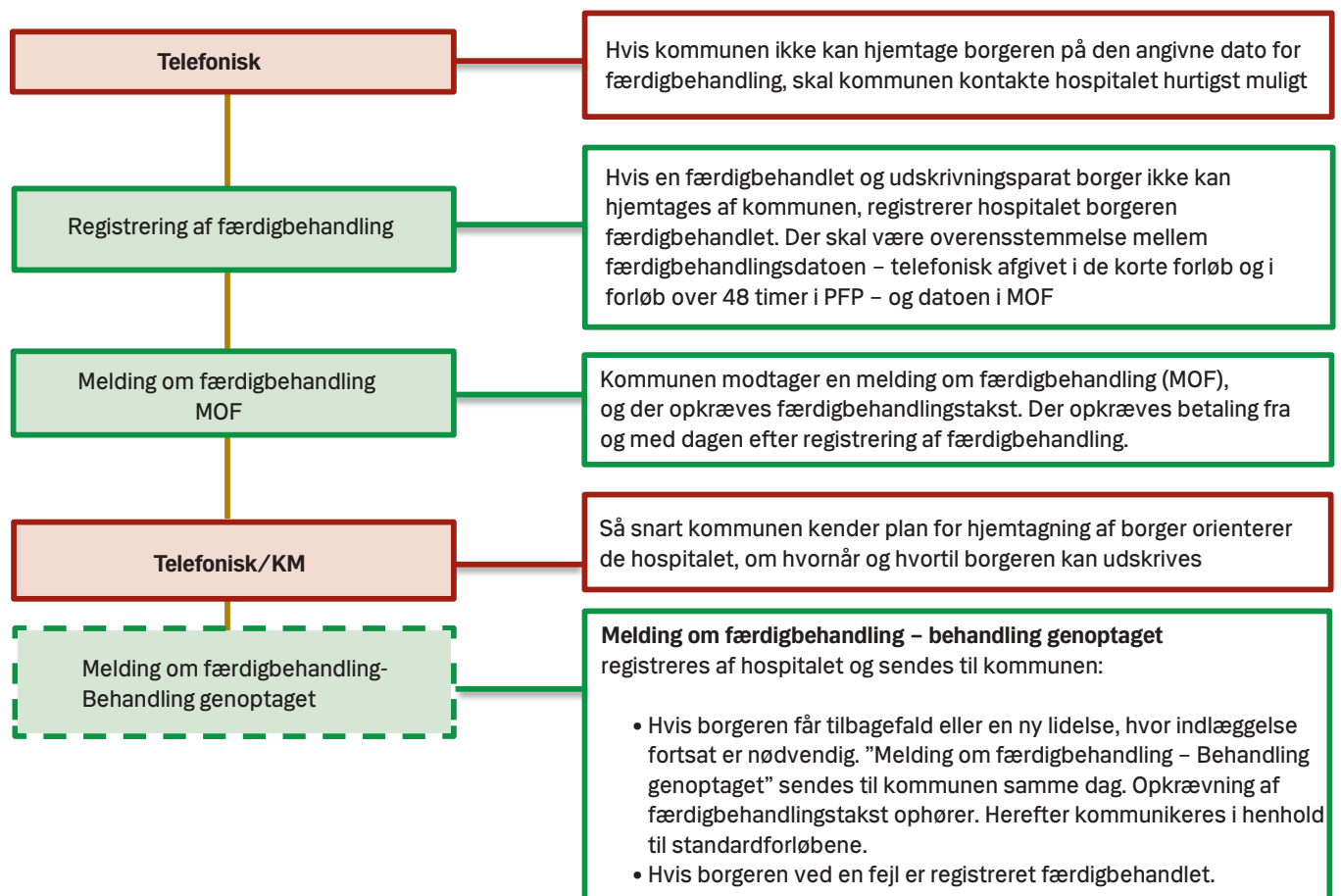
Udskrivelse

Aftalerne om kommunikation gælder også for borgere, der bor i plejebolig, men da borgere i plejebolig har et stående tilbud med kvalificeret hjælp til rådighed i kommunerne, skal de som udgangspunkt ikke afvente udskrivelse til dagen efter, ifald de først er færdigmeldt efter kl. 13.00.

Det er uændret vigtigt, at plejecenteret er kvalificeret orienteret om, hvad der er foregået på hospitalet samt om eventuelle funktionsændringer, før de udskrives, og at udskrivelser efter kl. 13.00 ikke medfører sene aften- og natudskrivinger.

Hvis kommunen ikke kan hjemtage borgeren

Hvis kommunen ikke kan hjemtage borgeren på den angivne dato for færdigbehandling, skal kommunen kontakte hospitalet.





**Region
Hovedstaden**

KKR
HOVEDSTADEN

Bilag 11

Oversigt over sygeplejefaglige opgaver, der kan overdrages fra hjemmesygeplejen til leverandør af hjemmepleje			
Opgave	Forudsætninger og opmærksomhedspunkter	Undtagelser for videre delegation (Må ikke videre delegeres)	Baggrund for undtagelsen
Administration af lægemidler: <ul style="list-style-type: none"> Hjælp til indtagelse af dispenseret medicin 	Generel forudsætning jf. "Sygeplejeinstrukser og Delegation"	Methotrexat	Defineres af STPS som et Risikosituationslægemiddel
		Medicinske plastre	Defineres af STPS som et Risikosituationslægemiddel
		Antikoagulantia, der kræver systematisk monitorering af koagulationsparametre	Defineres af STPS som et Risikosituationslægemiddel
		Medicin under optrapning eller nedtrapning	Øget risiko for UTH'er i forbindelse med medicin-håndtering
Hjælp til indtagelse af dispenseret p.n.-medicin	Generel forudsætning jf. "Sygeplejeinstrukser og Delegation" Forudgående vurdering af sygeplejerske eller SOSUassistent i den konkrete situation		
Administration af ikke dispenserbare lægemidler <ul style="list-style-type: none"> Laxantia Inhalationsspray Brusetabletter Medicinske cremer 	Generel forudsætning jf. "Sygeplejeinstrukser og Delegation" Borgerspecifik videre delegation ved <ul style="list-style-type: none"> Inhalationsspray Medicinske cremer 		
Administration af dispenseret <ul style="list-style-type: none"> Vagitorier Suppositorier Miniklyx 	Generel forudsætning jf. "Sygeplejeinstrukser og Delegation" Borgerspecifik videre delegation		

Øjendrypning	<p>Generel forudsætning jf. "Sygeplejeinstrukser og Delegation"</p>		
Forbyggende skylning af blærekateter	<p>Generel forudsætning jf. "Sygeplejeinstrukser og Delegation"</p> <p>Udelukkende ved fast, lægeordineret, forebyggende skylning</p> <p>Borgerspecifik videredelegation</p>		
Kompressionsbehandling med kompressionsstrømper	<p>Generel forudsætning jf. "Sygeplejeinstrukser og Delegation"</p> <p>Kan ikke overdrages ved fod- og bensår</p>		

Bilag 12

Samarbejde mellem Hjemmesygeplejen PlejeGribskov og leverandører af hjemmepleje ved aktivering af nødkald

Arbejdsgangsbeskrivelse	Instruks omhandlende samarbejde ml. den kommunale sygepleje og hjemmeplejen, når borger aktiverer sit nødkald i tidsrummet kl. 7-23
Beskrivelsens formål	<ul style="list-style-type: none"> • At sikre, at borger får den rette hjælp, når nødkaldet aktiveres • At der er klare retningslinjer for, hvornår sygeplejen kan bede leverandører af hjemmepleje om at foretage besøg på baggrund af et aktiveret nødkald
Beskrivelsens baggrund	<p>Et nødkald aktiveres i meget forskellige situationer. I mange tilfælde aktiveres kaldet på baggrund af akut opståede og uventede situationer, eksempelvis fald. Ofte aktiverer en borger dog sit kald på baggrund af plejebehov, som i princippet allerede afhjælpes med visiteret hjemmepleje.</p> <p>Det er derfor hensigtsmæssigt og forventeligt, hjemmeplejen foretager besøget i særlige tilfælde.</p>
Trin 1: Nødkaldet aktiveres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Borgeren aktiverer sit nødkald, som besvares af medarbejder i vagtcentralen (Tunstall) 2. Borger har en dialog med Tunstall 3. Tunstall kontakter Hjemmesygeplejen PlejeGribskov
Trin 2: Nødkaldet vurderes	Den autoriserede sundhedsperson, der modtager opkaldet fra Tunstall, afklarer hvad nødkaldet drejer sig om. Om nødvendigt kontaktes borger telefonisk.
Trin 3: Sygeplejen beslutter, hvem der skal besøge borgeren	<p><u>Det er altid en autoriseret sundhedsperson fra sygeplejen, der kører ud til borgeren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • hvis der er tale om et fald • hvis borgeren ikke har besvaret sygeplejens opringning, og det derved ikke er muligt at afklare, hvad nødkaldet vedrører

- hvis borger ikke modtager hjemmepleje

Sygeplejen kan overdrage besøget til hjemmeplejen:

- når hjemmeplejen i forvejen varetager den opgave, nødkaldet vedrører, f.eks. toiletbesøg, i det pågældende tidsrum

**Trin 4:
Hjemmeplejen
modtager opkald fra
hjemmesygeplejen**

- Hjemmeplejeleverandøren vurderer, om hjælpen kan leveres af leverandøren.
- Leverandøren planlægger besøget, evt. i dialog med borger.
 - Det vurderes, at hjælpen kan ydes som del af et allerede planlagt besøg *eller*
 - Det vurderes, at besøget skal planlægges som ekstra besøg
 - Tidsrammen for aflæggelse af besøg, beror på en faglig vurdering i den konkrete situation. Hvis der vil gå mere end 30 min., inden besøget aflægges, orienteres borger om dette

**Trin 5:
Hjemmeplejen
udfører besøget**

Hjemmeplejen udfører besøget:

- Hvis besøget går som forventet, meldes der **ikke** tilbage til sygeplejen
- Hvis der er forhold ved besøget, der giver anledning til bekymring, eller hvis det vurderes, at der er behov for opfølgning fra sygeplejen, kontaktes sygeplejen

**Trin 5:
Dokumentation**

Den autoriserede sundhedsperson dokumenterer:

- Opkaldet og hvad det omhandler
- Sin vurdering af, hvem der kan udføre besøget
- Egne observationer, rådgivning samt udførte og planlagte handlinger

Hjemmeplejen dokumenterer:

- Observationer og udførte handlinger

**Trin 6:
Afregning**

- Besøg fra hjemmeplejen udføres uden ekstra kompensation, idet indsatsen vil være indeholdt i allerede visiteret hjælp.
- Hvis besøget mod forventning drejer sig om andet end en allerede visiteret plejeopgave, vil hjemmeplejens besøg blive afregnet som særligt behov.

Udarbejdet

Udarbejdet 13.6.2019 af sundhedsfaglig konsulent Gitte Widmer

Sygeplejeinstrukser og delegation

Indhold

Forord	4
Om delegation	6
Instruks om borgers behov for behandling	10
Generel instruks	15
Behandling af anafylaktisk chok	20
Anlæggelse af nasalsonde	24
Måling af blodsukker på diabetespatienter	28
Måling af hjemmeblodtryk	31
Medicinering – Dokumentation af lægemiddelordination.....	34
Ernæring og medicinering i ernæringssonde	37
Fjernelse af suturer og agraffer	41
Forebyggelse af tryksår	44
Stillingtagen til og evt. fravalg af livsforlængende behandling.	47
Hygiejne - håndhygiejne	52
Medicinering - insulininjektion	55
Medicinering - intramuskulære injektioner	59
Intravenøs behandling med lægemidler	62
Kompressionsbehandling	66
Kompressionsbehandling med kompressionsstrømper	69
Brug af korrespondancemeddelelser mellem Kommune og egen læge	71
Håndtering af borgere med kroniske sygdomme.....	74
Medicinering – Administration af lægemidler	78
Medicinering - Lægemiddeldispensering	80
Medicinering – Medicinsk creme	84
Medicinering - Medicinplaster	86
Medicinering - Miniklyx	88
Nedtrapning af paracetamol	91
Palliativ indsats	96
Prøvetagning i akutfunktion	101
Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. medicin	105
Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. AK-behandling.....	109

Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. akutpladser på Toftebo	112
Skift af PEG-sonde	116
Skylning af blærekateter.....	119
Medicinering – Suppositorier og vagitorier.....	122
Medicinering - subkutane injektioner	124
Anlæggelse og brug af subkutan kanyle.....	127
Skift af topkateter.....	130
Anlæggelse af urinkateter herunder SIK/RIK.....	133
Medicinering – Administration af øjendråber.....	137
Medicinering – Administration af øredråber	139
Øreskylning.....	141

Forord

Nærværende instruks-samling er gældende for alle leverandører af ydelser efter sundhedsloven i Gribskov kommune.

Instrukssamlingen er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af centerleder Lotte Gille, PlejeGribskov, kvalitetschef Annette Poulsen, Attendo, kvalitetschef Karin Kappel, Aleris, virksomhedschef Rikke Hvitved, Attendo, virksomhedschef Rikke Steensgård, Attendo og faglig koordinator Mette Petersen, kvalitetskoordinator og risikomanager Gitte Widmer og kvalitets- og udviklingschef Lone Teglbjærg fra Center for Social og Sundhed, samt undertegnede. Arbejdet er påbegyndt i september 2014 og afsluttet marts 2015.

Alle godkendte leverandører i Gribskov Kommune har bidraget til udarbejdelsen af instrukserne på møde i Gribskov Sundhedsnetværk d. 30. november 2014 vedr. Delegation og Sygeplejefaglige instrukser.

Instrukssamlingen indledes med generelle forhold omkring delegation, herefter følger en generel instruks, som er referenceramme for alle øvrige instrukser, hvor mere generelle og alment gældende forhold er beskrevet, hvorefter de enkelte specifikke instrukser følger.

De revideres hver 2. år, 1. gang i 2017. Ansvarlig herfor er praksiskonsulenten.

Ønsker om ændringer eller tilretning skal til enhver tid rettes til praksiskonsulenten mhp. godkendelse og implementering hos øvrige leverandører.

Praksiskonsulent

Hanne Skjerna

03.10.2016

Alle instrukser er gennemset og revideret, herunder med de ændringer som implementering af FMK i kommunen har medført

Hanne Skjerna

19.03.2017

Der er på ny foretaget relevant revision i samarbejde med kommunen og alle leverandører

Hanne Skjerna

11.09.2018

Fornyset revision i samarbejde med kommunen og alle leverandører

Hanne Skjerna

Om delegation

Begrebet delegation tages udelukkende i anvendelse når der er tale om ydelser iht. Sundhedsloven. Instrukserne i nærværende instruks-samling omhandler således udelukkende sygeplejefaglige indsatser. I praksis vil medarbejdere, der er i kontakt med borgere i forbindelse med ydelser, der gives efter serviceloven, dog ofte opleve, at der er et betragteligt overlap, idet observationer i forbindelse med ~~den~~ praktisk hjælp og personlig pleje er væsentlig information og beslutningsgrundlag for at vurdere evt. andre behov og forebygge/opdage forværringer i borgers tilstand.

Ledelsen hos en leverandør kan naturligvis internt vælge at beslutte, at en given opgave ikke må videredelegeres iht. nedenstående retningslinjer og instrukser.

I forbindelse med delegation er der følgende væsentlige begreber:

Autoriserede sundhedspersoner: Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er med baggrund i deres uddannelse og de dermed opnåede kompetencer autoriserede sundhedspersoner. De er iht. autorisationsloven forpligtede til at udføre deres gerning med "omhu og samvittighedsfuldhed" uanset om ydelsen leveres efter Sundhedsloven eller Serviceloven. De er ligeledes forpligtede til at føre patientjournal over deres virksomhed.

Ikke-autoriserede sundhedspersoner: Social og sundhedshjælper, hjemmehjælper, vikarer m.fl. er som ikke-autoriserede medarbejdere forpligtet iht. punktet medarbejderansvar.

Forbeholdt virksomhed: Virksomhed, som kun må udføres af visse grupper af sundhedspersoner – her læger. Lægen må dog gerne uddelegere nogle af opgaverne (men ikke alle typer) til medhjælp, også medhjælp som ikke er ansat af den pågældende. Når det er kommunen, der overtager opgaven, er det ledelsen i kommunen, der er ansvarlig for at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med udvælgelsen af det pågældende personale og instruktion af dem. Herunder hvilket personale der må udføre en given opgave og inden for hvilke rammer.

Det betyder at Gribskov Kommune har det overordnede ansvar, men at det er ledelsen hos den enkelte leverandør, der skal sikre at personalet har den rette faglighed og kompetence til at løse de specifikke opgaver.

Rammedelegation: Delegation inden for en forud fastsat ramme, hvor den pågældende har lov til selv at vurdere behovet for behandling og gennemførelsen af denne. I kommunal regi er det kun i undersøgelsesøjemed f.eks. måling af blodsukker på diabetespatient. For al behandling skal der foreligge en konkret ordination, f.eks. sårpleje eller kompressionsbehandling. Udførelsen af den ordinerede behandling kan dog godt foregå efter en rammedelegation og der er vidtgående sådan begrebet skal forstås i denne sammenhæng.

Konkret specifik delegation: En borgerspecifik ordination fra læge. F.eks. fjernelse af dræn, pasning af særlige katetre m.m. Der vil i praksis være tale om mere specielle opgaver, som ikke er hyppigt forekommende. Disse opgaver kan som udgangspunkt ikke videredelegeres til ikke-autoriseret personale, da der kræves særlige kompetencer og viden, evt. særskilt borgerspecifik oplæring. Det er lægens ansvar at udstikke retningslinjer herfor.

Videredelegation: Har ledelsen besluttet at en given opgave kan udføres af hele personalet hører opgaven under begrebet rammedelegation, og det er ledelsens ansvar, at det pågældende personale er instrueret i udførelsen.

Hvis en medarbejder videredelegerer en opgave til en anden medarbejder f.eks. fra sygeplejerske til social- og sundhedshjælper er det den pågældende sygeplejerske, der er ansvarlig for at udvælge, instruere og føre tilsyn med den pågældende ikke-autoriserede sundhedsperson.

Hvis det er defineret i instruksen at en opgave kun kan videredelegeres under bestemte forudsætninger, er det op til den pågældende sygeplejerske at vurdere, om disse forudsætninger er til stede iht. pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. I praksis skelnes der oftest mellem stabile og ustabile forløb. Se nedenfor.

Borgerspecifik delegation: En ikke-autoriseret medarbejder kan godt være oplært til at udføre forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, men der vil altid skulle foreligge en borgerspecifik delegation i hvert enkelt tilfælde, således at den pågældende er konkret instrueret i evt. særlige forhold omkring den pågældende borger, der skal iagttages ved udførelsen af opgaven. Forhold man må forvente at en autoriseret sundhedsperson med baggrund i sin uddannelse og de deraf opnåede kompetencer er i stand til at vurdere selvstændigt.

I praksis skal der i personalemappen skriftlig foreligge dels hvilke opgaver, den pågældende er instrueret i med angivelse af dato for instruktion/oplæring, tilsyn og efteruddannelse. Dels skal der foreligge skriftlig dokumentation for hvilke borgere, den pågældende har fået videredelegeret den specifikke opgave. Der skal ikke foreligge dokumentation i borgerens journal. Der bør løbende udføres kontrol af om den fornødne dokumentation foreligger. Det vil være hensigtsmæssigt, at man med rimeligt interval gennemgår en medarbejders kompetencer og behov for efteruddannelse og at der er taget stilling til hvor hyppigt dette er relevant.

Medhjælp: En person, der har fået delegeret en opgave.

En læge kan godt vælge at delegere en opgave til en lægperson – f.eks. pårørende, her er lægen ansvarlig for instruks og tilsyn, men ved delegation til kommune ophører lægens ansvar for opgavens udførelse. Hvis der alene er tale om praktisk hjælp til at åbne medicinbeholder eller give medicin til bevægelseshæmmet person, der selv administrerer sin medicin i øvrigt, er der ikke tale om en medhjælp.

Medarbejderansvar: Medarbejderen er ansvarlig for at frasige sig en opgave vedkommende ikke mener sig fagligt i stand til at varetage. Medarbejderen er ansvarlig for at følge de gældende instrukser og retningslinjer, herunder pligt til journalføring. Tilsidesættes en instruks påtager medarbejderen sig ansvaret herfor.

Det påhviler medhjælpen at oplyse, hvis de betingelser der var til grund for videredelegationen af opgaven ændrer sig i negativ retning i forhold til udgangspunktet.

Stabile og ustabile forløb: I praksis er det vanskeligt at opstille fuldstændigt dækkende definitioner af, hvornår et forløb er stabilt, og hvornår det er ustabil. I et vist omfang kan der være glidende overgange, ligesom der kan forekomme komplicerende faktorer, der kan medføre, at et ellers stabilt forløb må revurderes som værende ustabil.

Det vil altid påhvile den autoriserede medarbejder, der vælger at videredelegere en opgave, konkret at vurdere om betingelserne for dette er til stede. Det påhviler ligeledes den medarbejder, der har fået en opgave delegeret at rådføre sig ved tvivl om, hvorvidt de pågældende betingelser fortsat er til stede, hvis borgerens tilstand udvikle sig negativt og videregive relevante informationer om ændringer i borgers tilstand.

Som udgangspunkt er et forløb stabilt, hvis den pågældende behandling er foregået i mere end 14 dage uden ændringer i f.eks. udførelse, ændringer i doseringer m.m. Evt. kan afvigelser herfra fremgå af den specifikke instruks.

Præoperative forløb, som skal sikre at operation kan foretages på forsvarlig vis vil altid være at betragte som ustabile forløb. Ligeledes vil postoperative forløb, hvor observation for evt. komplikationer er en væsentlig opgave ligeledes være at betragte som ustabile forløb.

Referencer:

KL's notat om delegation af 11.5.14

Sundhedsstyrelsen: Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) Vej nr 115 af 11.12.09 med de deraf følgende henvisninger.

Instruks om borgers behov for behandling

Målgruppe	Gælder for sundhedsfagligt personale på social- og sundhedsområdet i Gribskov Kommune. Denne instruks er målrettet autoriserede sundhedspersoner, samt personale som ikke er autoriseret i henhold til sundhedslovgivningen, men som foretager pleje og behandling af den enkelte borger
Formål med instruksen	At beskrive, hvordan det sundhedsfaglige personale i Gribskov Kommune skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos borgere.
Begrebsafklaring	<p>Herunder præsenteres en definition af udvalgte begreber, som anvendes i denne instruks:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pleje og behandling Sygeplejefaglig pleje og behandling af borgere forstået som blandt andet undersøgelse, udført og planlagt pleje, lindring, information, forebyggelsestiltag og rehabilitering. Observation af borgerens tilstand og effekten af sygepleje og behandling indgår ligeledes. Sygeplejefaglig behandling og pleje indeholder også udførsel af delegerede lægeordnede forbeholdte opgaver.• Journal For hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, plejecentrene og Center for Midlertidigt ophold er journalen dokumentationssystemet KMD Nexus.• Palliativ indsats Den palliative indsats defineres af Verdenssundhedsorganisationen WHO som en indsats, der har til "formål at fremme livskvaliteten hos borgere og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art".• Sygeplejefagligt personale Sygeplejerske eller Social- og Sundhedsassistent.

Ansvarsfordeling

Behandlingsansvarlig læge

Det er som udgangspunkt den praktiserende læge, der har det koordinerende ansvar for borgerens behandlingsforløb.

Lægeansvaret kan være delt mellem

- Praktiserende læge
- Speciallæge
- Hospitalslæge
- 1813

Det sygeplejefaglige personale dokumenterer, hvem der har det lægefaglige ansvar for behandlingen på de konkrete sygeplejefaglige problemstillinger hos borgeren.

Det sygeplejefaglige personale

Det sygeplejefaglige personale skal have overblik over borgerens behandlingsforløb og sørge for, at henvendelser vedrørende borgerens behandling rettes til den aktuelle behandlingsansvarlige læge.

Behandlingsansvarlige læge(r) opføres under "Sundhedsfaglige kontakter" i KMD Nexus. Plan for behandling beskrives under de relevante "Helbredstilstande".

Akut sygdom

Akut livstruende situation

- Ring 112
- Personalet kontakter efterfølgende den sygeplejefaglige ansvarshavende.

Akut ikke livstruende situation

- Plejepersonalet kontakter den sygeplejefaglige ansvarshavende.

Smitsomme sygdomme

Alle borgere er potentielle smittebærere.

Der ses endvidere flere og flere sygdomme, hvor borgeren bliver rask smittebærer med f.eks. ESBL eller MRSA. Kun når det drejer sig om MRSA, kan bærertilstanden behandles. I de øvrige tilfælde vil borgeren være bærer af den smitsomme mikroorganisme i længere eller kortere tid.

For at der kan være tale om smittespredning, skal borgerne have en relation til hinanden, f.eks. bo på samme plejehjem eller bofællesskab og have samme plejepersonale m.v.

Herunder er beskrevet de hyppigst forekommende sygdomme, hvor der ofte sker smittespredning:

- MRSA (methicillinresistente stafylokokker)
- Clostridium difficile med binært toksin
- ESBL (extended spectrum beta lactamase)
- Norovirus (Roskildesyge)
- Fnat.

OBS Forholdsreglerne for de enkelte sygdomme er grundigt beskrevet i de tilhørende Nationale infektionshygiejniske retningslinjer.

Ved mistanke om øvrige smitsomme sygdomme kontaktes borgerens egen læge eller Styrelsen for Patientsikkerhed. Ved tvivlsspørgsmål omkring hygiejne kontaktes kommunens hygiejnesygeplejerske.

Smitsomme sygdomme dokumenteres i KMD Nexus, dels under den relevante "Helbredstilstand", dels i skemaet "Risiko for smittefare".

Se de Nationale infektionshygiejniske retningslinjer her <https://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/NIR/NIR%20Generelle.aspx>

Kontrol af kroniske sygdomme

Hos borgere med stabile kroniske sygdomme;

- Der indgås aftale med praktiserende læge vedrørende kontrol, hyppighed, observation med videre (gælder eksempelvis for regelmæssig kontrol af blodsukker, blodtryk og kontrol af AK-behandling).
- Det beskrives i KMD Nexus, hvornår der skal tilbagemeldes, ved hvilke værdier, og hvem der forholder sig til resultatet.
- Resultat af kontroller foretaget af det sygeplejefaglige personale dokumenteres i KMD Nexus, og lægen informeres.
- Resultat af lægens kontrol dokumenteres i KMD Nexus.
- Aftaler med den praktiserende læge dokumenteres i KMD Nexus under den relevante "Helbredstilstand".

Der henvises i øvrigt til instruksen " Håndtering af borgere med kroniske sygdomme" i nærværende instrukssamling.

**Pleje og
behandling af
terminale
borgere**

Det er en læge, der vurderer om en borger er terminal.
Se instrukserne " Fravalg af livsforlængende behandling" og
"Palliativ indsats" i nærværende instruksmappe.

Sygeplejersken vurderer, om der i samarbejde med læge og den
sygeplejefaglige nøgleperson i palliation skal lægges en plan for
smertebehandling, medicinsk behandling og ernæring.

I pleje og behandling af terminale borgere er det væsentligt, at
personalet:

- Støtter borgeren i at leve et aktivt liv den sidste tid.
- Medvirker til at borgeren får lindrende smertebehandling i samarbejde med sygeplejerske, eventuelt den sygeplejefaglige nøgleperson i palliation.
- Overvejer efter aftale med borgeren/pårørende at bruge vågetjenesten.
- Respekterer og tager udgangspunkt i borgerens ønsker og behov i den sidste tid, eksempelvis ønsker om tøj, salmer med videre - ønskerne dokumenteres i journalen.
- Støtter borgerens pårørende i den sidste tid og efter borgers død.
- Hverken fremskynder eller udsætter døden.

Se i øvrigt Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for den palliative indsats".

<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.aspx>

Terminale forløb er meget individuelle. Udgangspunktet er altid borgerens og de pårørendes ønsker og behov. Personalet vil i borgerens terminale forløb have flere samarbejdspartnere (eksempelvis Hjemmeplejen, Hjemmesygeplejen, praktiserende læge og Det Palliative Team).

Ved forventede dødsfald gives besked til praktiserende læge i dagtid, som skal lave en dødsattest.

Om aftenen og natten tages kontakt til 1813.

Afdøde må ikke afhentes af bedemanden, før lægen har skrevet dødsattest.

**Aftaler om
kontrol af
behandlingens**

- Ordination fra lægen dokumenteres af det sygeplejefaglige personale i KMD Nexus.
- Behandlingens virkning og bivirkning dokumenteres og

virkning og bivirkning	<p>evalueres i KMD Nexus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det sygeplejefaglige personale informerer lægen om observerede virkninger og bivirkninger af behandlingen ved behov.
Krav til dokumentation og delegerede opgaver	<p>Delegation: Generelle retningslinjer for delegation er beskrevet i afsnittene "Delegation" og "Generel instruks" i den foreliggende instruks-samling.</p> <p>Specifikke retningslinjer er beskrevet under de enkelte instrukser i denne instruks-samling.</p> <p>Dokumentation: Krav til dokumentation er ligeledes beskrevet under de enkelte instrukser i dette dokument.</p> <p>Kravene præciseres yderligere i kommunes dokumentationsstandard som er under udarbejdelse i regi af Fællessprog III.</p> <p>Se endvidere Gribskov Kommunes Servicebeskrivelser:</p> <p>Servicebeskrivelse for borgere i eget hjem: http://www.gribskov.dk/media/3136/servicebeskrivelse-borgere-i-eget-hjem.pdf</p> <p>Servicebeskrivelse for Center for Midlertidigt ophold: http://www.gribskov.dk/media/3137/servicebeskrivelse-borgere-paa-midlertidigtigt-ophold.pdf</p> <p>Servicebeskrivelse for borgere på plejecenter: http://www.gribskov.dk/media/3138/servicebeskrivelse-borgere-paa-plejecentre.pdf</p>
Udarbejdet	<p>Udarbejdet i Center for Social og Sundhed marts 2018. Lone Teglbjærg og Gitte Widmer.</p>

Generel instruks

Standard	Beskriver den pågældende procedure
Standardens formål	<p>Beskriver instruksens formål og generelt gælder at instrukserne har til formål:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sikre at borgeren modtager sin behandling korrekt med færrest mulige komplikationer og ubehag/smerte til følge.• Sikre at opgaven udføres i overensstemmelse med gældende vejledninger• At de foretagne handlinger dokumenteres og utilsigtede hændelser indberettes.• At borgerens tilstand observeres og løbende vurderes i forhold til behov for yderligere/ændret behandling.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Retningslinjerne indeholder følgende elementer:</p> <p><i>Udfører af instruks</i></p> <p>Heraf fremgår hvem der må påtage sig den pågældende opgave og ud fra hvilke retningslinjer denne må videredelegeres. Ofte skelnes mellem stabile og ustabile forløb, således at ustabile forløb kun kan varetages af autoriseret sundhedspersonale i form af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.</p> <p>Generelt er et forløb ustabil, hvis der er foretaget ændringer i borgers behandling inden for de sidste 14 dage. Ændringer kan f.eks. være i insulindosering, medicin, 14 dage efter anlæggelse af sonde, postoperative forløb, nye behandlingsforløb for den pågældende, borger der ikke tidligere er kendt i hjemmeplejen m.m.</p> <p>Det påhviler den sundhedsfagligt autoriserede person konkret og specifikt at vurdere, om borgeren kan opfattes som stabil efter 14 dage eller om der er forhold, som nødvendiggør forlængelsen af denne periode.</p> <p>Det påhviler desuden den pågældende at sikre sig, at den medhjælp, der videredelegeres til, er kvalificeret og oplært til at påtage sig opgaven, herunder sikre sig, at der foreligger den nødvendige konkrete videredelegation for den pågældende borger hos det aktuelle personale med henblik på, at der kan føres korrekt tilsyn. Det registreres,</p>

hvem der har foretaget den konkrete delegation i hver enkelt tilfælde.

Kompetencekrav for udfører af instruks

Generelt gælder for alle ansatte at de:

- Behersker Sundhedsstyrelsens instruks om sygeplejefaglige optegnelser samt retningslinjer i forhold til patientsikkerhedsordningen.
- Behersker de hygiejniske retningslinjer i nærværende instrukssamling.
- I personalesagen dokumenteres, at sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er introduceret til de gældende instrukser og tilstrækkeligt oplært i de pågældende procedurer. For social- og sundhedshjælpere, hjemmehjælpere og andet hjælpepersonale skal der desuden foreligge borgerspecifik konkret delegation af de opgaver, de er oplært til at varetage, herunder dokumentation for oplæring og foretagne tilsyn.
- Pædagogisk personale, der håndterer medicin skal have gennemført særskilt medicin håndteringskursus.

Fremgangsmåde

Beskriver hvordan den pågældende opgave udføres.

Observation

Heraf fremgår særlige behov for observationer i relation til den pågældende instruks. Generelt gælder følgende:

- Hjemmehjælperen og social- og sundhedshjælperen har ansvar for at videregive observationer om ændringer i borgerens normale tilstand til sygeplejersken eller Social- og sundhedsassistent.
- Social- og sundhedsassistenten og sygeplejersken har ansvar for at videregive observationer om ændringer i borgerens normale tilstand til egen læge/speciallæge/sygehus/1813

Dokumentation

Udfører skal dokumentere alle handlinger i EOJ (Elektronisk OmsorgsJournal)

- Dato, tidspunkt og udfører.
- Observationer og relevante handlinger.
- Alle afvigelser fra de visiterede ydelser med begrundelse.

Al dokumentation skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens instruks om sygeplejefaglige optegnelser samt patientsikkerhedsordningen, hvor uforudsete hændelser indrapporteres på <http://dpsd.dk/>

Der printes en kopi inden afsendelse som videregives til nærmeste leder, afhængig af lokale procedurer.

Forebyggelse og vejledning

Generelt gælder:

- At kunne vejlede og motivere borgeren til optimal udbytte af behandlingen.
- At kunne observere borgerens tilstand og evt. behov for yderligere behandling, samt handle herpå.
- At kunne observere om behandlingen kan afsluttes.
- At kunne observere evt. bivirkninger/komplikationer og medvirke til forebyggelse af disse.

Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter	Medarbejdere og ledere hos alle leverandører til Gribskov kommune kender og anvender retningslinjerne. Alle instrukser skal revideres og godkendes minimum hver 2. år.
Trin 3: Kvalitetsovervågning	Der gennemføres årligt audit på baggrund af dokumentation for rapporterede utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemiddeladministration vedrørende spørgsmålene: "Hvordan er der handlet på de utilsigtede hændelser?" og "Hvordan forebygges gentagelser?".
Trin 4: Kvalitetsforbedring	På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag til kvalitetsforbedring.
Udarbejdet	Praksiskonsulent Hanne Skjernaa 24.10.14. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa
Reference og baggrund	Dette fremgår af de enkelte instrukser, men for alle gælder desuden følgende: Lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17/12/2008 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed med senere ændringer. Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af

forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) (vejl. nr. 115 af 11/12/2009)

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (vejl. nr. 9429 30/6/2006)

Vejledning nr. 9019 15/01/13 om sygeplejefaglige optegnelser

Bekendtgørelse nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsnet m.v.

Vejledning nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsnet m.v.

Vejledning nr. 10334 af 20/12/2007 om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder.

Sundhedsstyrelsens vejledning om udfærdigelse af instrukser (vejl. nr. 9001 af d. 20/11 2000)

Sundhedsministeriets vejledning om hjemmesygepleje. (vejl. nr. 102 af d. 11/12 2006)

<http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer/Haandhygiejne.aspx>

Udarbejdet

Praksiskonsulent Hanne Skjerna 24.10.14. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna

Reference og baggrund

Dette fremgår af de enkelte instrukser, men for alle gælder desuden følgende:

Lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17/12/2008 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed med senere ændringer.

Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse

af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) (vejl. nr. 115 af 11/12/2009)

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (vejl. nr. 9429 30/6/2006)

Vejledning nr. 9019 15/01/13 om sygeplejefaglige optegnelser

Bekendtgørelse nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsnet m.v.

Vejledning nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsnet m.v.

Vejledning nr. 10334 af 20/12/2007 om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder.

Sundhedsstyrelsens vejledning om udfærdigelse af instrukser (vejl. nr. 9001 af d. 20/11 2000)

Sundhedsministeriets vejledning om hjemmesygepleje. (vejl. nr. 102 af d. 11/12 2006)

<http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer/Haandhygiejne.aspx>

Behandling af anafylaktisk chok

Standard	Den procedure, der omhandler behandling af anafylaktisk chok.
Standardens formål	Sikre at personale der administrerer medicin er vidende om risiko for anafylaktiske reaktioner hos borgeren og bekendte med symptomerne herpå og behandlingen heraf. Sikre at behandling påbegyndes umiddelbart og korrekt.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social- og sundhedsassistenter <p>Anafylaktiske reaktioner kan, om end sjældent, opstå også efter indtag af fødeemner, således bør alle personalegrupper være bekendt med symptomerne herpå og kunne reagere adækvat.</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører er bekendt med nedenstående instruks. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p>Definition på allergisk shock:</p> <p>Anafylaktisk chok betyder en akut opstået allergisk reaktion over for et stof. Anafylaktisk chok er en livstruende tilstand, som kræver akut behandling.</p> <p>Alvorlig allergisk reaktion:</p>

En prikkende og sovende fornemmelse i læber samt arme og ben. Kløe og varmfornemmelse. Det kan kombineres med ødemer og udslæt.

Anafylaktisk chok:

Viser sig ved f.eks. blodtryksfald, hjertebanken, bleghed, opkastninger, vejrtrækningsbesvær, der kan minde om at svært astmaanfald, akut diare, blåfarvning, uro, angst, konfusion, bevidstløshed. Kan udvikle sig til udsættende respiration og puls.

Ved enhver injektion af medicin (dog ikke insulin) skal adrenalin og sprøjter til injektion af denne/Epipen eller Jext medbringes.

Behandling:

Sværere reaktioner med almen påvirkning:

- Der kaldes hjælp og hjælpen ringer 112.
- Sikre frie luftveje.
- Lejring liggende med benene opad om muligt.

Injektion af adrenalin 1 mg/ml dybt i.m. samme sted som foregående injektion:

Under 5 år 0,2 mg adrenalin = 0,2 ml

Mellem 5 – 14 år 0.3 mg adrenalin = 0,3 ml

Over 14 år 0,6 mg adrenalin = 0,6 ml

- Inden indgift af adrenalin kontrolleres om kanylen ligger i en blodåre.

Alternativt kan Epipen/Jext indeholdende 0,3 mg anvendes uanset at dosis afviger fra ovenstående.

- Kontrol af vejrtrækning, puls og blodtryk.
- Behandling med adrenalin må gentages efter 5 - 10 min., hvis der ikke er tilstrækkelig effekt.
- Om muligt gives antihistamin p.o.

Lette tilfælde kontaktes lægen, hvis antihistamin gives dette.

Observation

- Borgere med sværere symptomer i form af vejrtrækningsbesvær og kardiovaskulære symptomer skal være under observation under indlæggelse i 24 timer

Dokumentation

Udfører skal dokumentere i EOP

- Dato, tidspunkt og udfører.
- Givne behandling.
- Opdatering af Cave dokumenteres
- E.l. kontaktes mhp. information m.m.

Forebyggelse og vejledning

Vedvarende fokus på at cave er korrekt udfyldt hos alle borgere

Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter	Medarbejdere og ledere kender og anvender retningslinjerne
Trin 3: Kvalitetsovervågning	Alle hændelser vil blive gennemgået mhp. læringspotentialer.
Trin 4: Kvalitetsforbedring	Der vil efter en anafylaktisk reaktion hos en borger være samtale med de involverede medarbejdere vedr. hændelsen.
Udarbejdet	Version redigeret og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 16.02.2015. Revideret 19.03.2017, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.
Reference og baggrund	Sundhedsstyrelsens Vejledning nr. 9029 af 08/08/2003 om behandling af akut allergisk chok med injektion af

adrenalin.

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/akut-og-foerstedjaelp/tilstande-og-sygdomme/hjerte-kar/anafylaksi/>

Anlæggelse af nasalsonde

Standard	Den procedure der foretages fra anlæggelse af sonde gennem næsen og svælget til ventriklen herunder sikring af korrekt placering i ventriklen.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at borgere, der ikke selv kan indtage væske og/eller ernæring og/eller medicin, kan afhjælpes til dette via sonde.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Anlæggelse af nasalsonde kan ikke videredelegeres.</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører er introduceret til, oplært i og kan varetage instruks om anlæggelse af nasalsonde/ernæringssonde i ventrikel.• Udfører har deltaget i undervisning i svælgets og ventriklens anatomi samt hvilke komplikationer, der kan opstå.• Udfører har gennemgået undervisning vedr. kontrol af korrekt anlagt sonde samt symptomer på forkert anlagt sonde.• Udfører har gennemgået træning i udførelsen af anlæggelse af nasalsonde/ernæringssonde og kan håndtere denne teknik sikkert. <p><i>Fremgangsmåde</i></p>

Der **skal** foreligge lægelig ordination på nasalsonde.

Før/forberedelse

- Sikre korrekt borger ved at checke navn samt CPR nummer.
- Sikre at borgeren (hvis muligt) er orienteret om formål og behandling og har givet sit mundtlige samtykke.
- Sondetype Flocare Ch 10-12
- Kapsel
- Sprøjte, 60 ml. til aspiration
- Plaster til fiksering af ernæringssonde
- Tusch (vandfast) til markering på ernæringssonde
- Stetoskop til kontrol af sondens beliggenhed
- Borger lejres så vidt muligt siddende med hagen mod brystet.

Under

- Borger udmåles fra nederste spids af brystbenet til øreflip, til næsetip plus 7-10 cm. Punktet mærkes med vandfast tusch på sonden.
- Sonden opvarmes i lunken vand, så den bliver glattere. Evt. anvendes bedøvende gel
- Sonden føres ind gennem næseboret til svælget.
- Når sonden rammer svælget, foretager borgeren automatisk en synkebevægelse. Giv evt. patienten lidt vand at drikke, så glider sonden lettere ned i ventriklen.
- Sonden skubbes stille ned til markeringen.
- Borgeren opfordres til at synke, evt. ved at drikke

lidt vand. Hvis sonden anlægges p.g.a fejlsynkning, skal man undlade at bruge vand.

- Fjern wire.
- Sondens placering markeres på sonden med pen og fastgøres med plaster.

Efter

- Efter anlæggelse og inden enhver anvendelse af ernæringssonden skal beliggenheden kontrolleres i form af aspiration af ventrikellindhold og/eller stetoskopi.
- Man skal være opmærksom på, at sonden kan deplaceres f.eks. efter opkastning eller kraftig hoste.

Observation

- Virker borgeren generet af sin sonde. F.eks. hoste.
- Har borgeren pæne farver (lungeødem)
- Er der smerter eller andet ubehag?
- Sidder sonden ved markeringen.

Ingen kontrolprocedure er så sikker, at fejlindgift til luftvejene via ernæringssonde vil kunne udelukkes. Derfor er observation af borger med ernæringssonde af stor vigtighed.

Særlig opmærksomhed skal der være ved bevidstløse borgere og ved borgere med svækkede hostereflekser

Sygeplejerske/social og sundhedsassistenten skal kontakte læge/sygehus/1813 ved ændringer i borgers tilstand.

I tvivlstilfælde skal en læge tilse patienten og tage stilling til en evt. røntgenkontrol inden brug af sonde

Dokumentation

Udfører skal dokumentere i EOP

- Årsag til anlæggelse og borgers accept heraf
- Evt. problemer ved anlæggelsen.
- Hvornår sonden skal skiftes/seponeres (seponering kræver lægelig ordination)
- Tallet på sonden

Forebyggelse og vejledning

- At kunne vejlede og motivere borgeren til optimal udbytte af behandlingen herunder forholdsregler ved tegn på fejlplacering og hjælp til fiksation.
- At kunne observere evt. bivirkninger/ komplikationer herunder fejlplacering og risiko for væske i lungerne og medvirke til forebyggelse af disse.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 16.01.2015. Sidst revideret 19.03.2017, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

Måling af blodsukker på diabetespatienter

Standard	Den procedure hvorved man måler blodsukker hos en patient med erkendt diabetes
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre hurtig og korrekt måling og observation af borgere med diabetes med henblik på justering af igangværende behandling.• At kunne vejlede om forebyggelse og regulation.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Alle <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har modtaget undervisning om Diabetes.• Udfører har grundlæggende kendskab til normalværdierne i BS måling og har kendskab til den specifikke borgers diabeteshandleplan.• Udfører har gennemgået træning i BS måling og kan håndtere denne teknik sikkert. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p><u>Før/ forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Check borger ved hjælp af navn og fødselsdato (evt. cpr).• Informer patienten om proceduren.• Gør fingerprikkeren / "nålen" klar.• Apparatet anvendes iht. til brugsanvisningen <p><u>Under</u></p> <p><i>Ved prøvetagning i øreflip</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Masser øreflippen grundigt til den er varm og blodfyldt.• Foretag indstik midt i kanten af øreflippen med "nålen"• Blodet må ikke klemmes eller presses ud, men malkende bevægelser tillades indtil bloddråbe fremkommer.

Ved prøvetagning i finger

- Borgeren skal have rene hænder.
- Hold fingeren nedad i ½-1 min. før der stikkes.
- Kontroller at fingeren er varm – ellers kan blodtilførslen stimuleres ved lette tryk.
- Pres let fra det yderste led på fingeren op mod blommen og foretag indstik i siden af blommen med "nålen".
- Pres let op mod blommen til bloddråbe fremkommer, den første dråbe aftørres.

Målingen

- Udføres iht. brugsanvisningen på apparatet.
- Noter værdien.
- Orienter borgeren om resultatet.

Efter

- Blodsukkerapparatet slukkes.
- Den brugte teststrimmel kasseres.
- Den brugte "nål" kasseres efter type

Observation og handling

- Det er aftalt mellem Gribskov og praksiskonsulenten i Gribskov kommune, at **medarbejder skal reagere akut på BS under 4 og BS over 15**, medmindre andet står angivet i borgers handleplan omkring diabetes.
- Ved **BS under 4** gives både hurtigt resorberbare kulhydrater i form af juice, yoghurt, druesukker eller tilsvarende og efterfølgende langsomt resorberbare kulhydrater i form af brød eller tilsvarende. **Hvis borger er akut dårlig ringes 112. Hav borgers CPRnr., navn og medicindosering klar.**
- Ved **BS over 15** gives insulin efter ordination i borgerens medicinkort. Hvis der ikke foreligger ordination kontakter social- og sundhedshjælper eller pædagogisk personale sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Denne kan kontakte behandlingsansvarlig læge mhp. ordination.

Hvad gør jeg hvis BS i øvrigt afviger fra accepterede normalværdier iht. handleplan?

- Social og sundhedshjælper/hjemmehjælper kontakter sygeplejerske/social og sundhedsassistent ved tvivl.
- Sygeplejerske/social og sundhedsassistent kontakter behandlingsansvarlig læge

Dokumentation

Udfører skal dokumentere i EOP

- BS værdi og relevante handlinger herunder kontakt med læge/sygehus/1813.
- Hvornår skal der tages fornyet blodsukker

Forebyggelse og vejledning

- At vejlede og motivere borger til god diabetesregulation.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 16.01.15. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.

Måling af hjemmeblodtryk

Standard	Den procedure hvorved man måler blodtryk i eget hjem hos en borger
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre korrekt måling af hjemmeblodtryk hos borgere med henblik på diagnostik af hypertension og justering af igangværende behandling af hypertension.• At kunne vejlede om forebyggelse og regulation.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social- og sundhedsassistenter <p>Kan ikke videredelegeres hvis det er led i diagnostik eller borger har rytmeforstyrrelse. Kan videredelegeres, hvis det er led i handleplan hos stabil borger uden rytmeforstyrrelse. Den sundhedsfaglige person der videredelegerer opgaven skal således orientere sig om der foreligger kendt rytmeforstyrrelse</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har modtaget undervisning om hypertension og blodtryk• Udfører har grundlæggende kendskab til normalværdierne for blodtryk.• Udfører har gennemgået træning i BTmåling og kan håndtere denne teknik sikkert.• Udfører kan erkende om der foreligger normal rytme eller rytmeforstyrrelse <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p>Hjemmeblodtryk måles over 3 dage med måling af blodtryk morgen og aften hver dag. Måling foretages enten efter ordination af læge herunder som del af handleplan. Man skal være opmærksom på, at elektroniske apparater ikke kan måle BT på borgere med rytmeforstyrrelse.</p> <p><u>Før/ forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Check borger ved hjælp af navn og cpr.

- Informer borger om proceduren.
- Borger må ikke have spist eller røget indenfor den sidste halve time.
- Borger skal have ladt vandet inden måling.
- Borger må ikke sidde med krydsede ben.
- Borger skal sidde i ro 5 min. før første måling.
- Armen skal være blottet og tøj må ikke stramme omkring armen.
- Borger må ikke snakke eller bevæge sig under målingen.
- Borger skal sidde godt og afslappet med god støtte af armen.

Under

- **Der palperes puls, hvorved man sikrer, at rytmen er regelmæssig. Hvis rytmen er uregelmæssig kontaktes sygeplejerske for vurdering.**
- Der anvendes et blodtryksapparat med en manchetsørrelse, der passer til borgers arm.
- Apparatet anvendes iht. til brugsanvisningen.
- Manchet påsættes.
- BT måles 3 gange med 5 min mellemrum og resultaterne noteres.

Efter

- Manchetten rengøres og desinficeres efter brug.
- De tre målinger hhv. morgen og aften for hver dag noteres i Nexus

Observation og handling

- Hvis BT er ordineret af egen læge i forbindelse med diagnostik orienteres denne om resultatet via korrespondancemeddelelse.
- Hvis der er tale om måling af BT som led i udførelse af handleplan noteres resultatet i EOJ og handleplanens instrukser følges.
- Det er aftalt mellem Gribskov og praksiskonsulenten i Gribskov kommune, at **medarbejder skal reagere akut på BT under 90/50 og BT over 220/130** medmindre andet står angivet i borgers handleplan omkring hypertension.
- **Hvis borger er akut dårlig ringes 112. Hav**

borgers cpr-nr., navn og medicindosering klar.

Hvad gør jeg, hvis BT i øvrigt afviger fra accepterede normalværdier iht. handleplan?

- Social og sundhedshjælper/hjemmehjælper kontakter sygeplejerske/social og sundhedsassistent ved tvivl.
- Sygeplejerske/social og sundhedsassistent kontakter behandlingsansvarlig læge

Dokumentation

Udfører skal dokumentere i EOJ

- BT værdi og relevante handlinger herunder kontakt med læge/sygehus/1813.
- Sikre at handleplanen følges

Forebyggelse og vejledning

- At vejlede og motivere borger i forhold til behandling af blodtryk.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 11.09.2018.

Medicinering – Dokumentation af lægemiddelordination

Standard	Den procedure der omhandler dokumentation af lægemidler, naturpræparater og kosttilskud i borgerens journal.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at borgerens medicin er dokumenteret korrekt i journalen.• Sikre kommunikation mellem lægen, der foretager ordination, og udfører, der skal foretage dokumentationen mhp. at forebygge fejlmedicinering.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter• Særligt uddannet pædagogisk personale <p>Dokumentation af lægemiddelordination kan ikke videredelegeres</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <p>Iht. generel instruks</p> <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p><u>Borger eller pårørende har selv kontakt til egen læge</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Uanset om kontakten er foregået ved fremmøde i praksis, besøg eller telefonisk kontakt skal ordinationen fremgå af FMK, således at den er tilgængelig i EOP. Er FMK ikke entydig mht. dosering (f.eks. efter skriftlig aftale) skal der samtidig fremsendes en korrespondance med den fyldestgørende ordination <p><u>Den medicinansvarlige har kontakt med egen læge</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Den medicinansvarlige kontakter egen læge, som kan give ordinationen telefonisk. Borger identificeres ved navn og cpr. Ordinationen skal indeholde præparatets navn, formulering, styrke, antal/mængde, hyppighed, tidspunkt for indgift og behandlingsvarighed (hvis muligt). Her skal udfører gentage ordinationen overfor lægen. Udfører dokumenterer ordinationen under lægekontakt i EOP med lægens navn og dato. Hvorefter der anmodes om ordinationen på FMK og

evt. skrift via MED-COM fra lægen.

- Lægens tilsyn af borgeren i hjemmet, hvor lægen skal dokumentere ordinationen på FMK efterfølgende og evt. MED-COM i EOP. Den medicinansvarlige kan modtage ordinationen mundtligt som ovenfor anført og gentage ordinationen og derefter dokumentere ændringen i EOP med lægens navn samt dato.

Ordination fra Hospital eller speciallæge

- Hospital og speciallæger medgiver skriftlige ordinationer på journalnotat eller medicinliste. Desuden vil medicinen fremgå af FMK
- Under "lægekontakt" dokumenteres årsagen til de nye ordinationer og medicinændringer samt ordinerende læge/sygehusafdeling.

Medicinlisten

- Præparatets navn, indholdsstof, dispenseringsform (tbl. mikstur, supp., injektion mv), styrke, antal/mængde, hyppighed samt administrationstidspunkt noteres. Startdato og evt. slutdato anføres
- Som udgangspunkt indtages medicinen uden at være knust eller tilsvarende. Hvis borger ikke kan dette kontaktes sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Det noteres efterfølgende, hvordan medicinen så indtages.
- PN-ordinationer skal angives ved enkeltdosis og maksimal døgndosis.
- Under Cave noteres, hvad borgeren er overfølsom for eller "ingen kendte".
- Håndkøbsmedicin og naturpræparater, som borger ønsker at indtage, må borger, pårørende eller personale rådføre sig med egen læge, om dette er lægeligt indiceret. Kun hvis egen læge finder det indiceret og ordinerer det på FMK, kan det dispenseres. Ellers må borger eller pårørende selv tage ansvar for indtag af disse præparater.

I tilfælde af fejl i forbindelse med lægemiddelordinationen skal det rapporteres som en utilsigtede hændelse. Det gøres via <http://dpsd.demo.privatsite.dk/Rapportering/Sundhedsprofessionelle.aspx>

Observation

- Medicinlisten i EOP sammenholdes med FMK og evt. uoverensstemmelser konfereres med lægen.
- Det påhviler lægen at sikre, at der er taget hensyn til interaktioner og kontraindikationer.
- Udfører skal sikre, at der er taget stilling til, hvornår lægen reviderer medicinlisten, ofte i form af gennemført årskontrol.
- Udfører kan sammen med borger tage stilling til, om der ønskes dosisdispensering. Lægen ordinerer dosisdispenseringen.

Dokumentation

- Tidspunkt for næste revision.
- Evt. kontakt til læge og konsekvens deraf.

Forebyggelse og vejledning

Fejl i medicinkort og fejl i medicinadministration er en af de hyppigste fejl i sundhedsvæsenet og bør derfor have ekstra bevågenhed.

Trin 3: Kvalitetsovervågning	Der gennemføres årligt journalaudit vedrørende spørgsmålet: " Er der dokumentation for, at der er overensstemmelse mellem interne medicinoptegnelser/lægemedeljournaler på samme borger?"
Udarbejdet	Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 30.01.2015. revideret 03.10.2016 Hanne Skjernaa, revideret 11.03.18, 11.09.2018 Hanne Skjernaa
Reference og baggrund	Denne instruks er bl.a. udarbejdet med basis i nedenstående vejledninger: Plejhjemstilsynet 2008. Faglig rådgivning. Sundhedsstyrelsen, april 2009. Dansk patient-Sikkerheds-Database (DPSD). www.dpsd.dk Brug medicinen bedre - perspektiver ved klinisk farmaci. Lægemedelstyrelsen, marts 2006

Ernæring og medicinering i ernæringssonde

Standard	<p>Den procedure, der omhandler indgift af væske/ernæring/medicin gennem ernæringssonde.</p> <p>Anvendes kun til borgere, hvor tilstrækkelig næringsstofindtagelse ikke kan opnås med kost og/eller protein- og energitilskud.</p> <p>Sondeernæring foretrækkes frem for parenteral ernæring, da ernæring via tarmkanalen er den bedste og enkleste måde at give ernæring på.</p>
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at sondeernæring opstartes umiddelbart efter at behovet herfor er konstateret.• Sikre optimal ernæring til borger, der skal sondeernæres.• Sikre at borgeren modtager sin medicin korrekt via sonden.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <p><u>Ernæring</u></p> <ul style="list-style-type: none">• PEG-sonde i stabilt forløb kan varetages af sundhedsfagligt personale samt særlig instrueret pædagogisk personale i henhold til den generelle instruks. Et stabilt forløb foreligger først 14 dage efter 1. anlæggelse.• Ustabile forløb (PEG-sonder) og alle nasalsonder kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter <p><u>Mediceringivning</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Stabile forløb (PEG), hvor medicinen er dispenseret kan varetages af alle, i henhold til den generelle instruks.• Ustabile forløb (PEG), nasalsonder og/eller indgift af medicin der ikke kan dispenseres kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter <p>Evt. mediceringivning foretages forud for sondeernæring medmindre andet er ordineret.</p>

Kompetencekrav for udfører af instruks

- Udfører er introduceret til, oplært i og kan varetage Gribskovs instruks om sondeernæring og kan håndtere denne teknik sikkert
- Ved administration af medicin har udfører kendskab de hyppigste bivirkninger og symptomer på forgiftning ved brugte præparater.

Fremgangsmåde

Før/forberedelse for indgift af ernæring som bolus:

Bolus gives 5 – 8 gange i døgnet afhængig af borgers døgnrytme. Hvis borger også har et indtag pr. os gives sondemaden efter hovedmåltiderne

- Der gives den af lægen ordinerede mængde væske og ernæring.
- Noter dato og klokkeslæt for anbrud på posen med sondemad, da en anbrudt pose har en maksimal holdbarhed på 24 timer.
- Kontroller holdbarheden på sondemaden.
- Sondemaden kan lunes i mikroovn til det har kropstemperatur.
- For at nedsætte risikoen for aspiration hæves hovedgærdet 30-45 grader under indgift og indtil ½ timer efter måltidet.
- Før hver indgift af sondemad eller tynde væsker skal der aspireres fra ventriklen med en sprøjte til udtræk af eventuelle ventrikelsafter ses.
- Ved nasalsonde skal kontrol ske ved stetoskopi og aspiration af ventrikelsaft før hver indgift i sonden samt efter hosteanfald.
- Er der aspiratmængde på over 100 ml, skal man vente 2 timer inden næste aspiration og evt. givning af sondemad.

Før/forberedelse ved kontinuerlig indgift af ernæring:

- Der gives den af lægen ordinerede mængde væske og ernæring.

- Noter dato og klokkeslæt for anbrud på posen med sondemad, da en anbrudt pose har en maksimal holdbarhed på 24 timer.
- Kontroller holdbarheden på sondemaden i hver vagt

Under:

- Ved hver indgift i sonden skal sonden før indgiften skylles igennem med vand min. 50 ml.
- Posen med sondemad hænges højere end sonden og gerne min. 1 meter.

Efter

- Sonden skyllet igennem med 50 ml. vand.
- Sondemaden opbevares efter producentens forskrifter.
- Ernæringssettet skal skiftes dagligt og dette dokumenteres på ernæringshandleplan.
- Janetsprøjter vaskes af med sulfo og skylles efter.

Ved indgift af medicin:

- Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til medicinlisten i EOP.
- Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.
- Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinliste EOP. **Det skal fremgå at medicin er egnet til indgift i sonde.**
- Medicinen klargøres i korrekt sprøjte iht. anvisningerne på pakningen.
- Sondens tjekkes for korrekt beliggenhed og der aspireres fra sonden.
- Der skylles med væske jvf handleplan før og efter.

Observation

- Løbende bør varigheden af sondeernæring vurderes,

herunder om borger bør have anlagt PEG-sonde frem for nasalsonde, hvis borger har dette.

Dokumentation, forebyggelse og vejledning

Iht. generel instruks

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af Praksiskonsulent Hanne Skjerna 17.01.2015. Sidst revideret 19.03.2017, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

Fjernelse af suturer og agraffer

Standard	Den procedure hvorved suturer og agraffer fjernes
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at de borgere, som er opereret og derfor har suturer eller agraffer, får disse fjernet på korrekt vis efter forskrifterne fra læge eller hospital og opnår en god sårheling uden komplikationer.• At vejlede borgeren og personale i almindelig sårheling og tegn på evt. afvigelse.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Fjernelse af suturer og agraffer kan ikke videredelegeres</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har gennemført undervisning i hudens anatomi og fysiologi.• Udfører skal kende principperne for at vurdere om huden er klar til at foretage fjernelse af suturer eller agraffer.• Udfører kan beherske teknikken i korrekt sutur-fjernelse og agraf-fjernelse. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p><u>Før/forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Sikre at det er den korrekte borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)• Sikre forskrift fra hospital eller læge vedr. dag for sutur eller agraf fjernelsen.• Kontrollere om der er feber eller mistanke om dårlig sårheling? Evt. hvorfor?

- Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.
- Tage de nødvendige remedier frem. (Sutursæt (stitch-cutter og pincet) eller agrafsaks, plaster, handsker, vand eller NaCl, gazestykker, affaldspose)
- Der anvendes handsker

Under

- Åben sutursættet eller åben stitch-cutter og pincet, efter sterile principper.
- Tage handsker på
- Ved evt. løse skorper af størknet blod, vaskes såret med lunkent vand

Enkeltsuturer:

- Hold lidt op i suturen med pincetten og skær med cutteren helt nede ved huden. Træk suturen ud af huden.
- Gentag handlingen indtil alle suturer er fjernet.
- Påse at der ikke synligt er rester af suturene
- Sæt evt. plaster over såret hvis nødvendigt.

Fortløbende sutur:

- Hold suturen oppe i den ene ende med pincetten, skær suturen over tæt på huden. Gentag handlingen ved alle de overliggende suturstykker.
- Tag fat i enden af suturstykkerne længst væk fra huden og træk suturstykket ud.
- Påse at der ikke synligt er rester af suturen
- Sæt evt. plaster over såret.

Agraffer:

- Sæt agrafsaksen ind under en agraf ad gangen, åben agraffen og fjern den forsigtigt fra huden.
- Fortsæt til alle agraffer er fjernet.
- Sæt evt. plaster over såret.

Efter

- Informere borger om hudpleje i den efterfølgende tid

– hvornår må plaster fjernes?

Observation

- Ser såret pænt ud mht. tegn til infektion og heling – eller "åbner" det sig efter suturfjernelsen? Ved mindre gab sæt steristrips på.
- Er der smerter, infektion, hæmatom eller andre problemer, da kontakt læge, sygehus eller erfaren kollega.

Dokumentation

Iht. generel instruks

Forebyggelse og vejledning

- At kunne observere tegn på følgesygdomme og komplikationer og/eller medvirke til forebyggelse af disse.
- Efter større operative indgreb bør der informeres om kost, motion samt evt. smertebehandling

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt 16.01.2015 af Praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

Forebyggelse af tryksår

Standard	De procedurer der omhandler forebyggelse og identifikation af risikofaktorer i forhold til udvikling af tryksår.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at borgere med risikofaktorer for udvikling af tryksår identificeres og at der tages relevante skridt til forebyggelse af tryksår.• Sikre opmærksomhed hos personalet på udvikling af tryksår
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter• Social- og sundhedshjælpere• Hjemmehjælpere• Pædagogisk personale <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har basal viden om hud og risikofaktorer i forhold til udvikling af tryksår.• Udfører har basal viden om tryksår. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p>Identifikation af risici:</p> <p>Ved ændring af borgers tilstand på nogen af nedenstående punkter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tryk mod huden samme sted i kortere eller længere tid hos immobile borgere. Særligt ældre og borgere, der er sengeliggende, har en øget risiko for at udvikle tryksår.• Dårlig ernæringstilstand.• Nedsat kredsløb.• Våd/fugtig, ødematøs eller på anden måde skadet

hud.

Anvendes scoring efter Braden skala

Identifikation af trykspor:

- Røde mærker, hævelse, vabler, blanke områder, tørre pletter, revner i huden og hård hud
- Hårde områder, varme områder, hævet hud over knoglefremspring og smerte

Har en borger trykspor, er der ekstra stor risiko for udvikling af tryksår.

Forebyggelse:

Når en borger er i risiko for udvikling af tryksår skal kontaktpersonen udarbejde relevant handleplan i EOP ud fra Braden skalaen.

- Borgeren bør skifte stilling hyppigt, uanset om borgeren sidder eller ligger. Borgeren skal tilbydes hjælp til stillingsskifte. Hyppighed angives i handleplanen.
- Lejring ved hjælp af ekstra puder, kiler m.m. kan være med til at aflaste kroppen.
- Underlaget som borgeren sidder eller ligger på skal være glat og uden folder. Vær opmærksom på at knapper, tykke sømme, lynlåse, folder i tøjet og lign. ikke giver tryk.
- Huden skal holdes tør og ren.
- Borgeren skal bevæge sig mest muligt. Herunder behandling af smerter så dette ikke hindrer mobilitet.
- Vurdering af behov for diverse trykaflastende hjælpemidler f.eks. trykaflastende madrasser, puder og lignende.
- Vurdering af borgerens ernæringstilstand og behov for tiltag.

Har medarbejderen behov for ekstra vejledning om behandlingen af borgeren kan "sårsygeplejersken" kontaktes

Observation

Dokumentation

Udfører skal dokumentere i EOJ

- Dato, tidspunkt og udfører.
- Handleplan, herunder ansøgning om trykaflastende hjælpemidler m.m.

Forebyggelse og vejledning

At kunne observere borgerens tilstand og evt. behov for yderligere behandling, smt handle herpå.

Udarbejdet	Version redigeret og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 16.02.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.
Reference	<ul style="list-style-type: none">• European Pressure Ulcer Advisory Panel "Guidelines til forebyggelse af tryksår"• Patientinformation om "Tryksår" fra Gentofte Hospital.

Stillingtagen til og evt. fravalg af livsforlængende behandling.

Standard	Den procedure der skal sikre, at der fortløbende tages stilling til behandlingsintensitet med udgangspunkt i borgerens og evt. pårørendes ønsker, og at personalet fortløbende er orienteret om dette.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at der for borgere i og uden for plejecenter med kontakt til hjemmeplejen foreligger en lægelig vurdering af borgeren i forhold til evt. fravalg af livsforlængende behandling. • Sikre at personalet – herunder vikarer og afløsere nemt kan orientere sig omkring evt. fravalg af livsforlængende behandling. • Sikre at borgerens og evt. pårørendes ønsker respekteres i akutte situationer.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejersker og social og sundhedsassistenter har løbende ansvaret for at der hos relevante borgere tages stilling. <p>Det sundhedsfaglige personale skal løbende, på en hensynsfuld måde sørge for, at den enkelte borger og nærmeste pårørende, hvis denne ønsker det, gives mulighed for at tilkendegive sine ønsker og værdier med hensyn til livets afslutning. Borgeren har også ret til at frabede sig information og deltagelse i beslutningsprocesserne, borgeren skal dog orienteres om konsekvenserne af beslutningen og muligheden for at ændre denne. Borgeren skal spørges om evt. pårørende ønskes informeret.</p> <p>Hvis det sygeplejefaglige personale vurderer, at en borger er uafvendeligt døende, skal de på baggrund af deres viden, medmindre borgeren modsætter sig det, bede den behandlingsansvarlige læge vurdere helbredstilstanden og tage stilling til, hvordan det sygeplejefaglige personale skal foreholde sig i tilfælde af hjertestop.</p> <p>Det er vigtigt at pointere, at der skal foreligge en situation, hvor borgeren anses for uafvendeligt døende, der må ikke etableres procedurer for rutinemæssig lægelig vurdering, men er borger kritisk syg eller stærkt helbredsmæssigt</p>

svækket er det relevant så tidligt i forløbet som muligt at få afklaret og vurderet, hvad der skal ske ved hjertestop eller ved behov for anden behandling, der kan være livsforlængende.

Der er sygeplejerske eller social og sundhedsassistent som kontakter læge. Enten telefonisk eller på MED-COM i EOP.

Det er en lægelig opgave at tale med borgerne om, hvad der skal ske i den sidste tid, hvis borgerens helbred er dårligt og det er aktuelt at tage stilling til, hvad der skal ske ved et evt. hjertestop.

Behandlingsansvarlige læge

Det er som udgangspunkt den praktiserende læge som er behandlingsansvarlig. Hvis en anden læge aktuelt har borgeren i behandling – herunder akut lægelig vurdering – vil denne dog være nærmere til at foretage vurderingen.

Borger findes livløs:

Det sygeplejefaglige personale skal i alle tilfælde som udgangspunkt foretage forsøg på genoplivning, herunder tilkalde hjælp, medmindre der er tale om en borger, hvor der er en lægefaglig beslutning om **ingen indikation for genoplivning**. Hvis borger findes livløs, og man ikke skønner at borgeren kan genoplives, kan genoplivning dog undlades, hvis det besluttet ved en umiddelbar lægelig vurdering som kan ske telefonisk på baggrund af observationer vedr. borger, findesituation m.m.

Habil borgers afvisning af livsforlængende behandling

Den habile borger kan i kraft af sin selvbestemmelsesret i en aktuel situation, på et informeret grundlag, afvise påbegyndelse af behandling, herunder genoplivningsforsøg ved hjertestop, respiratorbehandling m.v. Informationen til borgeren skal bl.a. indeholde orientering om sygdom, prognose, mulighederne for behandling og konsekvenserne af borgerens beslutning.

Det er den behandlingsansvarlige læge, der vurderer, om borgeren kan anses for habil og kan overskue konsekvenserne af sin beslutning. Lægen skal i øvrigt afklare, om borgerens ønske om ikke at få behandling, skyldes forhold, som kan afhjælpes.

De nødvendige oplysninger om borgerens ønsker og samlede situation skal videregives til det relevante

sygeplejefaglige personale, så borgerens beslutning kan respekteres, og personalet har kendskab til baggrunden for den. Dette skal ske skriftligt som en MEDCOM korrespondance.

Under Cave noteres beslutningen af personalet med angivelse af dato og beslutning.

Borgeren skal informeres om, at han eller hun til enhver tid kan trække sin beslutning tilbage. Borgeren skal samtidig gøres opmærksom på muligheden for at oprette et livstestamente.

Det sygeplejefaglige og præhospitale personale er forpligtet til at følge borgerens beslutning om afvisning af behandling. Det gælder også, hvis borgeren efterfølgende bliver ukontaktbar på grund af akut sygdom, f.eks. bliver bevidstløs.

Livstestamente

Det er en lægelig vurdering, om borgeren helbredsmæssigt befinder sig i en situation, som er omfattet af livstestamentet. Der kan således ikke afstås fra livsforlængende behandling uden forudgående lægelig vurdering af, om dette er tilfældet.

Den varigt inhabile borger

Borgeren er uafvendeligt døende

Det er en lægelig vurdering, om en borger er uafvendeligt døende.

Hvis en uafvendeligt døende borger ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan den behandlingsansvarlige læge beslutte, at der ikke skal påbegyndes eller fortsættes en livsforlængende behandling.

Borgeren er ikke uafvendeligt døende

Den behandlingsansvarlige læge kan i den aktuelle situation beslutte, at der ikke skal påbegyndes livsforlængende behandling.

Nærmeste pårørende til en varigt inhabil borger

Hvis borgeren er varigt inhabil, er det de nærmeste pårørende, der på borgerens vegne indgår i beslutningsprocessen. Nærmeste pårørende skal have den

nødvendige information for at forstå situationen. I det omfang borgeren forstår behandlingssituationen, skal denne informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, medmindre det kan skade denne.

Revurdering af fravalg

Hvis borgeren modtager behandling eller pleje af sygeplejefagligt personale, skal lægen informere om, hvornår de skal kontakte lægen med henblik på genvurdering af en beslutning om fravalg af behandling. Dette vil som minimum altid være påkrævet, hvis borgerens helbredsmæssige tilstand bliver væsentligt bedre i forhold til det grundlag, som lægen foretog sin beslutning ud fra.

Dokumentation om livsforlængende behandling

Journalen skal som minimum indeholde:

a) Henvendelser til læge med henblik på vurdering/genvurdering af fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg m.v. iht. aftalt frase hvoraf fremgår begrundelse for henvendelsen og oplysninger om borgerens helbredsmæssige tilstand, pleje og behandling og effekten heraf, og evt. tilkendegivelser fra borgeren.

b) Svar fra lægelig side på anmodninger om vurdering/genvurdering. I akutte situationer kan det dog ske mundtligt, men skal efterfølgende hurtigst muligt følges op skriftligt.

Sygeplejersker/Social og sundhedsassistenterne skal efterfølgende sørge for, at beslutningen noteres i cavefeltet.

Konstatering af død

Journalen skal som minimum indeholde dødstidspunktet og omstændighederne for konstatering af dødens indtræden samt orientering af behandlingsansvarlig læge/1813.

Udarbejdet	Udarbejdet godkendt 17.01.2015 af Praksiskonsulent Hanne Skjernaa. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.
Reference og baggrund	Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, Sundhedsstyrelsen januar 2014.

http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=11215409.PDF

<http://stps.dk/da/nyheder/2016/~ /media/01CC659AB5A446F7A111EEAF7D5CCF39.ashx>

Frase til brug i forbindelse med anmodning om vurdering "Fravalg af livsforlængende behandling

Af medcom korrespondance fremgår borgers navn og Cpr.nr.

Vedr. ønske om vurdering af fravalg af livsforlængende behandling

Borgers diagnoser:

Borgers aktuelle tilstand:

Aktuelle pleje, behandling og effekt heraf:

Baggrund for aktuelle anmodning:

Samtykke fra borger vedr. anmodning:

Evt. involverede pårørendes indstilling og hvilken information de har fået:

Kontaktpersonens navn og telefonnr:

Hygiejne - håndhygiejne

Standard	Den procedure hvorved håndhygiejne udføres.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at alle medarbejder udfører håndhygiejne korrekt• Sikre at infektionsrisiko minimeres hos både borgere, personale, pårørende m.fl.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter• Social og sundhedshjælpere• Øvrige <p>Fremgangsmåde</p> <p>Alle medarbejdere skal inden 14 dages ansættelse være undervist efter</p> <ul style="list-style-type: none">• http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer/Haandhygiejne.aspx <p>En betingelse for god håndhygiejne er</p> <ul style="list-style-type: none">• Neglene er kortklippede og uden neglelak• Der ikke bæres ure, ringe eller smykker fra albuen og nedefter <p>Du skal udføre håndhygiejne:</p> <ul style="list-style-type: none">• Før alle rene arbejdsopgaver• Efter alle urene arbejdsopgaver• Efter brug af handsker <p>Hånddesinfektion benyttes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hvis du ikke er blevet synlig snavset• Hvis dine hænder stadig er tørre <p>Håndvask benyttes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hvis du er synlig snavset• Hvis dine hænder er våde/ fugtige

- Hvis håndvask ikke er mulig, anvendes hånddesinfektion

Håndhygiejne

- I kontakten med borgeren må ærmelængden ikke være længere end til albuen
- For at bevare huden hel anbefales det at bruge hudplejecreme 2-3 gange i arbejdstiden
- Sengeliggende borgere skal tilbydes håndvask efter behov
- Øvrige borgere skal vaske hænder efter behov og efter hvert toiletbesøg.

Handsker

- Engangshandsker anvendes ved alle arbejdsopgaver, hvor der er risiko for berøring af borgerens blod, urin, afføring, opkast og andre legemsvæsker og udskillelser, samt ved håndtering af forurenede genstande.

Overtrækskitler

- Der skal bruges specielle overtrækskitler til plejesituationer, hvor der er forventet risiko for forurening, f.eks. ved besøg i meget uhygiejniske hjem eller hvor en borger f.eks. har gentagne eksplosive opkastninger.

Smitte fra mave-tarmkanal

- Hvis borgeren har diaré eller opkastninger stiller dette særlige krav til kontrol af udskillelser.
- Hænderne er den vigtigste faktor ved overførsel af smitte. Håndvask samt brug af handsker er tilstrækkeligt til at afbryde smitteveje.

Smitte fra blod m.m.

- Smittekilden for hepatitis B, hepatitis C eller hiv er almindeligvis indpodning, dvs. at få smittekilden direkte ind under huden.
- Næseseekret, spyt, sved, tårer, urin, afføring og opkast anses ikke for smittefarligt med mindre, der er synlig blodtilblanding.
- De nævnte legemsvæsker kan også indeholde andre smitekilder. Der skal derfor altid tages almindelige hygiejniske forholdsregler.

	<p><u>Smitte fra luftveje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygdomme, der smitter fra luftvejene, er de fleste børnesygdomme og virusbetingede luftvejssygdomme, som forkølelse og influenza. • Det er vigtigt at lære hostende og nysende borgere at anvende engangslømmetørklæder, som kasseres efter brug. • Hvis man nyser eller hoster i sin hånd, skal hænderne vaskes umiddelbart efter. • Det opfordres til at nyse i albuebøjningen. • Borgeren udfører eller hjælpes med håndvask efter behov. <p><u>Forholdsregler ved sår på hænderne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Såret skal have en vandtæt sårbandage på og skiftes ved behov.
<p>Trin 3: Kvalitetsovervågning</p>	<p>Egenkontrol ved ledelsen</p>
<p>Udarbejdet</p>	<p>Revideret og godkendt 16.01.2015 af Praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna.</p>
<p>Reference og baggrund</p>	<p>Denne instruks er bl.a. udarbejdet med basis i nedenstående vejledninger:</p> <p>Serviceoven § 83 stk 1,2 og 4.</p> <p>Vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder, vejledning nr. 10334 af 20 december 2007.</p> <p>http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/Retningslinjer/Generelle%20Infektionshygiejniske%20Retningslinjer/Haandhygiejne.aspx</p> <p>www.sst.dk. Plejehjemstilsyn.</p>

Medicinering - insulininjektion

Standard	Den procedure hvorved der gives insulininjektion
Standardens formål	Sikre at borgeren får den ordinerede medicin korrekt. <ul style="list-style-type: none">• At sikre korrekt behandling af borgere med diabetes.• Vælge korrekt injektionssted og fremgangsmåde.• At kunne vejlede og motivere borgeren til optimal udbytte af behandlingen.• At kunne vejlede om forebyggelse og blodsukkerregulation• Styrelsen for Patientsikkerhed definerer insulin som et risikolægemiddel, hvorfor der skal være ekstra opmærksomhed på evt. UTH og indberetning af disse.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Stabile forløb kan varetages af sundhedsfagligt personale og pædagogisk personale på bosteder med særlige kompetencer i henhold til den generelle instruks. Der er således tale om en borgerspecifik videredelegation.• Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har gennemgået undervisning i Diabetes, behandling med Insulin og injektionsteknik.• Udfører har grundlæggende kendskab til normalværdierne for blodsukker og kan udføre BS måling.• Udfører kan handle iht. den specifikke borgers diabeteshandleplan.• Udfører har deltaget i undervisning og træning vedrørende subkutane injektioner og kan håndtere denne teknik sikkert.• Udfører har kendskab til de hyppigste bivirkninger og symptomer på forgiftninger ved brugte præparater.• Udfører har kendskab til retningslinjer for vurdering og behandling af anafylaktisk chok jvf. instruks.

Fremgangsmåde

Før/forberedelse:

- Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til EOP medicinliste. Hvis borger får flere typer insulin, må der kun tages én pen frem ad gangen.
- Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed. Anbrudsdato, udløbsdato, navn og fødselsdato noteres på pennen
- Kontroller ordinationen i medicinlisten i EOP.
- Informere borgeren om proceduren.
- Gøre den ordinerede insulin/pennen klar. Uklare insulin typer skal blandes, før de kan injiceres. Pennen skal forsigtigt vendes/vippes 20 gange til insulinet er ensartet mælkehvid.
- Ny nål klargøres og skrues på pen.
- Første gang pennen tages i brug trykkes 2 enheder ud af pennen i håndvasken. Dette for at fjerne evt. luft.
- "Indstil" pennen på korrekt dosis.
- De sidste 12 enheder i pennen skal ligeledes kasseres
- Hvis ny pen skal tages i brug næste gang, tages denne ud af køleskabet, så den ikke er kold.
- Opmærksomhed på at der max. må gives 40 enheder på samme injektionssted.

Under

- Ved hurtigvirkende insulin. Injektionen foretages subkutan på maven med et skråt eller lige indstik i løftet hudfold. Den hurtigste absorption sker i regionen over og omkring navlen.
- Ved langsomtvirkende insulin. Injektionen foretages subkutan på forsiden af låret med skråt indstik i løftet hudfold. Hoften kan evt. også benyttes.
- Ved kombinationspræparater. Som hovedregel benyttes subkutan injektion på låret.

Generelt for alle præparater.

- Benyt altid samme område til samme insulinpræparat.
- Brug rotationsskema.

- Efter selve injektionen trækkes nålen halvvejs ud og man venter ca. 5 sek. inden man trækker nålen helt ud.

Efter:

- Den brugte nål kasseres i den gule kanyleboks.
- **Kom ikke beskyttelsehætte på nål, da det øger risiko for stik på udførers fingre.**
- Hætte sættes på pen og lægges på plads.
- Sikre at borger ikke bløder fra indstikssted.
- Opbrugt pen i skraldespand **uden nål.**

Observation og dokumentation

Iht. generel instruks

Forebyggelse og vejledning

- At vejlede og motivere borgeren til god diabetesregulation.
- At kunne observere tegn på følgesygdomme og/eller medvirke til forebyggelse af disse.

Kort om Insulintyper

Hurtigvirkende insulin.

Virningen indtræder efter ca. ½–1 time. Max. effekt efter 2-3 timer. Total varighed ca. 6-7 timer.

Langsomt virkende insulin.

Virningen indtræder efter 2-3 timer. Max effekt efter 4-8 timer. Total varighed 18-36 timer.

Blanding af hurtigvirkende og langsomtvirkende insulin.

Virningen indtræder efter ½ time, har max. effekt efter 4-6 timer og har en total varighed på op til 18 timer. Tallet f.eks. 30/70 står for blandingsforholdet, således at det første tal refererer til indhold af hurtigvirkende insulin og det sidste tal til indhold af langsomtvirkende insulin.

Der findes i alt 5 typer mixtard; 10/90, 20/80, 30/70, 40/60 og 50/50.

Hurtigt indsættende og kortvarigt virkende insulin.

Max. effekt efter 1/2-1 time. Total varighed er 2-5 timer.

Udarbejdet

Revideret og godkendt af Praksiskonsulent Hanne Skjerna
16.01.2015. Revideret 12.07.2016 Hanne Skjerna. Revideret
03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna

Medicinering - intramuskulære injektioner

Standard	Den procedure, der foretages ved administration af medicin beregnet til intramuskulære injektion.
Standardens formål	Sikre at borgeren får den ordinerede medicin korrekt.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Intramuskulære injektioner kan ikke videredelegeres</p> <p>Kompetencekrav for udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører er introduceret til, oplært i og kan varetage Gribskovs instruks om intramuskulær injektion.• Udfører har deltaget i undervisning og har gennemgået træning i udførelsen af intramuskulære injektioner og kan håndtere denne teknik sikkert.• Udfører har kendskab til de hyppigste bivirkninger og symptomer på forgiftning ved brugte præparater.• Udfører har indgående kendskab til retningslinjer for vurdering og behandling af anafylaktisk chok og behersker dette. <p>Fremgangsmåde</p> <p><u>Før/forberedelse:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til EOP medicinliste.• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.• Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten i EOP.• Sikre at borger ikke er i blodfortyndende behandling. Hvis borger er dette, kontakt da læge vedr. videre procedure eller følg allerede fra læge givne instrukser. Hav desuden hæmostatisk svamp parat. I disse tilfælde forlænges observationsperioden efter injektion, til man er helt sikker på, at blødning er

stoppet.

- Borgeren er orienteret om formål og behandling.
- Adrenalin 0,5 mg/ml ampul og sprøjte + kanyler til indgift af dette eller EpiPen eller Jext
- Steril sprøjte
- Sterile kanyler (en til optrækning af medicin og en til injektion)
- Gaze

Under:

- Den ordinerede medicin klargøres i korrekt sprøjte afhængig af væskemængden. Volumen < 0,5 ml skal optrækkes i en 1 ml sprøjte.
- Det undersøges at injektionsstedet er uden sår, tegn på infektion eller blå mærker.
- Huden strækkes, hvor injektionen skal gives, nålen stikkes hurtigt ind i en 90 graders vinkel på huden. Nålen stikkes så dybt ind som muligt.
- Stemplet trækkes lidt tilbage for at tjekke, at der ikke er blod i sprøjten – er dette tilfældet tag da straks sprøjten ud og start forfra.
- Medicinen injiceres jævnt og langsomt.
- Gazen anbringes over kanylen, som trækkes langsomt ud imens der tælles til ti.
- Der skal **ikke** masseres på injektionsstedet efterfølgende, da det kan give vævsirritation.

Efter:

- Sæt plaster eller gaze over indstiksstedet og sikre stop af evt. blødning.
- Smid kanyler i gul kanyleboks.
- **Kom ikke beskyttelseshætte på nål, da det øger risiko for stik på udførers fingre.**

Observation

- Observere hud og indstikssted efter injektion.
- Observere borgers tilstand min. 5 min efter injektion eller efter anbefaling vedr. givne præparat. Se vejledning vedr. gældende medicin/præparat.
- Udfører har pligt til at kontakte læge ved forkert indgift eller andre uregelmæssigheder.

Dokumentation, forebyggelse og vejledning

Iht. generelle retningslinjer

Udarbejdet

Revideret og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna
15.01.2015. Revideret 14.03.2016 Hanne Skjerna.
03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna

Intravenøs behandling med lægemidler

Standard	Proceduren omhandler intravenøs behandling med lægemidler, herunder parenteral ernæring
Standardens formål	<p>Proceduren skal sikre at</p> <ul style="list-style-type: none">• IV-behandlingen sker i overensstemmelse med den lægelige ordination• IV-behandlingen sker i overensstemmelse med den ordinerende hospitalsafdelings instrukser for det pågældende lægemiddel• IV-adgangen håndteres og observeres i overensstemmelse med den ordinerende hospitalsafdelings instrukser for det pågældende kateter (PVK, CVK, Longline, Hickmann mm.)• At generelle komplikationer i fbm. med IV-behandling forebygges, eksempelvis infektioner og anafylaktisk chok
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelsen er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejerske ansat på Toftebo/Gribskov Kommunes akutfunktion• Sygeplejerske ansat i hjemmesygeplejen <p>Kompetencekrav for udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har gennemført "Akutkursus SIM Nord", eller tilsvarende kursus• I tilfælde, hvor behandlingen er meget langvarig og borgers tilstand er stabil, kan instruksen udføres af sygeplejerske uden de ovennævnte kvalifikationer efter borgerspecifik oplæring• Udfører har gennemført IV-behandling i praksis under supervision• Udfører behersker teknikken ved pleje og brug af det anvendte kateter• Udfører kender til virkninger og bivirkninger ved den anvendte medicin• Udfører har indgående kendskab til retningslinjer for vurdering

og behandling af anafylaktisk chok og behersker dette

Fremgangsmåde

Før den kommunale sygepleje kan give ordinerende læge tilsagn om at varetage opgave, skal det sikres at:

- At hospitalet / den ordinerende læge påtager sig det fulde lægelige ansvar for borger, mens behandlingen pågår
- At "*Huskeliste til udskrivning ved IV-behandling*" er gennemgået med hospitalet, inden udskrivelse, således at det sikres, at forudsætningerne for at varetage behandlingen i kommunalt regi er tilgodeset

Før/ forberedelse

- Læs de to instrukser samt evt. pumpevejledning, der er medgivet fra hospitalet
 - Instruks for medicinsk præparat
 - Instruks for det anvendte kateter
 - Evt. manual for pumpe
 - Det anvendte lægemiddel tages frem i henhold til KMD Nexus medicinliste
 - Kontroller lægemidlet for holdbarhed
 - Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten i KMD Nexus.
 - Det sikres, at borger ikke er kendt med CAVE for det ordinerede præparat
 - Det sikres, at borger har fået første dosis af det ordinerede præparat på hospitalsafdelingen
 - Tjek at alle nødvendige remedier er klargjort – herunder adrenalin
 - Adrenalin 0,5 mg/ml ampul og sprøjte + kanyle til indgift af dette
- eller***
- EpiPen eller Jext
- Vask og desinficer hænder og tag handsker på

- Klargør præparat i hht til den medsendte instruks, således at infusionssættet er klart til sammenkobling med kateter. Ved anvendelse af pumpe, sættes infusionssættet i pumpen
- Ved infusion mærkes infusionsposen med label påført borgers navn, cpr nummer, præparat, dosis, dato og tid samt medarbejders underskrift
- Check borger ved hjælp af navn og CPR
- Informer borger om proceduren

Under

- Klargør kateter og indstikssted i hht medsendte instruks
- Vær opmærksom på, om den anvendte hætte/prop er med membran til flergangsbrug, eller om hættten er uden membran og skal kasseres. Hætter med membran til flergangsbrug skal ikke skrues af
- Giv præparatet som bolus i hht medsendte instruks

eller, ved anvendelse af pumpe:

- Indstil pumpen i hht den medsendte instruks for det pågældende præparat og pumpevejledning og start pumpen
- Observer borger i de første 10 minutter efter indgift eller påbegyndt infusion - borger må ikke lades alene i dette tidsrum

Efter endt indgift

- Ved anvendelse af pumpe:
 - Pumpen slukkes, klemmeskrue lukkes
 - Hænder vaskes og desinficeres og der tages handsker på
 - Pose med infusion afkobles

Herefter og efter endt indgift af bolus:

- Katetret skylles og evt. hepariniseres i hht. den medsendte instruks
- Ved hætte/prop til engangsbrug lukkes katetret med ny hætte. Hætter/ propper med membran er til flergangsbrug og skal ikke skrues af kateteret ved hver indgift. Skiftes i hht medsendte instruks

- Forbinding tilses ved hver indgift og skiftes i hht den medsendt instruks, dog som minimum, hvis den er forurenede eller ikke slutter tæt
- Bortskaffelse af materiale: Pose og infusionssæt forbliver sammenkoblet og smides væk med daglig renovation. Hætteglas og overførselskanyle lægges i kanyleboks.

Observation og pleje

- Huden tilses for tegn på infektion eller irritation, hver gang katetret anvendes
- Forbinding tilses ved hver indgift og skiftes i hht den medsendt instruks, dog som minimum, hvis den er forurenede eller ikke slutter tæt
- Udfører har pligt til at kontakte læge ved forkert indgift eller andre uregelmæssigheder

Dokumentation

- Der oprettes en handleplan i forhold til iv-behandling. Efter hver indgift dokumenteres følgende:
 - Tidspunkt for indgift, præparat og mængde
 - Observation af indstikssted
 - Observation og evt. skift af forbinding
 - Om der kan trækkes tilbage på kateter
 - Skylning af katetret:
 - Præparat (NaCl / heparin)
 - Den anvendte mængde (ml og evt. IU)

Forebyggelse og vejledning

- Får borgeren tegn på allergisk reaktion/shock forbindelse med indgift af antibiotika standses infusionen straks, der ringes 112 og instruksen vedrørende anafylaksi følges
- Føler borgeren ubehag ved indgift stoppes indgiften med det samme og læge kontaktes
- Findes indstikssted med rødme, puds, smerter eller hævelse kontaktes læge
- Kan der ikke trækkes tilbage på kateter kontaktes læge

	<ul style="list-style-type: none"> • Borger informeres om at henvende sig til personalet, hvis der opleves ubehag ved indstikssted eller hvis forbindingen bliver fugtig eller forurennet.
Udarbejdet	Udarbejdet af Camilla Köcher Strøyberg og Gitte Widmer. Godkendt af Lone Teglbjærg april 2018

Kompressionsbehandling

Standard	Den procedure der omhandler anlæggelse af kompressionsbind
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre ensartet og korrekt kompressionsbehandling. • At vejlede om forebyggelse af ødemer og kredsløbsforstyrrelser. • At det løbende vurderes om borger kan overgå til anden behandling f.eks. i form af kompressionsstrømper
Opfyldelse af standarden	<ul style="list-style-type: none"> • Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejersker • Social og sundhedsassistenter <p>Stabile forløb kan videredelegeres borgerspecifikt til Social og sundhedshjælpere, idet der skal være særlig fokus på vurdering af komplikationer og mulighed for overgang til kompressionsstrømper. Ved tilstedeværelse af sår kan forløbet ikke videredelegeres.</p> <p>Kompetencekrav for udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udfører kender og er oplært i anlæggelse af kompressionsbind herunder kontraindikationer for anlæggelse. • Udfører har modtaget undervisning i basal viden om ødemtendens, hud og kredsløbsforstyrrelser og neurologiske forstyrrelser af relevans for kompressionsbehandling. • Udfører har kendskab til håndtering af hjælpemidlet og producentens anvisninger herpå.

Fremgangsmåde

Der **skal** foreligge en lægelig ordination.

Før/forberedelse

- Sikre at det er den korrekte borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)
- Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.

Under

- Benene vaskes/smøres efter behov.
- Observation af benet (farve, sår, smerter, ødem, sensibilitet)
- Vat pålægges ved behov efter faglig vurdering.
- Kompressionsbehandling anlægges efter producentens anbefalinger.
- Foden skal være i 90 grader. Størst tryk nederst og løsere længere oppe.

Efter

- Bindene/strømperne vaskes efter behov og anvisning.

Observation

- Hvor udtalt er ødemerne?
- Er der misfarvning af hud, skællende eksem (staseeksem) eller sår?
- Er der puls i foden?
- Har borgeren smerter?
- Føles forbindingen behagelig for borgeren, ikke for stram og ikke for løs?

Dokumentation

Iht. generel instruks

Forebyggelse og vejledning

- At vejlede borgeren til forebyggende tiltag som at sove med benene mobiliseret højt og mobilisering/ stimulering af vene-pumpen.

- At kunne observere om behandlingen kan afsluttes herunder overgå til kompressionsstrømpe.
- At kunne observere tegn på følgesygdomme og/eller medvirke til forebyggelse af disse.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna
16.01.2015. Revideret 03.10.2016 Hanne Skjerna.

Kompressionsbehandling med kompressionsstrømper

Standard	Den procedure der omhandler kompressionsbehandling med kompressionsstrømper
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre ensartet og korrekt kompressionsbehandling.• At vejlede om forebyggelse af ødemer og kredsløbsforstyrrelser.
Opfyldelse af standarden	<ul style="list-style-type: none">• Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Kan videredelegeres til</p> <ul style="list-style-type: none">• Social og sundhedshjælpere• Hjemmehjælpere• Pædagogisk personale <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører kender og er oplært i at give kompressionsstrømper på og tage dem af herunder kontraindikationer for brug.• Udfører har modtaget undervisning i basal viden om ødemtendens, hud og kredsløbsforstyrrelser og neurologiske forstyrrelser af relevans for kompressionsbehandling.• Udfører har kendskab til håndtering af hjælpemidlet og producentens anvisninger herpå, herunder brug af evt. hjælpemidler.• Udfører skal bruge handsker for ikke at beskadige strømpen. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p>Der skal foreligge en lægelig ordination.</p> <p><u>Før/forberedelse</u></p>

- Sikre at det er den korrekte borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)
- Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.

Under

- Benene vaskes/smøres efter behov.
- Observation af benet (farve, sår, smerter, ødem, sensibilitet)

Efter

- Strømperne vaskes efter behov og anvisning.

Observation

- Hvor udtalt er ødemerne?
- Er der misfarvning af hud, skællende eksem (staseeksem) eller sår?
- Er der puls i foden?
- Har borgeren smerter?
- Ændringer i borgers tilstand iht. generel instruks.

Dokumentation

Iht. generel instruks.

Forebyggelse og vejledning

- At vejlede borgeren til forebyggende tiltag som at sove med benene mobiliseret højt og mobilisering/ stimulering af vena-pumpen.
- At kunne observere tegn på følgesygdomme og/eller medvirke til forebyggelse af disse.
- Kunne vurdere behov for udskiftning af kompressionsstrømper og sikre bestilling af dette.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna
19.01.2015. Revideret 03.10.2016 Hanne Skjerna.

Brug af korrespondancemeddelelser mellem Kommune og egen læge

Standard	Vedrører de aftaler, der er truffet om brug af korrespondancemeddelelser – i det følgende benævnt KM - mellem egen læge og kommune
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none"> • At borgeren oplever et sammenhængende forløb • At bidrage til god kommunikation, effektive arbejdsgange og godt samarbejde mellem de praktiserende læger og kommunens leverandører • At sikre patientsikkerhed gennem korrekt dokumentation af aftaler og lægelige ordinationer • At sikre tydelig opgave- og arbejdsfordeling • At medvirke til at undgå fejl og utilsigtede hændelser
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Denne instruks omhandler kun KM mellem egen læge og kommunen. Der kan sendes KM til andre aktører også – f.eks. apotek og andre samarbejdspartnere, men man skal være opmærksom på, at hvis der i EOJ ikke vælges anden relevant modtager går KM automatisk fra kommunen til egen læge.</p> <p>KM kan kun bruges til ikke-akutte henvendelser. Derudover kan det bruges til skriftlig dokumentation af akut telefonisk henvendelse.</p> <p>Det fremgår af sundhedsaftalerne mellem region og kommune at KM ses og behandles af leverandører i hver dagvagt og senest i den efterfølgende dagvagt kl.10</p> <p>Egen læge har iht. overenskomsten 3 hverdage til at besvare en korrespondance.</p> <p>Der kan således ikke anmodes om akutte sygebesøg eller fremsendes ønske om akut kommunal intervention via KM.</p> <p>Iht. sundhedsaftalerne bruges KM til dialog mellem fagligt kompetente personer.</p> <p>KM fra egen læge stiles i overskriften til rette leverandør/modtager.</p> <p>Overskriften skal altid indeholde relevant emneord, således at det bliver nemmere at genfinde relevant KM.</p> <p>Der henstilles til at dialogen og overblikket sikres ved</p>

fortløbende at anvende besvarelse af den tilsendte KM fremfor at oprette en ny KM, da det ikke altid kan være samme fagperson, der indleder en korrespondance og følger op på denne. Er det i systemet ikke muligt at besvare en KM, kan indholdet af den tidligere KM, der henføres til, kopieres over i den nye KM, der returneres.

Kronologien i dialogen sikres ved at sidstskrevne notat altid ligger øverst i en KM.

En KM vil altid være en borgerspecifik henvendelse og ligge i den pågældende borgers journal. Indholdet skal være entydigt, specifikt og relevant. Det bør om muligt være en, der kender borger godt, som skriver eller besvarer en KM. Både læger og leverandører bør have en procedure for hvordan en KM, som er modtaget en dag, hvor borgers kontaktperson eller vanlige læge ikke er tilstede, kommer til rette vedkommendes kendskab. Herunder gøre afsender opmærksom på, at en KM ikke besvares, før den pågældende er på arbejde. Det er ikke afsender, der skal genhenvende sig, hvis kontaktperson/egen læge er fraværende, men modtager, der sørger for at henvendelsen håndteres.

I en KM kan anføres ønske om kvittering for modtagelse og/eller udførelse.

ISBAR-modellen er et velvalgt redskab:

I: Identifikation (Afsender, borger fremgår af KM).

Herunder altid telefonnummer til afsender ved behov for uddybende oplysninger.

S: Situation (Årsag til henvendelse herunder observationer, herunder relevante målinger som BT, p, tp m.fl.).

B: Baggrund (kort præsentation af borger).

A: Analyse (Vurdering af problemet).

R: Råd (Ønsket handling: Skal vi ikke..., Hvad synes du...).

Det skal fremgå om der er tale om en orientering, ønske om handling eller faglig tilbagemelding.

Der skal ligeledes være en procedure for, at en KM, der giver anledning til opfølgning efter et vist tidsrum, følges op. Det kan f.eks. være vurdering af effekt af smertebehandling, måling af blodsukker eller blodtryk efter

ændret behandling og lign. Proceduren bør ligeledes beskrive, hvordan indholdet i KM'er dokumenteres i EOJ.

Udarbejdet

Udarbejdet 16.03.2017 og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 11.09.2018 Hanne Skjerna

Håndtering af borgere med kroniske sygdomme

Standard	Omhandler håndtering af kroniske sygdomme hos borgere.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at alle borgerens kroniske sygdomme fremgår tydeligt af den sygeplejefaglige dokumentation.• Sikre der foreligger ensartede handleplaner¹ på relevante kroniske sygdomme. Borger kan godt have kroniske sygdomme, der ikke kræver sygeplejefaglig handleplan.• Sikre at borgere kontrolleres og behandles relevant for deres kroniske sygdomme.• Sikre at evt. udvikling i borgerens kroniske sygdom opdages og behandlingen justeres.• Sikre overlevering ved leverandørskift.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social- og sundhedsassistenter <p>Kan ikke videredelegeres men social- og sundhedshjælper/hjemmehjælper/pædagogisk personale har pligt til at videregive relevante observationer om ændringer i borgers tilstand.</p> <p>Fremgangsmåde</p> <p>Ved indflytning på plejecenter/opstart i hjemmesygeplejen foretages sygeplejefaglig udredning.</p> <p>Der skal i samarbejde med borger laves handleplaner for de relevante kroniske sygdomme, borgeren har. Hermed menes kroniske sygdomme, der kræver sygeplejefaglig deltagelse ved opfølgning og/eller behandling. Herunder tages stilling til kontrolhyppighed og tidspunkt, og hvem der har ansvaret for, at kontrollen foretages.</p> <p>Ved nyopdaget kronisk sygdom hos kendt borger skal der ligeledes laves handleplan.</p> <p>Handleplanerne opdateres og justeres løbende ved</p>

¹ En handleplan består i FSIII af: 1) en helbredstilstand 2) et indsatsmål 3) en handlingsanvisning 4) en opfølgning i form af et opdateret fagligt notat

udvikling i sygdom eller efter aftalt kontrol.

I udgangspunktet foretages den sygeplejefaglige udredning ved samtale med borger og evt. pårørende. Hvis denne ikke er i stand til at medvirke fyldstgørende kontaktes egen læge. Der anvendes "frase oplysninger egen læge".

Hvis borger selv varetager kontrol og behandling af kroniske sygdomme i samarbejde med egen læge dokumenteres dette i handleplanen, og det er tilstrækkeligt.

Hvis hjemmeplejen skal varetage kontrol og/eller behandling i samarbejde med egen læge kan der være behov for yderligere oplysninger vedr. kontrolhyppighed og mål for behandling. Dette kan f.eks. fremgå af tilsendt notat fra sidste årskontrol.

Hvis den kroniske sygdom varetages af hospitalsambulatorium kontaktes hospitalet for oplysninger herom. Egen læge kan evt. videregive epikrise.

Borger skal give samtykke til indhentning af oplysninger og dette dokumenteres

Nedenstående er vejledende for en række hyppigt forekommende kroniske sygdomme:

Hvis borgeren har forhøjet blodtryk, hjertesvigt eller iskæmisk hjertesygdom:

- Skal der måles blodtryk, vægt eller andre værdier
- Hvor ofte skal det måles
- Ved hvilke værdier skal lægen kontaktes

Hvis borgeren har diabetes:

- Skal der måles blodsukkerværdier og i givet fald hvor ofte.
- Ved hvilke værdier skal lægen kontaktes
- Skal der gives hurtigtvirkende insulin ved forhøjet værdier og hvilken ordination
- Hvornår skal borgeren til øjenlæge kontrol
- Hvornår skal borgeren til fodterapeut

Hvis borgeren får medicin mod stofskiftet:

- Hvornår er der taget blodprøve og hvornår skal der tages blodprøver igen.

Hvis borgeren får medicin mod forhøjet kolesterol:

- Hvornår er der taget blodprøve og hvornår skal der tages blodprøver igen.

Hvis borgeren får stærk blodfortyndende medicin:

- Hvornår er der taget blodprøve og hvornår skal der tages blodprøver igen.
- Sidste ordination.

Hvis borgeren får smertestillende medicin:

- Hvornår er behandlingen kontrolleret og hvor ofte skal behandlingen revurderes

Hvis borger har demens:

- Hvornår skal næste kontrol foretages

Hvis borger får psykofarmaka inkl. sovepiller:

- Hvor ofte skal behandlingen revurderes

Hvis borger har osteoporose:

- Hvornår er behandlingen kontrolleret og hvor ofte skal behandlingen revurderes

Hvis borger har KOL/astma:

- Status ved sidste årskontrol og hyppighed af lægekontrol.
- Evt. ilt-behandling og kontrol heraf (hospitalsbehandling)

Hvis borger har cancersygdomme:

- Tidligere cancersygdomme skal fremgå af sygeplejefaglig udredning.
- Derudover cancerspecifik handleplan, hvis der fortsat foregår behandling og kontrol.

Hvis borger lider af obstipation:

- Der skal foreligge handleplan for håndtering og en plan for det videre forløb herunder forebyggelse.

Observation og dokumentation

Iht. generel instruks skal der dokumenteres i EOJ

Forebyggelse og vejledning

- At vejlede og motivere borgeren til håndtering af kronisk sygdom
- At kunne observere tegn på følgesygdomme og/eller

	medvirke til forebyggelse af disse.
Udarbejdet	Udarbejdet og godkendt 30.01.2015 af Praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 11.03.2016 Hanne Skjerna. Revideret 12.07.2016 Hanne Skjerna. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

Medicinering – Administration af lægemidler

Standard	<ul style="list-style-type: none">• De procedurer, der foretages, fra medicinen tages ud af medicinæsken til den er indtaget af borgeren, herunder observationen efter indtagelse.• Proceduren gælder for medicin dispenseret af sundhedsautoriseret personale/dosisdispenseret medicin• Standarden omhandler ikke intramuskulære injektioner, subkutane injektioner, insulinadministration, øjendrypning, skift af medicinplastre, medicinsk creme, suppositorier og vagitorier. Der henvises til særskilte instrukser.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• At sikre at borgeren får og indtager den ordinerede og korrekt dispenserede medicin på de korrekte tidspunkter.• At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemiddeladministration.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter• Social og sundhedshjælpere• Hjemmehjælpere• Særligt autoriserede pædagogisk personale <p>Kompetencekrav for udfører af instruks</p> <p>Iht. generel instruks</p> <p>Fremgangsmåde</p> <ul style="list-style-type: none">• Den enkelte borgers korrekte ugedags doseringsæske/ dosispose tages frem.• Kontroller med borgeren doseringsæsken/dosispose for korrekt navn, CPR-nummer og/eller sikker genkendelse.• Kontroller at antallet af tabletter i doseringsæsken/ dosispose på administrationstidspunktet stemmer overens med medicinlisten i EOJ.• Præparater, der ikke kan dispenseres, skal der foreligge særlig skriftlig vejledning om udarbejdet af

den ansvarlige sygeplejerske eller social og sundhedsassistent.

- Sørge for, at borgeren er lejret, så medicinen uden besvær kan indtages og fejlsynkning undgås.
- Sørge for der er de rette betingelser for, at borgeren på bedste vis kan indtage sin ordinerede medicin. Herunder tilbyde rigeligt væske eller mad ved indtag af medicinen.

Overgang til selvadministration hos borgere der før har fået medicinen administreret af hjemmeplejen

- Ved borgerens ønske om selvadministration skal foreligge skriftlig accept fra egen læge.
- Hvis borgeren ikke indtager den ordineret medicin, skal lægen, efter samtykke, kontaktes.
- Ved ønske fra pårørende om at overtage administrationen af borgerens medicin, skal der ligeledes foreligge skriftlig accept fra praktiserende læge. Pårørende er da selv ansvarlig for sikring af indtagelse af medicinen.
- Personalet har fortsat pligt til at observere virkning/bivirkning i det omfang de kommer hos borger.

Observation

- Medarbejdere uden sundhedsfaglig autorisation har pligt til at kontakte sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent ved forkert antal piller i doseringsæske/ dosispose, tabt æske eller brud på pose eller andre uregelmæssigheder i doseringen. I øvrigt har den pågældende pligt til at tage kontakt ved tvivlsspørgsmål.
- Sygeplejerske/ social og sundhedsassistent har pligt til at kontakte læge eller sygehus ved forkert præparat/styrke i forhold til ordination. Desuden ved tvivlsspørgsmål.

Dokumentation, forebyggelse og vejledning

Iht. generel instruks

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 30.01.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.

Medicinering - Lægemedeldispensering

Standard	Den procedure der omhandler dispensering af lægemidler
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at borgeren får den ordinerede medicin korrekt i.h.t. ordinationen, hvad angår såvel tidspunkt, dosis og administrationsvej.• Forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering.• Kunne vejlede borger om medicinens effekt og bivirkninger.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter kan i udgangspunktet varetage ikke-komplekse og stabile borgere.• Pædagogisk personale med særlig medicin håndteringskursus kan varetage ikke-komplekse borgere på bosteder. <p>Det er ledelsens ansvar at vurdere kompleksiteten. Borgere, der får særlig risikomedicin, som f.eks. MTX og AK-behandling er at betragte som komplekse patienter. Medicindispensering kan ikke videredelegeres.</p> <p><u>Særlig risikomedicin</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Ved behandling med Marevan / Warfarin og med MTX vedlægges borgers medicin et gult, lamineret kort vedr. "Risikomedicin" <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <p>Iht. generel instruks</p> <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p><u>Håndtering af fast lægeordineret medicin, lægeordinerede naturlægemidler og kosttilskud.</u></p>

- Jævnfør de hygiejniske retningslinier. Brug af handsker eller pincet for at undgå unødigt berøring med medicinen.
- Man anvender den elektroniske medicinliste.
- Håndtering/ dispensering af medicin skal forsøges at foregå uforstyrret.
- Der dispenseres normalt for 4 uger ad gangen. Hvis der ikke er tilstrækkelig medicin doserer man til så mange dage som muligt og må efterfølgende foretage fornyet dosering, når der er kommet tilstrækkelig medicin. Det skal tilstræbes at efterdosering undgås. Ved f.eks. AK-behandling doseres altid når svar på kontrol foreligger.
- Kontroller for overensstemmelse mellem medicinglas/æske og medicinliste. Den aktuelle udlevering skal fremgå af FMK.
- Kontroller etiket på medicinglas/ æske for udløbsdato, ordination samt korrekt borger.
- Kontroller alle doseringsæsker for navn og CPR-nummer og ugedag.
- Kontroller at antallet af tabletter i doseringsæsken på administrationstidspunktet stemmer overens med medicinlisten.
- Medicin der ikke anvendes i en periode, skal slettes/pauseres fra medicinlisten. Medicinen lægges i en pose, der adskilles fra aktuel medicin. Deri lægges seddel med navn og dato på det præparat, der udløber først.
- Der kan, efter samtykke fra borger, tages kontakt til egen læge, som i samarbejde med den medicinansvarlige vurderer om borgeren er egnet til at få dosisdispenseret sin medicin.
- Sker der ændringer i ordinationerne for borgere med dosisdispensering må der ikke tages piller op af dosispakkerne. Dosisrullen kasseres og der skal dispenseres manuelt i doseringsæsker.
- Ved ønske fra pårørende om at overtage dispenseringen af borgerens medicin, skal der i EOJ være en korrespondance med accept fra praktiserende læge. Pårørende er da selv ansvarlig for sikring af indtagelse af medicinen, herunder holde sig opdateret om evt. ændringer.

Blodfortyndende behandling

- Stærkt blodfortyndende behandling kontrolleres efter aftale med egen læge med blodprøve hos/via egen læge.

- Se særskilt instruks

Fremgangsmåde for håndtering af PN ordineret medicin

- Som udgangspunkt følges fremgangsmåde for håndtering af fast ordineret medicin.
- PN-medicinen dispenseres med borgerens navn og CPR-nummer, præparatnavn, styrke, dosis, virkning, ophældningsdato samt udløbsdato for medicinen.
- Der dispenseres til PN forbrug af hvert præparat.
- Hver enkelte dosis i hver sin pose. (F.eks. ordination 4 x 2 tabl. Pinex pr. døgn = 4 poser med hver 2 Pinex i.)

Observation

- I tilfælde af, at borgeren ikke får den dispenserede medicin, skal det indrapporteres som en utilsigtet hændelse iht. generel instruks.
- Hvis borger ikke har taget den dispenserede medicin rettes henvendelse, efter aftale med borger, til borgers egen læge. Begrundelse for at medicinen ikke er taget forsøges oplyst.
- Ved mistanke om bivirkninger eller behov for ændring af behandling kontaktes egen læge efter aftale med borger.

Dokumentation

- Medicinen skal være ajourført iht. FMK. Præparatets navn, dispenseringsform, styrke og administrationsvej, herunder om præparatet kan knuses, opslæmmes eller skal synkes skal noteres på medicinlisten. Behandlingsindikation og hyppigste bivirkninger skal fremgå.
- Udfører dokumenterer i EOJ med dato og initialer for dispensering og/eller efterdispensering.

Forebyggelse og vejledning

Iht. generel instruks

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 17.01.2015. Revideret 14.03.2016, 13.07.2016, 03.10.2016, 11.03.2018, 11.09.2018, 04.04.19 Hanne Skjerna

Reference og baggrund

Denne instruks er bl.a. udarbejdet med basis i nedenstående vejledninger:

	<p>Plejhjemstilsynet 2008. Faglig rådgivning. Sundhedsstyrelsen, april 2009</p> <p>Dansk Patient-Sikkerheds-Database (DPSD). www.dpsd.dk</p> <p>Brug medicinen bedre - perspektiver ved klinisk farmaci. Lægemiddelstyrelsen, marts 2006</p>
Udarbejdet	<p>Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 17.01.2015. Revideret 14.03.2016, 13.07.2016, 03.10.2016, 11.03.2018, 11.09.2018 Hanne Skjerna</p>
Reference og baggrund	<p>Denne instruks er bl.a. udarbejdet med basis i nedenstående vejledninger:</p> <p>Plejhjemstilsynet 2008. Faglig rådgivning. Sundhedsstyrelsen, april 2009</p> <p>Dansk Patient-Sikkerheds-Database (DPSD). www.dpsd.dk</p> <p>Brug medicinen bedre - perspektiver ved klinisk farmaci. Lægemiddelstyrelsen, marts 2006</p>

Medicinering – Medicinsk creme

Standard	De procedurer, der foretages i forbindelse med behandling med medicinholdig creme.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre ensartet og korrekt behandling.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <p>Stabile forløb kan varetages af</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social- og sundhedsassistenter• Social- og sundhedshjælper efter borgerspecifik videredelegation• Pædagogisk personale med særlige kompetencer. <p>Et forløb kan godt være stabilt umiddelbart efter opstart.</p> <p>Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter.</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har kendskab til de forskellige typer af creme herunder virkninger og bivirkninger.• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige sygdomme, hvori behandling med creme er en løsning. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p><u>Før/forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til medicinlisten i EOJ. Der skal skriftlig foreligge vejledning om, hvordan cremen påføres og varighed af behandlingen i handleplanen. Der anføres anbrudsdato, navn og fødselsdato.• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.• Kontroller at ordination på pakningen stemmer

overens med medicinlisten EOJ.

- Informere borger om behandlingen.
- Udfører tager nitrilhandsker på.

Under

- Området skal være rent og tørt.
- Observer om der er hudirritation, som tegn på allergisk reaktion på cremen.
- Cremen påføres i et ensartet og jævnt lag iht. Handleplanen

Observation

- Udfører skal observere hudens tilstand og ved behov kontakte sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent.

Dokumentation

- Udfører skal dokumentere i EOJ.

Forebyggelse og vejledning

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/ forgiftninger af medicinen.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 19.01.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018
Hanne Skjernaa.

Medicinering - Medicinplaster

Standard	De procedurer, der foretages i forbindelse med skift af medicinplaster.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre ensartet og korrekt skift/påsætning af medicinplaster, herunder at det foretages på korrekt tidspunkt• Sikre korrekt håndtering af brugte medicinplastre• Styrelsen for Patientsikkerhed definerer smerteplastre som et risikolægemiddel, hvorfor der skal være ekstra opmærksomhed på evt. UTH og indberetning af disse.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Stabile forløb kan varetages af sundhedsfagligt uddannet personale og pædagogisk personale med særlige kompetencer.• Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter. <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har gennemgået undervisning i håndtering og anvendelse af medicinplastre samt gennemført træning vedrørende påsætning af medicinplastre og kan håndtere denne teknik sikkert. Herunder vurdere hudens tilstand.• Udfører har kendskab til de forskellige typer af plastre herunder virkninger og bivirkninger.• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige forløb, hvori behandling med plaster er en løsning. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p><u>Før/forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til medicinlisten i EOJ. Medicinplasteret vil være opmærket ved sundhedsfagligt autoriseret personale i forbindelse med medicindosering.• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.

- Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten EOJ.
- Informere borger om formålet med behandlingen, hvor plasteret påsættes, og hvornår det skal skiftes igen.

Under

- Fjern det gamle plaster. Plasteret foldes på midten med klæbesiden indad. Brugte plastre skal betragtes som medicinaffald og deponeres i særlig affaldsbeholder.
- Observer om der er hudirritation.
- Udvælg et hudområde, som er fladt, rent (uden creme), tørt og hårfrit. Overkrop, brystet samt under kravebenet samt den øverste del af ryggen er egnede områder. Undgå påsætning på hud, der er rød eller irriteret eller hvor der er store ar.
- Skriv dato og klokkeslæt og initialer på plasteret afhængig af producentens anbefaling.
- Fjern beskyttelsesfilmen og påsæt plasteret. Kontroller at det sidder glat og slutter pænt til og ikke sidder til gene for borger.

Observation

- Udfører skal observere hudens tilstand og ved behov reagere relevant herpå.

Dokumentation

- Udfører skal dokumentere i EOJ, hvor plasteret er påsat og tidspunkt for næste skift.

Forebyggelse og vejledning

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/ forgiftninger af medicinen.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 16.01.2015. Sidst revideret 19.03.2017, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.

Medicinering - Miniklyx

Standard	De procedurer, der foretages i forbindelse med givning af miniklyx.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre ensartet og korrekt anvendelse af miniklyx
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <p>Stabile forløb kan varetages af</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social- og sundhedsassistenter• Social- og sundhedshjælper efter borgerspecifik videredelegation• Pædagogisk personale med særlige kompetencer. <p>Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter.</p> <p>Kortvarig behandling med miniklyx kan opstartes af sygeplejerske. Et sådant kortvarigt forløb kan ikke videredelegeres. Et kortvarigt forløb opfattes her som et forløb under 1 uges varighed. Nyopstået behov for længerevarende behandling skal konfereres med e.l. Hvis e.l. har accepteret fortsat behandling kan forløbet videredelegeres. En enkeltstående administration skal ikke fremgå af lokale medicinliste, men som notat.</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har gennemgået undervisning i håndtering og anvendelse af miniklyx og kan håndtere dette sikkert.• Udfører har kendskab til laksantia generelt.• Udfører har kendskab virkninger og bivirkninger.• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige forløb, hvori behandling med miniklyx er en løsning.

Fremgangsmåde

Før/forberedelse

- Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til medicinlisten i EOJ. Miniklyx vil være opmærket ved sundhedsfagligt autoriseret personale i forbindelse med medicindosering, hvis forløbet er videredelegeret.
- Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.
- Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten EOJ.
- Informere borger om formålet med behandlingen.
- Borger skal lejres på venstre side i sengen pga. anatomiske forhold eller sidde på bækkenstol. Læg et blåt stykke under borger.

Under

- Studs knækkes af miniklyx og spidsen føres ind i endetarmen.
- Miniklyx tømmes stille og roligt. Rektaltuben holdes sammenpresset til den er fjernet fra endetarmen. Borger instrueres i at klemme sammen og holde klysmat længst muligt (ca. 10 min.).
- Når borger er klar hjælpes evt. på toilettet.
- Det kan være nødvendigt at stimulere/hjælpe med en finger i endetarmen.

Observation

- Borger kan få vasovagalt blodtryksfald, da lejres borger liggende med benene oppe og AT, puls og evt. BT måles. Hvis der ikke er spontan bedring i løbet af 10 – 15 min kontaktes e.l./1813.
- Ved manglende effekt skal social- og sundhedshjælper m.fl. kontakte sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Denne kan kontakte egen læge ved behov.

Dokumentation

- Udfører skal dokumentere i EOJ.

Forebyggelse og vejledning

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/
forgiftninger af medicinen.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 19.01.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

Nedtrapning af paracetamol

Standard	Standard omhandlende fremgangsmåde for ændring af dosering af paracetamol ved sygeplejefaglig personale.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• At øge borgeres og plejepersonales opmærksomhed på unødigt smertestillende behandling.• At medvirke til at nedsætte forbruget af smertestillende behandling. • At udstikke retningslinjer for plejepersonalets kompetencer og håndtering af borgers smertebehandling med paracetamol.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Justering af paracetamoldosering kan ikke videredelegeres</p> <p><i>Baggrund for instruks</i></p> <p>Paracetamol er et vanligt og hyppigt anvendt mildt analgetikum, der også kan købes i håndkøb. Det er 1. valg ved en lang række smertegivende tilstande. Ofte opstartes paracetamol i fast dosering i forbindelse med tilstande, som ikke nødvendigvis varigt giver anledning til smerter, men medicineringen fortsætter ofte alligevel og til tider livslangt. Der er imidlertid tiltagende fokus på, at paracetamol ikke nødvendigvis er fuldstændig bivirkningsfrit - i særdeleshed ikke i takt med stigende alder og aftagende organfunktion hos borgeren. Ofte er borger udskrevet fra sygehus med fast paracetamol uden dato for revurdering og/eller den oprindelige årsag ikke journalført.</p> <p><u>Nærværende instruks kan kun anvendes, hvis borger får paracetamol som eneste analgetikum.</u></p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <p>Udfører er borgers vanlige sygeplejefaglige kontaktperson og udfører har løbende kontakt med borger over tid. Det skal således være samme sygeplejefaglige person, der initierer ændringen og følger op herpå.</p>

Udfører har indgående kendskab til smertegivende sygdomme og behandlingen af disse.
Udfører er bekendt med borgers kroniske sygdomme.
Udfører er bekendt med brug af VAS eller tilsvarende muligheder for at objektivisere smertetilstande.

Fremgangsmåde

Forberedelse:

- Borgere kan enten selv fremsætte ønske om nedsættelse af smertebehandling eller adspørges herom, hvis de over tid opleves som smertefrie.
- Hvis borgere, som opleves smertefrie, kontaktes egen læge mhp. videre forløb. Egen læge kan her acceptere, at nærværende instruks tages i anvendelse. Evt. nære pårørende orienteres herom.
- Årsagen til opstart af fast paracetamol søges oplyst i journal og ved samtale med borger. Hvis baggrunden er kendt foretages en konkret vurdering af om denne fortsat er til stede. Ved kontakt med egen læge jf. ovenstående oplyses e.l. om aktuelle viden.
- Borgere som er i stand til at kooperere til dette adspørges om deres smerter på en VAS-skala (1-10) initialt og ved hver opfølgning. VAS bør initialt være under 2 - 3. Hvis borgeren ikke kan dette, forsøges smerteniveauet på anden måde objektiviseret med ord (ingen, lette, uden indvirkning på funktionsniveau m.m.).
- Det personale, som dagligt kommer hos borger orienteres om de løbende ændringer, og der udarbejdes handleplan med fokus på relevante daglige observationer fra plejepersonalet i såvel dagtid som nat. Herunder særlig fokus på behov for p.n. og forbruget heraf.

Observationsperioden:

- Borgeren revurderes efter 3 dage og igen 2 uger efter hver ændring. Evt. næste trin afventer dette. Borger kan selv ønske langsommere nedtrapning.
- Der foretages endelig slutevaluering 1 måned efter sidste justering.

Følgende skema følges afhængig af antal tabletter pr. dosering, idet man starter i skemaet svarende til aktuelle dosering:

2 tabletter x 4

Uge 1 – 2	2 tabletter x 3 + p.n. 2 tabletter x 1
Uge 3 – 4	1 tablet x 3 + p.n. 1 – 2 tabletter x 1
Uge 5 -	1 – 2 tablet p.n. x 3

1,5 tablet x 4

Uge 1 - 2	1,5 tablet x 3 + p.n. 1,5 tablet x 1
Uge 3 - 4	1 tablet x 3 + p.n. 1 – 1,5 tablet x 1
Uge 5 -	1 – 1,5 tablet p.n. x 3

1 tablet x 4

Uge 1 - 2	1 tablet x 3 + p.n. 1 tablet x 1
Uge 3 -	1 tablet x 3 p.n.

Borgeren skal løbende orienteres om muligheden for p.n. medicin og tilspørges om behovet herfor

- Ingen ændring i VAS/borgers oplevelse/plejepersonalets observationer på 14. dagen og intet p.n. forbrug går man 1 trin frem.
- Ved stigning i VAS på 3. dagen på 1/borgers oplevelse af let øget smerte/p.n. forbrugt max. tales med borger om evt. behov for at gå 1 trin tilbage eller revurdering på 14. dagen aftales. På 14. dagen foretages fornyet vurdering i forhold til borgerens ønsker.
- Ved stigning i VAS på 3. dagen på mere end 1/borgers oplevelse af klart øget smerte eller plejepersonalets observationer i form af ændret funktionsniveau går man 1 trin tilbage.
- Har det været nødvendigt at gå tilbage foretages fornyet vurdering efter 3 dage om den vanlige tilstand er reetableret.
- Det kan ofte være formålstjenlige at bibeholde p.n. dosering

1 måned efter opnåelse af ny dosering/overgang til kun p.n./seponering foretages endelig slutevaluering med borger, og e.l. orienteres om denne pr. korrespondance.

Har det vist sig ikke at være muligt at ændre den faste dosering journalføres dette i handleplanen.

FMK

PCM ændres til "nedtrapning efter skema". Egen læge kontaktes når der er foretaget slutevaluering mhp. tilretning af FMK. Der skal således være ekstra opmærksomhed omkring korrekt dosisdispensering iht. handleplan og skema.

Observation

Der skal være særlig fokus på borgers aktivitetsniveau, lyst til at deltage i vanlige aktiviteter og psykiske velbefindende. Der skal løbende tilbydes evt. p.n. medicin.

Dokumentation

Der udarbejdes en handleplan for forløbet EOJ:

- Borgers vanlige funktionsniveau beskrives.
- Evt. kendt baggrund og tidspunkt for opstart af fast paracetamol.
- Om planen er iværksat efter borgers eget ønske eller på opfordring.
- Evt. behov for kontakt med e.l.
- At paracetamol er eneste smertestillende behandling.
- Aktuelle dosering og plan for revurdering.
- Ønskede observationer fra daglige plejepersonale.
- Der skal foreligge notat fra evalueringer hhv 3. dag og 14. dag efter ændringer

Forebyggelse og vejledning

- Plejepersonalet skal løbende have fokus på at borger er bedst mulig smertelindret mhp. opnåelse bedst mulig livskvalitet og funktionsniveau.
- Personalet skal have viden om og tilbyde andre former for smertelindring end medicin i form af træning, hensigtsmæssig lejring m.m.
- Er borgeren udskrevet fra sygehus med fast paracetamol overvejes behovet for fortsat behandling løbende.
- Ved opstart i hjemmet af fast paracetamol ved e.l. aftales mulighed og evt. tidspunkt for revurdering og om nærværende instruks i så fald kan bringes i anvendelse af det sygeplejefaglige personale.

Trin 2:

Medarbejdere og ledere hos alle leverandører til Gribskov

Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter	kommune kender og anvender retningslinjerne.
Trin 3: Kvalitetsovervågning	Der gennemføres årligt audit på baggrund af dokumentation for rapporterede utilsigtede hændelser i forbindelse med ændring af paracetamol-dosering foretaget ved plejepersonale vedrørende spørgsmålene: "Hvordan er der handlet på de utilsigtede hændelser?" og "Hvordan forebygges gentagelser?". Instruksen revideres ved behov
Trin 4: Kvalitetsforbedring	På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag til kvalitetsforbedring.
Udarbejdet	Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 19.03.2017. revideret 08.02.18, 11.09.2018. Revideres senest 2020
Referencer	

Palliativ indsats

Standard	Den procedure, der skal sikre, at den palliative indsats leveres med størst mulig hensyntagen til borgerens egen opfattelse af livskvalitet i den terminale fase og med bedst mulig symptomlindring.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• At sikre, at borgerens egen opfattelse af livskvalitet afdækkes og inddrages i tilrettelæggelsen og koordineringen af den palliative indsats.• Sikre bedst mulige livskvalitet i den sidste tid med fokus på både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov.• Sikre bedst mulig symptomlindring.• Sikre at borgere med behov for palliativ indsats oplever denne som værende koordineret og sammenhængende.• At sikre, at borgerens ønsker i forhold til den sidste tid i videst muligt omfang tilgodeses, herunder mulighed for at dø i eget hjem og fravalg af livsforlængende behandling.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Planlægning og sygeplejefaglig vurdering kan ikke videredelegeres.</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• At udfører har erfaring med og viden om palliativ indsats og symptomlindring. Herunder være bekendt med muligheder såsom lindrende fysioterapi, særlig ernæringsindsatser, hjælpemidler, palliativt team, hospice, vågetjeneste, tryghedskasse m.m.• Udfører skal i videst muligt omfang være borgerens kontaktsygeplejerske/ social- og sundhedsassistent. Er dette ikke muligt vil det være dennes

stedfortræder.

- Udfører skal kunne koordinere kontakt til egen læge, palliativt team m.fl. aktører.

Fremgangsmåde

- Behovsvurderingen bør altid tage udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation for på denne måde at tage et bredt afsæt i borgerens forudsætninger. Behovsvurderingen afdækker systematisk borgerens eventuelle palliative behov, de pårørendes ressourcer og eventuelle behov (i forbindelse med borgerens sygdom) og gentages ved behov flere gange i et forløb.

Der spørges ind til

- Borgerens overordnede oplevelse af sin livssituation.
- På det fysiske område. F.eks. smerter, åndenød, nedsat muskelkraft og bevægelighed, ernæring og træthed samt disses betydning og sammenhæng med aktivitet (ADL). Desuden spørges til de symptomer, der er karakteristiske ved den pågældende diagnose, behandling og eventuelle komorbiditet.
- På det psykiske område. F.eks. angst, depression, træthed, ensomhed, bekymring for fremtiden og sygdommens udvikling samt disse eventuelle problemers betydning for hverdag, aktivitet og deltagelse.
- På det sociale område. F.eks. borgerens mulighed for støtte og nærvær. Hvem er de centrale pårørende og evt. ændring af rolle i forhold til nære pårørende.
- På det eksistentielle/åndelige område. F.eks. borgernes oplevelse af sin nuværende situation og sygdom, mening med livet, hvad der giver borgeren håb og styrke, samt hvilken rolle religiøsitet har for borgeren.
- Om der er skrevet livstestamente samt ønske om genoplivning. **Borgerens læge skal have en samtale med den enkelte borger om fravalg af livsforlængende behandling, hvis dette ønskes. Se særskilt instruks.**

Beslutningen skal skrives i handleplanen. Det er en lægelig vurdering, om borgeren helbredsmæssigt befinder sig i en situation, som er omfattet af livstestamentet.

Der udarbejdes en fælles plan for indsatsen:

- Hvad borgerens vanskeligheder og behov består i.
- Formålet med indsatsen, og hvad den overordnet skal bestå i, samt – særligt for borgere i sen palliativ og terminal fase – en beskrivelse af, hvordan tilstanden kan udvikle sig, og hvilken indsats der i så fald kan være relevant.
- Behov for specifik symptomlindrende behandling og handleplaner herfor. Evt. kontakt til læge herom.
- Praktiske og plejemæssige behov og handleplaner herfor.
- Hvor indsatsen skal foregå.
- Hvem der er ansvarlig for de enkelte dele af indsatsen. Alle involverede instanser, herunder sygehuse, palliative teams, hospice, almen praksis og kommunen, er ansvarlig for de indsatser, de iværksætter, herunder at koordinere indsatsen med andre involverede aktører.
- Hvornår indsatsen skal evalueres og af hvem.

Det sikres at planen er forventningsafstemt med borgeren og dennes pårørende.

På <http://www.pavi.dk/Kvalitetssikring/bedstepraksis.aspx> findes kliniske retningslinjer for en række palliative symptomer og deres behandling.

Tryghedskassen

Der skal foreligge lægelig ordination på anvendelsen af præparaterne i tryghedskassen. Hvis ordinationerne er specificeret med mængde, minimumsinterval og max. dosering pr. døgn kan medicingivningen varetages af social- og sundhedsassistent under supervision af sygeplejerske. Er borgeren ikke tilstrækkelig symptomlindret kontaktes læge.

Hvis der ikke er angivet minimumsinterval eller max.

dosering pr. døgn varetages medicindosering af sygeplejerske.

Ordinationerne behøver ikke at fremgå af FMK, men kan alene fremgå af korrespondance.

Observation

- Udfører af handleplaner skal kunne vurdere behov for revurdering grundet udvikling i tilstanden. Det skal derfor fremgå af handleplaner, hvilke observationer, der skal lede til fornyet kontakt.

Dokumentation

Udfører skal dokumentere i EOJ

- Dato, tidspunkt og udfører.
- Evt. tilstedeværende pårørende.
- De aftalte indsatser dokumenteres i specifikke handleplaner.
- Evt. behandlingsansvarlig læge foruden e.l., herunder evt. åben indlæggelse.
- Dato for aftalt revurdering.

Forebyggelse og vejledning

At kunne vejlede og motivere borgeren til optimal udbytte af behandlingen.

At kunne observere borgerens tilstand og evt. behov for yderligere behandling, samt handle herpå.

**og Trin 2:
Implementering og
anvendelse af
retningsgivende
dokumenter**

Medarbejdere og ledere, der yder palliativ indsats, kender og anvender retningslinjerne

Trin 3:

Der gennemføres årligt audit af gennemførte forløb

Kvalitetsovervågning	
Trin 4: Kvalitetsforbedring	På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedring.
Udarbejdet	Version redigeret og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 01.02.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.
Reference og baggrund	<ul style="list-style-type: none"> • Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010, kap.6, §§ 25-27-Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer • Vejledning nr. 9619 af 20/12/2010 om medikamentel palliation i terminalfasen • Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen 2011. • Klinisk vejledning. Palliation i primærsektoren. Dansk Selskab for Almen medicin 2004 • WHO Definition off Palliative Care. 2002 • VEJ nr 9025 af 17/01/2014, fra Sundhedsstyrelsen 17/1-14 • www.pavi.dk

Prøvetagning i akutfunktion

Standard	Rammedelegation vedr. prøvetagning ved PlejeGribskovs akutfunktion
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at der ved behov og hurtigst muligt tages relevante blodprøver mhp. at udrede pludseligt opståede helbredsmæssige ændringer således, at der handles relevant på observationer mhp. tidlig opsporing af sygdom/forværring af sygdom.• Sikre at akutfunktionens muligheder for prøvetagning udnyttes optimalt.• Sikre relevant og korrekt prøvetagning ved akutfunktionen i Gribskov kommune• Sikre korrekt og relevant kommunikation mellem akutfunktionen og egen læge/1813• Sikre at behandlingsanvisninger følges korrekt
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker ansat i akutfunktionen. <p>Prøvetagning kan ikke uddelegeres</p> <p>Kompetencekrav for udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Alle sygeplejersker har indgående kendskab til det anvendte apparatur og er instrueret i korrekt prøvetagning og anvendelse af apparatur og har rutine i dette.• Sygeplejersken har relevant erfaring og rutine i korrekt observation og har indgående kendskab til handlingsanvisninger i forhold til de foretagne observationer.• Sygeplejersken har grundlæggende viden om blodprøvernes tolkning og normalområder for disse. <p>Det anvendte apparatur er valideret, og der foretages rutinemæssig kvalitetskontrol af dette. Dette noteres i logbog herfor.</p>

Følgende målinger må altid udføres og bør udføres forud for blodprøvetagning: BT, puls, RF, saturation, rektal temperatur.

Der kan udføres følgende analyser: CRP + leuko-diff, INR, Hgb, BS, urinstix.

Disse kan enten udføres efter lægeordination som specifik delegation eller efter denne rammedelegation i forhold til foretagne observationer. Er der fundet indikation for prøvetagning efter denne rammedelegation, skal der altid efterfølgende konfereres med behandlingsansvarlig læge om det videre forløb.

Observationer der kan føre til prøvetagning:

CRP + leuko-diff.

Borger med uforklaret feber over 38

Borger med feber over 38 efter 2 døgn antibiotisk behandling

Borger med uforklaret påvirket bevidsthed

Borger med uforklaret BT under 100/60 eller puls over 100

Borger med RF over 24

Borger med saturation under 92 % (dog hos borger kendt med KOL, da sat. lavere end habituel værdi)

INR:

Borger **skal** være i kendt blodfortyndende behandling og en af følgende.

- Borger med synlig blødning i form af næseblødning, blødning fra mundhule, blødning fra endetarm, skede eller urinveje (ikke positiv stix for blod) herunder blodtilblandet sæd.
- Borger med pludselig opståede større hæmatomer.
- Borger med pludselig blodtryksfald eller akut opstået lav Hgb uden forklaring.

Hgb:

Borger, hvor der observeres pågående blødning.

Borger med uforklarede akutte mavesmerter.

Borger der findes akut medtaget med uforklaret lavt BT under 100/60, bleg og evt. klamtsvedende.

Borger der findes bleg med uforklaret påvirket bevidsthed.

Borger der findes bleg med uforklaret høj puls over 100.

BS:

Borger med kendt sukkersyge og feber og/eller påvirket bevidsthed og/eller udtalt tørst.

Borger uden kendt sukkersyge med uforklaret påvirket bevidsthed

Urinstix:

Borger med dysuri og/eller pollakisuri

Borger med uforklaret feber

Fremgangsmåde for selve prøvetagningen

Før/ forberedelse

- Check borger ved hjælp af navn og fødselsdato (evt. cpr).
- Informer patienten om proceduren.
- Gør udstyr til prøvetagning klar.
- Apparatet anvendes iht. til brugsanvisningen.

Under

Ved prøvetagning i øreflip

- Masser øreflippen grundigt til den er varm og blodfyldt.
- Foretag indstik midt i kanten af øreflippen med "nålen".
- Blodet må ikke klemmes eller presses ud, men malkende bevægelser tillades indtil bloddråbe fremkommer.

Ved prøvetagning i finger

- Borgeren skal have rene hænder.
- Hold fingeren nedad i ½-1 min. før der stikkes.
- Kontroller at fingeren er varm – ellers kan blodtilførslen stimuleres ved lette tryk.
- Pres let fra det yderste led på fingeren op mod blommen og foretag indstik i siden af blommen med "nålen".
- Pres let op mod blommen til bloddråbe fremkommer, den første dråbe aftørres.

Målingen

- Udføres iht. brugsanvisningen på apparatet.
- Noter værdien.
- Borgeren orienteres om resultatet.

Efter

- Den brugte test kasseres afhængig af type.

- Den brugte "nål" kasseres efter type.

Observation og handling

Baggrund for og resultaterne af prøvetagning kommunikeres til behandlingsansvarlig læge umiddelbart efter prøvetagning.

Dette gøres mundtlig pr. telefon og skriftligt pr. korrespondance.

Behandlingsansvarlig læge skal ligeledes såvel mundtligt som skriftligt orientere sygeplejersken om den videre plan, herunder fortsat observation og prøvetagning.

Dokumentation

- Udfører skal dokumentere i EOJ relevante observationer, der har ført til prøvetagning
- Samtykke til prøvetagning
- Tid og sted for prøvetagning
- Resultat af prøvetagning
- Kommunikation med behandlingsansvarlig læge
- Plan for videre observation, prøvetagning og behandling.

Forebyggelse og vejledning

- Sygeplejersken skal kunne vejlede borger, pårørende og evt. hjemmepleje om plan og relevante observationer, der skal føre til fornyet kontakt med enten akutfunktion eller læge før næste kontakt.
- Sygeplejersken skal ved afslutning af et forløb kunne vejlede borger om relevant opfølgning og give sundhedsfremmende råd og vejledning.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 01.04.19

Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. medicin

Standard	Delegation af medicindispensering og medicinadministration
Standardens formål	<p>At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med medicindispensering og administration.</p> <p>At sikre kommunikationen mellem egen læge og kommunens leverandører af hjemmesygepleje ved ændringer i borgers medicin.</p> <p>Bedre samarbejdet set fra den enkelte praksis i forhold til kommunens forskellige leverandører og ligeså for den enkelte leverandør i forhold til de forskellige lægepraksis i kommunen.</p>
Standardens baggrund	<p>Fejl vedr. medicin er en af de hyppigst forekommende utilsigtede hændelser i primærsektoren. Det udgør en risiko for borgeren og påvirker egen læges muligheder for at vurdere behandlingens effekt og evt. behov for ændringer af denne.</p> <p>Kommunikation mellem leverandør og egen læge er af afgørende betydning. Samarbejdet er påvirket af at egen læge skal forholde sig til flere leverandører af hjemmesygepleje og ligeså skal den enkelte leverandør kende og samarbejde med en række praksis.</p> <p>Brug af den skriftlige korrespondance medvirker til at forebygge misforståelser frem for mundtlig overlevering.</p> <p>Det vil forenkle samarbejdet, hvis kommunens leverandører og almen praksis samarbejder efter ensartede retningslinjer, idet man ikke behøver at forholde sig til, hvem der udfører opgaven men alene til opgavens indhold.</p>
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Medicinordination er forbeholdt lægelig virksomhed. Når en læge delegerer medicindosering til kommunen er den pågældende ansvarlig for at overdrage opgaven til kommunen iht. gældende vejledninger fra sundhedsstyrelsen, således at kommunen er i stand til at varetage opgaven korrekt.</p> <p>Leverandører af hjemmesygepleje i kommunen er forpligtet</p>

til at handle, hvis der ikke foreligger tilstrækkelige oplysninger til, at de kan udføre opgaven fagligt forsvarligt eller ved mistanke om fejl i oplysningerne.

Det påhviler kommunens leverandører at udarbejde relevante instrukser for deres medarbejdere, herunder er leverandørerne ansvarlige for egne medarbejdere og leverandørerne er forpligtede til at følge den gældende rammedelegation på området vedr. medicindispensering og –administration.

Ved delegation af medicindosering fra egen læge til kommune.

Delegationen formidles skriftlig pr. korrespondance og FMK ajourføres.

Følgende skal fremgå:

- Lægemidlets navn
- Dispenseringsform og styrke,
- Dosering (antal/mængde) pr enkeltdosis, hyppighed pr. døgn og tidspunkt for indtag på døgnet efter formen $x + x + x + x$, f.eks. $1 + 0 + 1 + 0$, hvis der er tale om fast daglig medicin. Det eksakte tidspunkt på døgnet aftales mellem borger og hjemmesygepleje og kan justeres efter borgers døgnrytme. Medicin, der ikke gives hver dag, anføres som f.eks. "1 tablet ugentlig", hvor den præcise ugedag aftales mellem borger og hjemmesygepleje. Et andet eksempel er 1 tablet ma+ on +fre og 2 tabletter ti + to + lø + sø. Dette overføres til EOJ. Hermed sikres opmærksomhed på, at der er tale om en varierende dosering over ugens dage.
- Indikation.

Særligt for p.n. medicin desuden:

- Enkeltdosis' størrelse
- Maksimale døgndosis
- Mindste tidsinterval mellem doseringerne.

Doseringer kan have kombineret form af både fast og p.n. dosering. Dette angives f.eks. som $1 + 1 + 1 + 0 + 1$ p.n. i FMK og i EOJ vælges "kombineret dosering" så dette

overføres korrekt.

Hvis egen læge er vidende om at en borger får medicinen doseret af hjemmesygeplejen, og der foretages ændringer i borgerens faste medicin, skal egen læge fremsende korrespondance med oplysninger om ændringerne til leverandøren. Herunder skal fremgå hvilke observationer som hjemmesygeplejen skal være opmærksom på. Dette minimerer risikoen for utilsigtede hændelser markant og egen læge undgår arbejdsbelastning grundet afklarende korrespondancer fra hjemmesygeplejen grundet ændringer på FMK.

Hvis ændringerne ønskes iværksat før næste normale dosering skal dette fremgå af korrespondancen, således at man i hjemmesygeplejen kan foretage omdosering.

Er der tale om en hastesag, man ønsker udført samme dag kræver det telefonisk advisering af hjemmesygeplejen. Egen læge skal være opmærksom på at de fleste borgere får doseret medicin til 2 uger af gangen, (men nogen får doseret til 3 – 4 uger af gangen.)

Egen læge er forpligtet til at opdatere og godkende FMK i forbindelse med årskontroller, opsøgende besøg, demenskontroller og palliative kons/besøg m.m. iht. gældende aftaler. Kommunen kan fremsende konkrete spørgsmål vedr. medicin til e.l. pr. korrespondance.

Hjemmesygeplejen har pligt til at føre opdaterede handleplaner for borgere på plejecentre omhandlende kronikersygdomme (jvf instruks "Håndtering af borgere med kronisk sygdom"). Af handleplaner skal fremgå følgende

- Tidspunkt for sidste kontrol og aftaler om tidspunkt for næste kontrol
- Evt. behov for observationer eller målinger med angivelse af hyppighed og hvilke observationer/målinger, der skal medføre kontakt til egen læge eller andre former for handling

Ved delegation af medicindosering i forbindelse med

udskrivelse fra hospital

Det påhviler hospitalet at ajourføre og opdatere FMK og medgive relevant skriftlig information ved udskrivelsen.

Ved tvivlsspørgsmål i forbindelse med medicin efter udskrivelsen retter hjemmesygeplejen henvendelse til udskrivende afdeling.

Ved opstart af medicindosering via Visitationen

Hvis borgeren selv henvender sig til kommunens visitation mhp. medicindosering eller kommunen på egen foranledning aftaler medicindosering med borgeren, og hjemmesygeplejen derfor har brug for en medicinliste fra egen læge anvendes en statusattest til dette.

Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter	Medarbejdere og ledere hos alle leverandører til Gribskov kommune og de praktiserende læger kender og anvender retningslinjerne.
Trin 3: Kvalitetsovervågning	Samarbejdet mellem almen praksis og leverandørerne evalueres fortløbende
Trin 4: Kvalitetsforbedring	Standarden revideres min. 2. år og i øvrigt efter behov.
Udarbejdet	Udarbejdet 24.05.2015 af praksiskonsulent Hanne Skjernaa. Revideret 03.10.2016, 11.03.2018, 11.09.2018 Hanne Skjernaa

Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. AK-behandling

Standard	Omhandler samarbejdet mellem almen praksis og kommune for borgere i AK-behandling.
Standardens formål	<p>At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med AK-behandling. Antikoagulantia er af Styrelsen for Patientsikkerhed defineret som risikolægemiddel</p> <p>At sikre kommunikationen mellem egen læge og kommunens leverandører ved ændringer i borgers medicin.</p> <p>Bedre samarbejdet set fra den enkelte praksis i forhold til kommunens forskellige leverandører og ligeså for den enkelte leverandør i forhold til de forskellige lægepraksis i kommunen.</p>
Standardens baggrund	<p>AK-behandling er en behandling, hvor der foretages hyppig kontrol mhp. dosisjustering, og hvor manglende opmærksomhed omkring medicinændringer kan få betydelige konsekvenser. Det kræver derfor særlig opmærksomhed vedr. samarbejdet mellem egen læge og hjemmesygepleje. Det vil minimere risiko for utilsigtede hændelser, hvis man kan indføre en ensartet samarbejdsform mellem almen praksis og leverandørerne i kommunen.</p> <p>Det vil også arbejdsmæssigt aflaste såvel almen praksis som leverandør, hvis opgaven løses ensartet.</p>
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Leverandører i kommunen er forpligtet til at kontakte behandlende læge, hvis der ikke foreligger tilstrækkelige oplysninger til, at de kan udføre opgaven fagligt forsvarligt eller ved mistanke om fejl i oplysningerne.</p> <p>Det påhviler kommunens leverandører at udarbejde relevante instrukser for deres medarbejdere, herunder er leverandørerne ansvarlige for egne medarbejdere og leverandørerne er forpligtede til at følge den gældende rammedelegation på området vedr. medicindispensering og –administration.</p>

Borgere der får foretaget blodprøven via mobil laboratorium:

Egen læge har ansvaret for rekvirering af mobillaboratorium.

Når svaret kommer orienterer egen læge pr. korrespondance hjemmesygeplejen om følgende:

- INR værdi
- Fremtidig ordination med oplysning om præparat, styrke, samlet antal tabletter pr. uge og fordeling pr. ugedag i den kommende periode.
- Tidspunkt for næste prøvetagning

Hjemmesygeplejen/plejecentret har ansvaret for evt. omdosering af allerede doseret medicin, orientering af borger om evt. ændringer og tidspunkt for prøvetagning.

Hvis der er behov for akutte tiltag som f.eks. pausering af medicin samme dag skal egen læge kontakte hjemmesygeplejen via telefon.

Borgere der kommer hos egen læge til kontrol:

E.l. fremsender korrespondance som ovenfor anført, og hvis der er behov for akutte ændringer, der skal varetages af hjemmesygeplejen orienteres hjemmesygeplejen pr. telefon herom.

Hvis borgeren selv kan varetage dosisændringen det kommende døgn kan korrespondancen fortsat anvendes som eneste kontaktform. Det er egen læge der har ansvaret for at borgerne har forstået og kan håndtere ændringen og dette skal fremgå af korrespondancen.

Hvis egen læge foretager INR-kontrol ved indsendelse af blodprøve, hvor svaret først foreligger den følgende dag fremsendes ligeledes korrespondance, når svaret foreligger.

Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter

Medarbejdere og ledere hos alle leverandører til Gribskov kommune og de praktiserende læger kender og anvender retningslinjerne.

Trin 3: Kvalitetsovervågning	Samarbejdet mellem almen praksis og leverandørerne evalueres fortløbende. UTH vedr. AK-behandling inddrages i evalueringen.
Trin 4: Kvalitetsforbedring	Standarden revideres min. 2. år og i øvrigt efter behov.
Udarbejdet	Udarbejdet og godkendt 13.07.2015 af praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna

Samarbejde mellem kommune og almen praksis vedr. akutpladser på Toftebo

Standard	Instruks omhandlende brug og samarbejde omkring akutpladser på Toftebo
Standardens formål	<p>At sikre effektive og velkoordinerede forløb for borgere indlagt på Toftebos akutpladser.</p> <p>At sikre at akutpladserne bruges hensigtsmæssigt og til de borgere med størst behov med bedst mulig udnyttelse af pladserne.</p> <p>At sikre at handlingsplaner for borgere på akutpladser følges.</p> <p>At sikre kommunikationen mellem egen læge og Toftebo.</p> <p>At forebygge utilsigtede hændelser omkring borger indlagt på Toftebo</p>
Standardens baggrund	<p>Formålet med akutpladserne på Toftebo er at undgå unødvendige indlæggelser og medvirke til at afklare borgeres helbredsstatus gennem sygeplejefaglig observation, pleje og behandling af ukomplicerede lidelser.</p> <p>En akutplads er et tilbud til ældre borgere i Gribskov i maks. 10 dage, hvorefter borger skal være afklaret og enten kunne udskrives til eget hjem efter endt behandling, overflyttes til midlertidig plads på Toftebo eller ved manglende bedring evt. indlægges mhp. hospitalsbehandling.</p> <p>Tilstande der f.eks. kan behandles på Toftebo kunne være luftvejsinfektioner uden behov for i.v. behandling, væskemangel, UVI, forstoppelse, nedsat ernæringstilstand, tarminfektioner, tryksår, sociale og plejemæssige forhold.</p>
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	Forud for indlæggelse skal egen læge vurdere om borger er velegnet til observation og behandling på akutplads, herunder om borgers situation kan klares ved enten opstart af hjemmepleje i hjemmet eller intensivering af denne.

Lægen afklarer med borger om denne er interesseret i at benytte tilbuddet herunder indforstået med betaling af forplejning under opholdet. (juni 2018: xxx kr)

Hvis læge og borger ønsker at anvende en akutplads kontaktes Toftebo på 72497777/78 mhp om der er en plads ledig. Skulle der ikke være ledig plads kan Toftebo orientere om forventet ventetid og tilbyde opskrivning på venteliste. Egen læge tager stilling til om borgers situation kan afvente dette.

Borger skal i udgangspunktet selv sørge for transport til Toftebo, Toftebo orienteres om, hvornår borger forventes at ankomme. Hvis der i særlige tilfælde er behov for liggende transport aftales dette med Toftebo og kommunen afholder udgiften til denne. Toftebo ringer til Falck på 70102030. Der oplyses om EAN.nr 57 98 00 81 61 476

Borger skal selv medbringe medicin, tøj, toiletartikler, hjælpemidler, bleer, tilbehør til evt. KAD, sondemad med tilbehør, ilt og lign. Egen læge skal orientere borger herom.

Egen læge orienterer telefonisk og pr. korrespondance Toftebo om formålet med indlæggelsen og behov for observation, pleje og behandling.

Planen, der fremgår af korrespondancen, skal indeholde klare retningslinjer for i hvilke tilfælde egen læge skal kontaktes. Det anbefales at vedlagte frase anvendes.

Relevante værdier i form af BT, p, RF, sat, tp, evt parakliniske undersøgelser oplyses for at sikre, at Toftebo kan observere borger i forhold til disse.

Evt. cave oplyses og FMK ajourføres.

Toftebo orienteres om pårørende er underrettet og om evt hjemmepleje er vidende om indlæggelsen.

	<p>Efter 4-5 hverdage orienteres e.l. rutinemæssigt om foretagne observationer og vurdering af borgers tilstand og behandlingens forløb. E.l. tager stilling på baggrund af dette til evt. justeringer, og det videre forløb aftales. Dette kan gøres enten telefonisk eller pr. korrespondance. E.l. vælger kommunikationsform ud fra egne rutiner. Ved behov kan besøg aftales. Egen læge afgør om besøg er nødvendigt.</p> <p>Toftebo er i løbende dialog med visitationen i forhold til borgers fremtidige behov og plan.</p> <p>Toftebo orienterer e.l. ved udskrivelse/overflytning til midlertidig plads</p>
Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter	Medarbejdere og ledelse på Toftebo, Gribskov kommune og de praktiserende læger kender og anvender retningslinjerne.
Trin 3: Kvalitetsovervågning	Samarbejdet mellem almen praksis og Toftebo evalueres fortløbende
Trin 4: Kvalitetsforbedring	Standarden revideres min. 2. år og i øvrigt efter behov.
Udarbejdet	Udarbejdet 21.06.2018 af praksiskonsulent Hanne Skjærnaa.

Korrespondance fra egen læge til Toftebo ved indlæggelse. Forslag til frase:

Af korrespondancen fremgår borgers data og e.l.

Årsag til indlæggelse:

Relevant udredning, fund og værdier ved indlæggelsen:

Ønskede observationer herunder interval for accepterede værdier (kun relevante):

- *BT*
- *P*
- *Tp*
- *RF*
- *BS*
- *Sat %*
- *Vægt*
- *Væskeindtag*
- *Diurese*
- *Ernæring*
- *Afføring*
- *Andet:*

Ønsket pleje og behandling:

Øvrige kendte kroniske diagnoser og behov for observation og behandling af disse:

Evt. retningslinjer for behov for lægekontakt udover ovenstående:

Evt. Cave:

FMK ajourført, ved opstart af ny medicin evt. relevante observationer i forhold til dette:

Underretning af pårørende/hjemmepleje: Ja/Nej. Evt. kendte kontaktoplysninger:

Kontaktform ved tilbagemelding ønskes pr. (telefon/korrespondance – sidstnævnte kun hvis e.l. rutinemæssigt ser disse dagligt):

Borger orienteret om betaling:

Skift af PEG-sonde

Standard	Den procedure, der foretages, fra den gamle sonde er fjernet/røget ud, til et nyt er genanlagt.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at de borgere som har PEG-sonde får denne skiftet ved behov på fuld forsvarlig vis med færrest mulige komplikationer/ubehag.• At vejlede borgeren og personale i korrekt hygiejne og pasning af PEG-sonde.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Skift af PEG-sonde kan ikke videredelegeres.</p> <p>Kompetencekrav for udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører kender til grundbegreber for PEG-sondens anlæggelse og anatomen i dette.• Udfører er trænet og behersker teknikken omkring skift af PEG-sonde, herunder vidende om de komplikationer, der kan opstå og kender egne kompetencer i forhold til vurdering af disse og retningslinjer for håndtering. <p>Fremgangsmåde</p> <p>En PEG-sonde skal som regel skiftes fast hver 3. – 6. måned med mindre andet aftales med egen læge/endoskopisk afsnit eller der er anden indikation for dette. Hvis sonden falder ud inden for de første 14 dage efter anlæggelsen kontaktes e.l./sygehus.</p> <p><u>Før/forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Sikre korrekt borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)• Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.

- Hvis sonden er stoppet forsøges skylning før skift, se instruks vedrørende sondeernæring.
- Hvis borgerens sonden er faldet ud lægges hurtigst muligt et kvindekateeter ind, så kanalen holdes åben.
- Borger lejres på ryggen.
- Tage de nødvendige remedier frem.

Under

- Åben skiftesættet efter sterile principper, herunder tjekkes sondens holdbarhed, og gør den nye sonde klart – stadig sterilt.
- Tøm ballonen for glycerin med en 10 ml sprøjte
- Tjek måleenheden på den gamle PEG-sonde
- Tage sterile handsker på
- Vask omkring stomaet med sterilt NaCl.
- Installer rense-gel omkring indstiksstedet.
- Tag den nye sonde i den ene hånd og den gamle sonde i den anden hånd. Borgeren tager en dyb vejrtrækning og idet borgeren puster ud fjernes den gamle sonde og den nye indføres til samme måleenhed som den gamle.
- Fyld 5 – 10 ml glycerin i ballon på den nye sonde.
- Tjek sondens beliggenhed ved aspiration eller stetoskopisk.
- Sonden fikseres til pladen, så der er lidt luft imellem hud og plade, således at daglig pleje kan foretages.

Observation

- At sonden ligger korrekt.
- Er der smerter, blødning eller modstand ved anlæggelse.
- Sygeplejerske/social og sundhedsassistent kontakter læge/sygehus/1813 ved ændringer i borgers tilstand.

Dokumentation

Udfører skal dokumentere i EOJ

- Årsag til skift af sonde
- Væskemængde i ballon.
- Dato for skift af sonde næste gang

Forebyggelse og vejledning

Iht. generel instruks

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 30.01.15. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018
Hanne Skjerna.

Skylning af blærekateter

Standard	Den procedure hvorved der skylles på et allerede anlagt kateter. Der skelnes mellem skylning ved akut tilstopning og rutinemæssig skylning som forebyggelse af tilstopning.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at borgere med kateter, hvor der er behov for skylning får dette foretaget på forsvarlig vis med færrest mulige komplikationer og ubehag. Det gælder både topkateter og almindelig urethralkateter• Sikre en løbende vurdering af kateterfunktion, herunder behov for forebyggende intervention i forhold til tilstopning
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <p>Skylning ved akut opstået tilstopning:</p> <p>Dette kan foretages uden forudgående lægelig ordination. Ved gentagne behov for skylning bør kateteret skiftes i stedet. Hvis det på trods af skift af kateter fortsat er en hyppig problemstilling bør læge involveres mhp. vurdering af andre løsninger.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>kan ikke videredelegeres.</p> <p>Der bør ikke foretages skylning ved mistanke om symptomgivende urinvejsinfektion grundet risiko for urosepsis. I stedet bør kateteret skiftes.</p> <p>Forebyggende skylning af kateter:</p> <p>Dette kræver lægelig ordination</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Kan videredelegeres borgerspecifikt til</p> <ul style="list-style-type: none">• Social og sundhedshjælpere

Kompetencekrav for udfører af instruks

- Udfører er undervist i urinvejenes grundlæggende anatomi
- Udfører er trænet og behersker teknikken omkring skylning af katetre i urinvejene herunder vidende om de komplikationer, der kan opstå og kender egne kompetencer i forhold til vurdering af disse og retningslinjer for håndtering.

Fremgangsmåde

- Borgeren informeres, lejres og afklædes i nødvendigt omfang.
- Hånddesinfektion, der bruges handsker
- NaCl 0,9% i harmonikaflaske 120 ml/anden ordineret skyllevæske opvarmes til ca. 37 grader C, spritswaps og rene handsker findes frem.
- Der foretages afdækning mhp. at undgå spild og forurening.
- Kateteret skilles fra kateterposen. Enden at kateteret afsprittes.
- Harmonikaflasken med NaCl/anden skyllevæske påsættes kateterslangen efter afspritning af studsens. Der skylles via harmonikaflasken. OBS ikke alle kan have 120 ml i blæren uden betydelige smerter. Kan gentages med en ny harmonikaflaske ved meget plumret skyl.
- Det sikres, at skyllevæsken løber frit ud ellers skal kateteret skiftes.
- Ny kateterpose påsættes.

Observation

- Det observeres at der er frit udløb af urin i posen efter skylning
- Der observeres for blødning efter skylning.
- Borger observeres for smerter.

Ved vedvarende blødning som ikke forsvinder over få timer eller smerter kontaktes sygeplejerske/læge iht. generel instruks.

Dokumentation

iht. generelle retningslinjer

Forebyggelse og vejledning

Iht. generelle retningslinjer

Ved hyppig behov for skylning kontaktes læge for anden behandling.

Det sikres at der foreligger nødvendig bevilling ved behov for rutinemæssig forebyggende skylning

Udarbejdet

Udarbejdet 19.03. 2017, 11.09.2018 og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna

Medicinering – Suppositorier og vagitorier

Standard	De procedurer, der foretages i forbindelse med givning af suppositorier (supp.) hhv. vagitorier (vag.).
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre ensartet og korrekt anvendelse af medicin
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <p>Stabile forløb kan varetages af</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social- og sundhedsassistenter• Social- og sundhedshjælper efter borgerspecifik videre delegation• Pædagogisk personale med særlige kompetencer. <p>Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter.</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har gennemgået undervisning i håndtering og anvendelse af supp./vag. og kan håndtere dette sikkert.• Udfører har kendskab virkninger og bivirkninger.• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige forløb, hvori behandling med supp./vag er en løsning. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p><u>Før/forberedelse</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til medicinlisten i EOJ. Stikpiller vil være opmærket ved sundhedsfagligt autoriseret personale i forbindelse med medicindosering.• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.• Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten EOJ.

- Informere borger om behandlingen.
- Borger skal lejres hensigtsmæssigt, så indføringen kan foregå med mindst muligt ubehag.

Under

- Supp./vag. indføres iht. anvisningerne.

Observation

- Der observeres for modstand mod anlæggelse, smerter, blødning eller ubehag.
- Om supp./vag. forbliver inde.

Dokumentation

- Udfører skal dokumentere i EOJ.

Forebyggelse og vejledning

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/ forgiftninger af medicinen.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 19.01.2015. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.

Medicinering - subkutane injektioner

Standard	Den procedure, der foretages ved administration af medicin beregnet til injektion i underhuden – for insulin gælder dog særskilt instruks
Standardens formål	Sikre at borgeren får den ordinerede medicin korrekt.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Subcutane injektioner kan ikke videredelegeres</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører er introduceret til, oplært i og kan varetage Gribskovs instruks om subkutan injektion.• Udfører har deltaget i undervisning og har gennemgået træning vedrørende subkutan injektioner og kan håndtere denne teknik sikkert.• Udfører har kendskab de hyppigste bivirkninger og symptomer på forgiftninger ved brugte præparater.• Udfører har indgående kendskab til retningslinjer for vurdering og behandling af anafylaktisk chok og behersker dette. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p><u>Før/forberedelse:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til EOJs medicinliste.• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.• Kontroller at ordination på pakningen stemmer overens med medicinlisten i EOJ.• Sikre at borger ikke er i blodfortyndende behandling. Hvis borger er dette, kontakt da læge vedr. videre

procedure eller følg allerede fra læge givne instrukser. Hav desuden hæmostatisk svamp parat. I disse tilfælde forlænges observationsperioden efter injektion til man er helt sikker på at blødning er stoppet.

- Borgeren er orienteret om formål og behandling.
- Adrenalin 0,5 mg/ml ampul og sprøjte + kanyler til indgift af dette eller EpiPen/Jext.
- Steril sprøjte
- Sterile kanyler (en til optrækning af medicin og en til injektion)
- Gaze

Under:

- Den ordinerede medicin klargøres i korrekt sprøjte afhængig af væskemængden. Volumen < 0,5 ml skal optrækkes i en 1 ml sprøjte.
- Subkutane injektioner gives oftest på den udvendige side af låret, her findes ikke store kar eller nerver, der kan beskadiges af kanylen.
- Det undersøges at injektionsstedet er uden sår, tegn på infektion og blå mærker.
- Der sammenklemmes en hudfold i område.
- Hurtigt føres kanylen 1-2 cm ind i det subkutane væv i en vinkel af 45 grader, hudfolden slippes.
- Stemplet trækkes lidt tilbage for at tjekke, at der ikke er blod i sprøjten – er dette tilfældet tag da straks sprøjten ud og start forfra.
- Medicinen injiceres jævnt og langsomt.
- Der skal **ikke** masseres på injektionsstedet efterfølgende, da det kan give vævsirritation.

Efter:

- Sæt plaster eller gaze over indstikssted og sikre stop af evt. blødning.
- Smid kanyler i gul kanyler boks.
- **Kom ikke beskyttelseshætte på nål, da det øger risiko for stik på udførers fingre.**

Observation

- Observere hud og indstikssted efter injektion.
- Observere borgers tilstand min. 5 min efter injektion eller efter anbefaling vedr. givne præparat. Se

- vejledning vedr. gældende medicin/præparat.
- Udfører har pligt til at kontakte læge ved forkert indgift eller andre uregelmæssigheder.

Dokumentation, forebyggelse og vejledning

Iht. generelle retningslinjer

Udarbejdet

Revideret og godkendt af Praksiskonsulent Hanne Skjerna
16.01.2015. Senest revideret 19.03.2017, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

Anlæggelse og brug af subkutan kanyle

Standard	Den procedure der omhandler anlæggelse og brug af subkutane kanyler
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at der etableres subkutan administrationsvej hos terminale patienter, der ikke kan indtage peroral medicin, således at hyppige injektioner undgås, idet subkutane injektioner er mindre smertefulde end intramuskulære, og der sker en mere jævn optagelse af længere varighed.• Sikre at terminale patienter lindres bedst mulig og mest skånsomt.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Anlæggelse og brug af subkutane kanyler kan ikke videredelegeres.</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører behersker teknikken i anlæggelse, pleje og brug af subkutan kanyle.• Udfører kender til virkninger og bivirkninger ved den anvendte medicin. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p>Subkutan kanyle overvejes, hvis der inden for samme døgn er brug for flere injektioner. Det kan være nødvendigt at anlægge flere kanyler på samme patient, hvis der skal indgives præparater, der ikke må blandes.</p> <ul style="list-style-type: none">• Borgeren informeres om muligt.• Der vælges sted for anlæggelsen f.eks. overarme, ydersiden af lår, øvre thorax eller evt. mave. Huden må ikke være præget af ødem, sår, infektion eller eksem.• Subkutan injektionssæt, spritswap, prop, fiksmaterialer, sterilt saltvand og den medicin,

der skal gives, gøres klar.

- Handsker
- Slangen fyldes med sterilt isotonisk saltvand.
- Huden desinficeres med spritswaps.
- Nålen indstikkes i en vinkel på 90 grader.
- Fjern plasthætten på nålen.
- Løft huden og sæt nålen i.
- Nålen fikseres yderligere med gennemsigtigt materiale, så den kan observeres for hudreaktioner
- Medicinen kan nu gives. Nålen skylles igennem med det lumen saltvand, der er i slangen, når der gives mindre end 0,5 ml eller når nålen bruges sjældent for at undgå den klotter til.
- Slangen lukkes med en steril prop (identisk med en venflonprop).
- Nålen kan bruges til både bolus (max 4 ml, min. 10 minutters interval) og kontinuerligt infusion.
- Skiftes hver 3. dag (evt. 5 dage i eget hjem) eller ved synlig hudirritation eller dysfunktion.

Observation

- Huden tilses hver gang kanylen anvendes for tegn til infektion eller irritation.
- Visse medikamenter kan virke lokalirriterende.

Dokumentation

Udfører skal dokumentere i EOJ

- Dato, tidspunkt og udfører.
- Beliggenhed af kanylen og dato for skift.

Forebyggelse og vejledning

At kunne vejlede og motivere borgeren til optimal udbytte af behandlingen.

At kunne observere borgerens tilstand og evt. behov for yderligere behandling, samt handle herpå.

At kunne observere evt. bivirkninger/ komplikationer og medvirke til forebyggelse af disse.

Udarbejdet

Version redigeret og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 22.02.2015. Revideret 19.03.2017, 21.06.2017, 11.09.2018 Hanne Skjernaa.

**Reference og
baggrund**

Vejledning til anlæggelse af fastliggende subkutan kanyle,
Sygehus Lillebælt 21/1 2009
"Fastliggende kanyle til subkutan medicinering",
Sygeplejersken juni 2002, nr. 24

Subcutan administration af medicin og væske, Vejledning
ved Nordsjællands hospital onkologisk og palliativ afdeling.
Version 3 23-01-2015

Skift af topkateter

Standard	Den procedure, der foretages, fra det gamle kateter er fjernet/røget ud, til et nyt er genanlagt.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at de borgere som har TOP-kateter og har behov for at få kateteret skiftet, får anlagt et nyt TOP-kateter på fuld forsvarlig vis med færrest mulige komplikationer/ubehag.• At vejlede borgeren og personale i korrekt hygiejne og pasning af TOP-kateter.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Skift af topkateter kan ikke videredelegeres</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører er undervist i urinvejenes grundlæggende anatomi.• Udfører kender til grundbegreber for topkateterets anlæggelse og anatomien i dette.• Udfører er trænet og behersker teknikken omkring skift af topkateter i urinvejene herunder vidende om de komplikationer, der kan opstå og kender egne kompetencer i forhold til vurdering af disse og retningslinjer for håndtering. <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p>Et topkateter skal som regel skiftes fast hver 12. uge med mindre andet aftales med egen læge/Urologisk ambulatorium eller der er anden indikation for dette.</p> <p>Ved urinvejsinfektion skal TOP-kateter skiftes 3. dag efter opstart af behandling for dette.</p> <p><u>Før/forberedelse</u></p>

- Sikre korrekt borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)
- Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.
- Hvis kateteret er stoppet forsøges skylning før skift.
- Ved feber eller anden mistanke om infektion kontaktes e.l.
- Hvis borgerens kateter er faldet ud lægges hurtigst muligt et kvindekateeter ind, så kanalen holdes åben.
- Borger lejres på ryggen.
- Tage de nødvendige remedier frem. (Skiftesæt, nyt kateter (tjek størrelse), ny kateterpose og affaldspose).

Under

- Åben skiftesættet efter sterile principper, herunder tjekkes kateterets holdbarhed, og gør det nye kateter klart – stadig sterilt.
- Tøm kateterballonen for glycerin med en 10 ml sprøjte
- Tage sterile handsker på
- Vask omkring TOP-kateteret med sterilt NaCl.
- Installer rense-gel omkring indstiksstedet.
- Tag det nye kateter i den ene hånd og tage det gamle kateter i den anden hånd.
- Borgerne skal tage en dyb vejtrækning. Idet borgeren puster ud, fjernes det gamle kateter med den ene hånd og straks efter føres det nye kateter ind i hullet med den anden hånd.
- Fyld 5 ml glycerin i ballon på det nye kateter, medmindre andet er angivet i handleplanen, idet det sikres at ballonen er i blæren.
- Træk let tilbage til der er modstand.
- Sæt urinpose eller klemme på kateteret.

Efter

- Fixering af kateterpose – samt evt. forbinding rundt om indstikssted.

Observation

- Løber urinen frit ned i kateterposen?
- Urin udseende, lugt og mængde?

- Er der smerter, blødning eller modstand ved anlæggelse.
- Sygeplejerske/social og sundhedsassistent kontakter læge/sygehus/1813 ved ændringer i borgers tilstand.

Dokumentation

Udfører skal dokumentere i EOJ

- Årsag til skift af topkateter
- Kateterstørrelse og væskemængde i ballon.
- Dato for skift af kateter næste gang

Forebyggelse og vejledning

Iht. generel instruks

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjernaa 30.01.15. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018
Hanne Skjernaa.

Anlæggelse af urinkateter herunder SIK/RIK

Standard	Den procedure hvorved der anlægges urinkateter eller foretages SIK/RIK.
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at borgere med vandladningsproblemer får anlagt det ordinerede kateter på fuld forsvarlig vis med færrest mulige komplikationer og ubehag/smerte til følge.• At vejlede borgeren og personale i korrekt hygiejne og pasning af kateter.• Sikre at bevilling og materialer er til rådighed
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker (Kvinder og mænd)• Social og sundhedsassistenter (Kun kvinder) <p>Anlæggelse af urinkateter og SIK/RIK kan ikke videredelegeres.</p> <p>Kompetencekrav for udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører er undervist i urinvejenes grundlæggende anatomi• Udfører er trænet og behersker teknikken omkring indføring af katetre i urinvejene herunder vidende om de komplikationer, der kan opstå og kender egne kompetencer i forhold til vurdering af disse og retningslinjer for håndtering. <p>Fremgangsmåde</p> <p>Anlæggelse af urinkateter eller SIK/RIK kræver lægelig ordination og anlæggelsen følger denne. Generelt foretages SIK medmindre, det er led i oplæring af borger i RIK.</p> <p>Et permanent silikoneblærekateter, skal som regel skiftes fast hver 12. uge med mindre andet aftales med egen læge/Urologisk ambulatorium eller anden indikation for dette.</p> <p>Ved urinvejsinfektion skal kateter skiftes 3. dag efter</p>

opstart af behandling for dette.

Før/forberedelse

- Sikre korrekt borger gennem navn og fødselsdato (evt. cpr)
- Borgeren er orienteret om formål og behandling og har givet sit samtykke.
- Borger lejres på ryggen i seng.
- Tage de nødvendige remedier frem. (Skiftesæt, nyt kateter (tjek størrelse), handsker, ny kateter pose/kolbe til urinopsamling og affaldspose)
- Nedre toilette.

Under

Permanent kateter

- Åben skiftesættet efter sterile principper, herunder tjekke holdbarhed, og gør det nye kateter klart – stadig sterilt.
- Tage sterile handsker på.
- Vask grundigt omkring urinåbningen med sterilt NaCl.
- Indfør installations-gel lidt ind i urinåbningen.
- Indfør kateteret forsigtigt indtil der begynder at løbe urin ud.
- Fyld 5 ml glycerin i kateterballonen medmindre andet er angivet i handleplan.
- Træk forsigtigt i kateteret, så ballonen hviler på blærebunden
- Påsæt kateterpose.

SIK

- Åben skiftesættet efter sterile principper, herunder tjekke holdbarhed, og gør det nye kateter klart – stadig sterilt.
- Tage sterile handsker på.
- Vask grundigt omkring urinåbningen med sterilt NaCl.
- Indfør installations-gel lidt ind i urinåbningen.
- Indfør kateteret forsigtigt indtil der begynder at løbe urin ud
- Når der ikke løber eller drypper mere urin ud fra katetret, fjernes det forsigtigt.

- Opsaml evt. urinen og mål mængden.

RIK

- Åben kateterpakningen, anvisningen for katetret følges.
- Tage handsker på
- Vask omkring urinåbningen.
- Evt. indføre lidt installationsgel i urinåbningen
- Indføre forsigtigt kateteret i urinrøret til der begynder at løbe urin ud.
- Når der ikke løber eller drypper mere urin ud fra katetret, fjernes det forsigtigt.
- Opsaml evt. urinen og mål mængden

Efter

- Sikre at kateteret ikke generer borger, og at kateteret fungerer (permanent kateter).
- Sikre at der ikke er smerter eller ubehag (efter SIK/RIK)

Observation

- Ved permanent kateter – løber urinen frit ned i kateterposen?
- Urin udseende, lugt og mængde?
- Er der smerter, blødning eller modstand ved anlæggelse.
- Sygeplejerske/social og sundhedsassistent kontakter læge/sygehus/1813 ved ændringer i borgers tilstand.

Dokumentation

Udfører skal dokumentere i EOJ

Ved SIK/RIK

- Tidspunkt og evt komplikationer ved proceduren
- Evt mængde urin ved behov

Ved permanent kateter

- Årsag til anlæggelse af kateter
- Kateterstørrelse og væskemængde i ballon.
- Dato for skift af kateter

Forebyggelse og vejledning

Iht. generel instruks

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 30.01.15. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018, 10.01.2019 Hanne Skjerna.

Medicinering – Administration af øjendråber

Standard	Den procedure, der foretages i forbindelse med øjendrypning
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• At sikre at borgeren får det ordinerede lægemiddel administreret på korrekt vis.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Stabile forløb kan varetages af alle i henhold til den generelle instruks.• Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter. <p>Kompetence krav for udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har gennemgået undervisning i medicinadministration og øjendrypning.• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige øjensygdomme og behandlingen af disse. <p>Fremgangsmåde</p> <ul style="list-style-type: none">• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til FMK.• Der anføres anbrudsdato og holdbarhed, når man tager en ny i brug.• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato og holdbarhed.• Kontroller at ordination på flasken stemmer overens med medicinlisten i EOJ.• Sørg for, at borgeren er lejret siddende eller liggende, så lægemidlet uden besvær kan indgives og fejl undgås.• Have lidt gaze parat til at tørre af med efter indgift.• Borger bøjer nakken lidt tilbage og man holder på over- og underøjenlåg, således at øjet er åbent ved indgiften.• Lægemiddelflasken holdes midt over øjet, men må ikke berøre øjet. Der dryppes det ordinerede antal

dråber i det/de korrekte øje/øjne.

- Er man i tvivl om man har givet det korrekte antal gives en ekstra dråbe, da man kun optager ca. 20 %
- Ved indgift af flere typer øjendråber gøres dette efter ordination vedr. rækkefølge m.m. Som udgangspunkt venter man 2 min. mellem hver type lægemiddel.
- Tørre af omkring øjet med gaze, inde fra øjenkrog og ud.

Observation

Iht. generelle retningslinjer

Dokumentation

Iht. generelle retningslinjer

Forebyggelse og vejledning

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/ forgiftninger af medicinen.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 16.01.2015. Sidst revideret 19.02.2017, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

Medicinering – Administration af øredråber

Standard	Den procedure, der foretages i forbindelse med øredrypning
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• At sikre at borgeren får det ordinerede lægemiddel administreret på korrekt vis.
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p>Udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Stabile forløb kan varetages af alle i henhold til den generelle instruks.• Ustabile forløb kan kun varetages af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter. <p>Kompetence krav for udfører af instruks</p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har gennemgået undervisning i medicinadministration og øredrypning• Udfører har praktisk kendskab til de mest almindelige øresygdomme og behandlingen af disse. <p>Fremgangsmåde</p> <ul style="list-style-type: none">• Den enkelte borgers lægemiddel tages frem i henhold til EOJ• Kontroller lægemidlet med borgeren - for korrekt navn, fødselsdato (evt. cpr) og holdbarhed.• Kontroller at ordination på flasken stemmer overens med medicinlisten i EOJ.• Sørg for, at borgeren er lejret siddende/liggende med det korrekte øre opad, så lægemidlet uden besvær kan indgives.• Der observeres for om øregangen ser fri ud og evt. voks fjernes. Hvis øregangen er synlig tilstoppet kontaktes sygeplejersken/e.l. mhp. evt. øreskyl.• Lægemiddelflasken holdes udfor øregangen uden at berøre huden. Der dryppes det ordinerede antal dråber i øregangen.• Borger forbliver siddende/liggende i 10 min. med øret opad. Øret kan tillukkes med lidt vatskyende vat. Man kan herefter vende borger, hvis der skal dryppes i det andet øre og proceduren gentages.

Observation

Iht. generelle retningslinjer

Dokumentation

Iht. generelle retningslinjer

Forebyggelse og vejledning

- At kunne observere tegn på evt. bivirkninger/
forgiftninger af medicinen.

Udarbejdet

Udarbejdet og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna 11.03.2016. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna.

Øreskylning

Standard	Den procedure der beskriver skylning af ører
Standardens formål	<ul style="list-style-type: none">• At sikre at borgeren får skyllet ører ved behov på korrekt vis.• At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med øreskyl
Opfyldelse af standarden	Indikator til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin.
Trin 1: Retningslinjer	<p><i>Udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejersker• Social og sundhedsassistenter <p>Øreskyl kan ikke videredelegeres.</p> <p>Der skal foreligge lægelig ordination.</p> <p><i>Kompetencekrav for udfører af instruks</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Udfører har grundlæggende kendskab til ydre øres anatomi• Udfører har kendskab til at se ind i øret og vurdere behovet for øreskyl• Udfører er undervist i øreskylning <p><i>Fremgangsmåde</i></p> <p>Mistanke om tilstopning af øret med voks kan f.eks. være begrundet i borgers klage over nedsat hørelse, fornemmelse af tillukkethed i øret, nyopstået øresusen, let svimmelhed eller synlig tillukning. Borgere, der renser ører med vatpinde eller bruger høreapparat, er særlig udsatte for tillukning af øregangen med voks.</p> <p>Cave skylning af ører, hvor der er kendt defekt trommehinde</p> <ul style="list-style-type: none">• Der foretages otoskopi med enten otoskop eller anden lyskilde + øretragt. Dette foregår ved, at der tages fat i øvre del af øremuslingen og trækkes opad-bagud, således at øregangen rettes ud og

forholdene i øregangen kan vurderes. Der ses efter andet fremmedlegeme (f.eks. vat fra vatpind eller lign.). Der ses efter rødme eller sårdannelse af øregangshuden. Hvis øregangen findes tilstoppet af voks fortsættes proceduren ellers kontaktes e.l. for vurdering.

- Man kan med fordel dryppe øret med olie (almindelig madolie kan anvendes, alternativt removax) morgen og aften i 2 – 3 dage.
- Der anvendes lunken vand ca. svarende til kropstemperatur.
- Borger orienteres om proceduren og accepterer denne.
- Borger lejres hensigtsmæssigt i forhold til øreskyl med mulighed for at opsamle skyllevandet i kapsel og tøjet afdækkes med f.eks. håndklæde eller lign.
- Der anvendes janetsprøjte uden overskydende luft i sprøjten. Der tages igen fat i øremuslingen og trækkes opad bagud. Spidsen af janetsprøjten rettes mod forvæggen af øregangen, hvorefter øret skylles med et jævnt flow.
- Der stoppes efter 5 skylninger, hvorefter øret inspiceres igen for evt. effekt og rester. Hvis der er fortsat ørevoks skylles på ny x 5. Hvis der fortsat ikke er effekt opstartes/gentages øredrypning med olie i 2 – 3 dage igen før fornyet skyl. Hvis fornyet skyl er uden effekt kontaktes e.l.
- Efter endt øreskyl inspiceres øret på ny, idet man ser om trommehinden er intakt og synlig og bemærker sig hudens udseende, evt blødning eller andet.

Observation

- Borger observeres i 10 min. efter øreskyl for gener i form af smerter, blødning fra øret, svimmelhed eller andre klager.
- I øvrigt iht. generel instruks

Dokumentation

Iht. generel instruks

Forebyggelse og vejledning

- Borger vejledes i hensigtsmæssig rensning af ører.

Udarbejdet

Udarbejdet 12.07.2016 og godkendt af praksiskonsulent Hanne Skjerna. Revideret 03.10.2016, 11.09.2018 Hanne Skjerna.



NOTAT

Delegation og brug af faglige kompetenceprofiler

Den 30. januar 2013

Indhold

Forord	2
Begrebsafklaring.....	3
Baggrund.....	4
Regler om delegation, videre delegation og rammedelegation	4
Rettigheder og pligter i forhold til autorisationsloven	5
Hvem kan delegere og videre delegere?.....	6
Videre delegation til private leverandører	6
Sygeplejeopgaver, der ikke er lægeordnede	8
Erfaringer fra praksis i kommunerne	8
Ledelsesansvar og fagligt ansvar	9
Mere fleksible og effektive værktøjer efterspørges	10
Faglige kompetenceprofiler kan være løsningen.....	12
Anbefalinger til anvendelse af faglige kompetenceprofiler	13
Bilag 1 Faglig kompetenceprofil til Sygeplejersker - udarbejdet med inspiration i uddannelsesbekendtgørelse fra 2008	17
Bilag 2 Faglige kompetenceprofiler til social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere - udarbejdet med inspiration i uddannelsesbekendtgørelse fra 2001	21
Bilag 3 Faglige kompetenceprofiler til social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere - udarbejdet med inspiration i uddannelsesbekendtgørelse som træder i kraft 1. januar 2013	27

Jnr 09.02.16 G60
Sagsid 000236582

Ref BTA
bta@kl.dk
Dir 3370 3952

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3371

www.kl.dk

1/33

Forord

Kommunerne oplever, og vil også i de kommende år opleve, et betydeligt pres på hjemmesygeplejen. Der vil komme flere, nye og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver ud i kommunerne, hvilket vil medføre et øget behov for at kunne arbejde strategisk og målrettet med prioritering af indsatserne.

Den nuværende dokumentationspraksis danner ikke tilstrækkelig grad baggrund for den nødvendige prioritering. Desuden er der brug for at udvikle en ny dokumentationspraksis, som sikrer, at den sundhedsfaglige dokumentation lever op til dokumentationsreglerne på sundhedsområdet.

I praksis oplever mange kommuner, at det er en udfordring at adskille sundheds- og sygeplejeopgaver fra servicelovens opgaver i organisatoriske enheder, som primært leverer opgaver efter serviceloven. Det gælder fx i hjemmepleje, på plejecentre og på sociale botilbud. Det er vigtigt at have styr på, hvornår medarbejderne handler efter henholdsvis sundhedslov og servicelov, da der er forskel på patienternes retsstilling. Når der leveres indsatser efter sundhedsloven, skal det være klart for både patienter og medarbejdere, at det forsat er reglerne om delegation, sundhedsfagligt ansvar og patientsikkerhed, der er gældende.

På baggrund af disse oplevede udfordringer er notatet *Delegation og brug af faglige kompetenceprofiler* udarbejdet som et produkt fra KL's Partnerskabsprojektet om dokumentation af hjemmesygepleje, som er et 2årigt projekt mellem KL og 45 af landets kommuner. I notatet bliver delegationsreglerne beskrevet og hvilket ansvar, autoriserede sundhedsperson har, når de varetager opgaver efter sundhedsloven. Desuden er der udviklet nogle overordnede kompetenceprofiler, som kan understøtte en lettere delegationspraksis, idet nogle opgaver kan rammedelegeres.

Lovfortolkningen i notatet er blevet gennemlæst og godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Begrebsafklaring

(Hjemme)sygepleje/(hjemme)sygeplejeindsatser/(hjemme) sygeplejeopgaver: henviser til indsatser, der bevilges efter §138 i sundhedsloven. Begreberne bruges synonymt. Sygeplejeindsatser er ikke forbeholdt sygeplejersker, men kan udføres af alle faggrupper. Sygeplejeindsatser kan også leveres i mange forskellige enheder: hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, plejecentre, sociale botilbud, sygeplejeklinikker, akut- og rehabiliteringspladser, akutteams mv.

Hjemmepleje: personlig og praktiskhjælp samt træning efter § 83 og § 86 i serviceloven.

Hjemmesygeplejen: den organisatoriske enhed, der udfører (hjemme)sygepleje som udkørende funktion i patientens eget hjem eller i en plejebolig/botilbud.

Hjemmeplejen: den organisatoriske enhed, der udfører personlig og praktiskhjælp samt træning efter § 83 og § 86 i serviceloven.

Baggrund

Erfaringerne fra partnerskabsprojektet om dokumentation og udvikling af hjemmesygeplejen peger på, at der er ganske betydelige udfordringer i praksis med at håndtere delegation, videredelegation og rammedelegation af lægeordnede opgaver.

Regler om delegation, videredelegation og rammedelegation

Indledningsvist er det væsentligt at fastslå, at alle opgaver, der er omfattet af regler om delegation, videredelegation og rammedelegation, i sit udspring skal være lægeordnede. Der er alene tale om delegation, videredelegation og rammedelegation, når opgaver i udgangspunktet er kategoriserede som forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

På det kommunale ældre- og sundhedsområde er der primært tale om følgende opgavetyper: alle former for medicin håndtering, sårpleje, kateterpleje, sonde- og sondeernæring, stomipleje, ernæringsudredning, ernæringsplaner, dialyse, telemedicin og diverse undersøgelser herunder blodsuktermåling. Når en sådan opgave henvises til hjemmesygeplejen, er der tale om, at lægen delegerer opgaven til hjemmesygeplejen. Hjemmesygeplejen vurderer herefter, hvilken karakter opgaven har, herunder graden af kompleksitet, og tager stilling til, om opgaven kan varetages af andre faggrupper.

Når en sygeplejerske får delegeret en opgave fra en læge og delegerer den videre til fx en social- og sundhedsassistent, er der tale om videredelegation. Det vil sige at der foretages en videredelegation, når der delegeres fra en person til en anden. Den, der videredelegerer, har ansvar for at sikre, at den, der videredelegeres til, har de fornødne kompetencer. Ledelsen af hjemmesygeplejen har ansvar for, at personalet har de fornødne kompetencer til at løfte delegerede opgaver.

Når en autoriseret sundhedsperson delegerer en opgave inden for en forud fastsat ramme, er der tale om rammedelegation. For eksempel kan der i visse situationer være tale om, at en hjemmesygeplejerske uden forudgående lægekontakt foretager en blodprøve, hvor fx en diabetespatient er blevet dårlig. I sådanne situationer kan det være hensigtsmæssigt, at hjemmesygeplejersken ved telefonisk kontakt til patientens praktiserende læge kan oplyse blodsukkerkoncentrationen.

Ved rammedelegation er det den behandlingsansvarlige læge, der beslutter, hvilke opgaver der kan delegeres i form af rammedelegation til hjemmesygepleje. Når der foretages en rammedelegation til hjemmesygeplejen, har lægen ikke samme ansvar som ved en konkret delegation. Lægen skal såle-

des ikke sikre, at personalet har de rette kompetencer, at personale er instrueret eller føre tilsyn med personalet. Det er kommunalbestyrelsen, der har det overordnede ansvar for, at der i kommunen er en ledelse, der kan sikre, at der foreligger tilstrækkelige instrukser, og at personalet er kvalificeret til at udføre opgaverne, samt at føre relevant tilsyn med opgaverne.

Rettigheder og pligter i forhold til autorisationsloven

Reglerne om delegation og videredelegation (brug af medhjælp) udspringer af autorisationsloven. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter bliver som følge af deres uddannelse autoriserede sundhedspersoner. De er således omfattet af autorisationsloven med tilhørende rettigheder og pligter. De har med autorisationen ret til at kalde sig henholdsvis sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. For sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter betyder autorisationen derfor, at de ved at bruge deres titel kan synliggøre, at de har en særlig uddannelsesmæssig baggrund, som giver dem kompetence til at udøve sundhedsfaglig virksomhed. Kun læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre, kliniske tandteknikere, kontaktlinseoptikere og optometriste samt tandplejere har som følge af deres autorisation ret til at udøve en bestemt sundhedsfaglig virksomhed. Det er denne sundhedsfaglige virksomhed, der er tale om, når begreberne delegation, videredelegation og rammedelegation bruges.

En autoriseret sundhedsperson er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp (delegation, videredelegation og rammedelegation), økonomisk ordination af lægemidler m.v.

Alle autoriserede sundhedspersoner og deres evt. medhjælpere skal føre patientjournaler over deres virksomhed. Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og andre, der handler på delegation fra en læge, er dermed forpligtet til at føre sygeplejefaglige optegnelser i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Patientjournalen skal føres, når der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages undersøgelse og behandling m.v. af patienter. Der skal føres en journal for hver patient. Patientjournalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling. Oplysningerne skal journalføres så snart som muligt efter patientkontakten. Det skal fremgå, hvem der har indført oplysningerne i patientjournalen og tidspunktet herfor.

Autoriserede sundhedspersoner er undergivet tilsyn af Sundhedsstyrelsen. I den forbindelse er autoriserede sundhedspersoner og eventuelle arbejdsgi-

vere for sådanne forpligtede til på begæring af tilsynsmyndigheden at afgive alle oplysninger, der er nødvendige for gennemførelse af tilsynet, herunder oplysninger til brug for vurdering af fratagelse af autorisation.

Hvem kan delegerer og videredelegerer?

Jævnfør ovenstående afsnit er det alene lægen, der delegerer, og lægen kan i princippet vælge at delegerer til alle – både autoriserede sundhedspersoner, plejepersonale og privatpersoner. I alle tilfælde har lægen ansvaret for at sikre sig, at den, der delegeres til, har de fornødne, faglige kompetencer.

Når lægen delegerer en opgave til den kommunale hjemmesygepleje, delegerer lægen opgaven med afsæt i reglerne om rammedelegation. Lægen delegerer til den organisatoriske enhed ”hjemmesygeplejen”, hvor det er kommunalbestyrelsens ansvar at sikre, at hjemmesygeplejen har relevante faglige kompetencer.

Hvis lægen delegerer en opgave, der ligger ud over de kompetencer, der er til stede i enheden, så er det hjemmesygeplejens ansvar at gøre lægen opmærksom på dette, så lægen kan tage stilling til, hvad der så skal ske, eventuelt om der kan gives oplæring. Kommunalbestyrelsen har altså ansvaret for at sikre, at enheden ”hjemmesygeplejen” har de rette faglige kompetencer. Der er ikke noget krav om, at det alene er sygeplejersker, der arbejder i hjemmesygeplejen – det kan være alle faggrupper.

I praksis oplever mange kommuner, at det er en udfordring at adskille sundheds- og sygeplejeopgaver fra servicelovens opgaver i organisatoriske enheder, som primært leverer opgaver efter serviceloven. Det gælder fx hjemmepleje, plejecentre og sociale botilbud.

Når hjemmesygeplejen vælger, at en lægeordineret opgave skal overgå fra den organisatoriske enhed ”hjemmesygeplejen” til en anden organisatorisk enhed i kommunen, er der tale om en rammedelegation. Her har den organisatoriske enhed ”hjemmesygeplejen” ansvaret for at sikre, at der er de fornødne faglige kompetencer til stede i den enhed, der skal varetage opgaven. Hjemmesygeplejen bevarer ansvaret for at følge op på den delegerede opgave. Det er altså vigtigt at understrege, at uanset hvordan kommunen i øvrigt er organiseret, så forbliver opgaven en sygeplejeopgave uanset, hvilken organisatorisk enhed, der varetager opgaven.

Videredelegation til private leverandører

Kommunen har fri adgang til at indgå aftaler med private om at løse en kommunal opgave, med mindre andet fremgår af særloven for et område.

Derved kan kommunen også indskrive i udbuddet, at de private leverandører skal kunne levere delegerede sygeplejeopgaver. Dog kræver det lov-hjemmel, såfremt der er tale om opgaver, der indebærer myndighedsudøvelse. Myndighedsudøvelse er fx meddelelse af tilladelser, forbud, påbud mv.

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje, at det er kommunen, der skal træffe afgørelse om tildeling af indsatser fra hjemmesygeplejen. Det betyder, at det er kommunen, der for den enkelte patient skal træffe afgørelse om, hvorvidt denne kan modtage indsatser fra hjemmesygeplejen.

Hvis sygeplejeopgaver videredelegeres eller rammedelegeres til en privat leverandør, eller hvis dele af hjemmesygeplejen er udliciteret, er det kommunen, der har ansvaret for, at opgaven bliver løst korrekt. Det kan både have betydning i forhold til klagesager og sager om erstatningsansvar. Der findes på nuværende tidspunkt – så vidt vides – ingen principielle sager, der kan give retningslinjer for, hvad en kontrakt skal indeholde for, at der er en klar ansvarsfordeling mellem kommune som myndighed og den private leverandør. En kontrakt bør dog som minimum indeholde bestemmelser om:

- At der forefindes de nødvendige sygeplejefaglige kompetencer blandt leverandørens ansatte
- At det sygeplejefaglige ansvar i leverandørens virksomhed er beskrevet
- At den private leverandør er forpligtet til at levere indsatserne i henhold til kommunens retningslinjer (fx indsatskatalog)
- At den private leverandør har udarbejdet de nødvendige retningslinjer for udførelse, optegnelser og dokumentation, delegation samt handlinger i forhold til utilsigtede hændelser, og at disse skal godkendes af kommunen
- At levering af opgaver sker på baggrund af lægefaglig ordination eller kommunens visitation, samt at der er fastlagt en arbejdsgang, hvor kommunen godkender (visiterer) opgaver, der igangsættes på baggrund af lægefaglig ordination, der er tilgået direkte til den private leverandør
- Arbejdsgang ved igangsættelse af akutte sygeplejeopgaver, hvor kommunal visitation først kan foregå efter, at opgaven er igangsat
- Hvordan de leverede opgaver dokumenteres
- Hvordan dokumentationen udveksles mellem kommunen og leverandøren
- At den private leverandør er forpligtet til at kontakte kommunen eller den ordinerende læge og frasige sig opgaven, hvis leverandøren

ikke mener at besidde de fornødne kompetencer til at kunne løse opgaven fagligt forsvarligt

Endelig bør det tydeligt fremgå, hvilke lovgivninger opgaven løses i henhold til – fx bekendtgørelse om tildeling af hjemmesygepleje, erstatningsansvarsloven og lov om klage- og erstatningsansvar inden for sundhedsvæsenet

Sygeplejeopgaver, der ikke er lægeordinerede

Såvel sygeplejersker som social- og sundhedsassistenter, plejehjemsassistenter og plejere¹ udfører en række forebyggelses- og plejeopgaver, som ikke er lægeordinerede.

Det kan fx være opgaver i relation til personlig pleje, ernæring, ADL og anden form for aktivitet og træning. Fælles for denne type af opgaver gælder, at den enkelte sundhedsperson agerer og er ansvarlig inden for rammerne af egne faglige kompetencer. Hvis fx en sygeplejerske leder et forløb, og vurderer, at der hos en patient er behov for ernæringsudredning og efterfølgende udarbejdelse af ernæringsplan og kontinuerlig opfølgning, så er der tale om en opgave, der ligger inden for hjemmesygeplejens arbejdsfelt.

I praksis vil denne opgave ofte blive varetaget i samarbejde mellem flere faggrupper, og selvom det er sygeplejersken, der har ansvaret for at lede selve forløbet, så er det ikke i juridisk forstand tale om en delegation. Der er i stedet tale om en samarbejdsrelation, hvor det er op til ledelsen i den enkelte kommune at fastlægge lokal praksis for, hvor ansvaret for de konkrete opgaver i forløbet er placeret.

Juridisk er ansvaret for det samlede forløb placeret hos ”hjemmesygeplejen” og konkret hos den sygeplejerske, der leder forløbet, herunder også ansvaret for at inddrage lægen, hvis der er indikation for, at fx ernæringstilstanden kræver lægelig behandling.

Erfaringer fra praksis i kommunerne

I mange kommuner er der udarbejdet instrukser for, hvordan ovennævnte skal foregå i praksis, og KL har flere eksempler på, at der er tale om temmelig omfangsrige administrative arbejdsgange.

¹ Plejehjemsassistenter og plejere er nævnt her, fordi det særligt for disse to faggrupper gælder, at de ikke har en autorisation men alligevel er omfattet af Sundhedsvæsnets Disciplinærnævns virksomhed jf. BEK 1448

Det kan fx være sådan, at den person, der videredelegerer en opgave, skal have personlig kontakt til den, der delegeres til for at sikre sig, at vedkommende har de relevante faglige kompetencer, inden delegationen foretages. Hvis vedkommende ikke har de faglige kompetencer, skal den, der vil videredelegere, sørge for kvalificeret instruks og oplæring. Når det er konstateret, at den der delegeres til, kan varetage opgaven, indgår der en form for skriftlig kontrakt, hvor begge parter skriver under på, at opgaven er delegeret, og at de fornødne faglige kompetencer er til stede.

Der er ingen tvivl om, at denne model på alle måder sikrer det juridiske aspekt i sagen og samtidig sætter fokus på, at opgaver og kompetencer skal hænge sammen, ligesom den sikrer fornøden oplæring i den aktuelle opgave. Til gengæld er der også tale om en model, som er endog meget ressourcerelevende, og som ikke i tilstrækkelig grad fokuserer på fremadrettet, effektiv opgavevaretagelse i den samlede organisatoriske enhed. I den beskrevne model er der primært fokus på relationen én til én, hvor den der videredelegerer, og den der modtager opgaven, alene indgår en aftale om varetagelse af opgaven.

Ledelsesansvar og fagligt ansvar

Kommunerne oplever, at det i mange situationer kan være vanskeligt at håndtere snitfladerne mellem det formelle ledelsesansvar og det faglige ansvar for det enkelte patientforløb. Når der opstår uklarhed om ledelses- og fagligt ansvar, hænger det sammen med en række organisatoriske og styringsmæssige faktorer. Den organisatoriske enhed "hjemmesygeplejen" har, jf. vejledning nr. 102 om hjemmesygepleje, ansvaret for at planlægge og lede sygepleje.

Uddrag af vejledning om hjemmesygepleje:

Hjemmesygeplejen planlægger og leder sygepleje, bl.a.:

- Planlægger og leder sundhedsfremme og forebyggelse, sygepleje-, rehabiliterings- og palliative forløb samt lægeordnede behandlingsopgaver.
- Planlægger og leder indlæggelses- og udskrivningsforløb med henblik på at skabe kontinuitet, sammenhængende patientforløb, høj kvalitet og patientsikkerhed.
- Sikrer sammenhæng i forhold til sociale ydelser.

I situationer, hvor hjemmesygeplejen samarbejder med andre organisatoriske enheder, fx hjemmeplejen, om at varetage pleje- og behandlingsopgaver, er der uklarhed om, hvem der reelt har ansvaret for det samlede forløb. Er det hjemmesygeplejen i henhold til vejledningens beskrivelse om planlægning og ledelse af forløbet, eller er det den linjeleder, der har ansvaret for

medarbejderne i hjemmeplejen? Og har det nogen betydning, om linjelederen har en sygeplejefaglig baggrund eller ej?

Uklarheden skærpes yderligere af det forhold, at de to enheder styres forskelligt. Hjemmeplejen styres af en BUM-model med central visitation og aktivitetsbaseret afregning mellem visitation og leverandør af hjemmeplejen, mens hjemmesygeplejen ofte er mål- og rammestyret.

Fælles for både de ledelsesmæssige og styringsmæssige udfordringer gælder, at der ikke findes et éntydigt svar på, hvordan det løses i praksis. I henhold til regler og vejledninger på området er det kommunalbestyrelsens opgave og ansvar, at der skabes rammer for en effektiv og sikker planlægning med fokus på kvalitet, koordinering og kommunikation. Herunder, at der er udarbejdet instrukser, der beskriver ansvar og opgaver.

Instrukser

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for, at der udarbejdes fornødne lokale instrukser, der indeholder retningslinjer for ansvar og kompetence, herunder om delegation i forbindelse med varetagelse af hjemmesygeplejeopgaver, samt indeholder retningslinjer for de procedurer, der lokalt skal følges i forbindelse med opgavevaretagelsen på hjemmesygeplejeområdet.

Med afsæt i beskrivelsen af de nuværende udfordringer skal der derfor i alle kommuner findes instrukser og retningslinjer for, hvordan henholdsvis det ledelsesmæssige og faglige ansvar fordeles, når hjemmesygeplejen løser opgaver sammen med andre organisatoriske enheder.

Mere fleksible og effektive værktøjer efterspørges

I projektkommunerne efterspørges der værktøjer, som minimerer de administrative arbejdsgange og samtidig i højere grad inddrager behovet for, at de forskellige organisatoriske enheder fx et plejecenter eller et hjemmeplejeteam besidder de relevante kompetencer. Der er derfor også brug for en model, hvor bekendtgørelsens regler om rammedelegation kan komme i spil.

Udfordringerne har været drøftet i partnerskabsprojektet, og arbejdsgrupperne peger i dette notat på en anden mere konstruktiv og effektiv praksis, som sikrer juraen, fagligheden samt en mere samlet og koordineret opgavevaretagelse.

Rammedelegation kan bidrage til fleksibel opgavevaretagelse, idet en autoriseret sundhedsperson kan delegerer opgaver inden for en forud fastsat ramme til en nærmere defineret patientgruppe om behandling, uden at den autoriserede sundhedsperson forinden har taget stilling til, at behandlingen skal iværksættes over for de enkelte patienter.

Når der foretages en rammedelegation har lægen ikke ansvaret for udvælgelse, instruktion og tilsyn med de personer, der skal udfører de delegerede opgaver inden for rammen. Det er kommunalbestyrelsen, der har det overordnet ansvar for, at der i kommunen er en ledelse, der kan sikre, at der foreligger tilstrækkelige instrukser, og at personalet er kvalificeret til at udføre opgaverne samt at føre relevant tilsyn med opgaverne.

Hvis der i en kommune arbejdes med rammedelegation, kræver det, at ledelsen klart definerer, hvilke opgaver der kan delegeres til fx social- og sundhedsassistenterne, samt til social- og sundhedshjælperne. Yderligere skal ledelsen sikre, at der foreligger tilstrækkelige instrukser, og at personalet er kvalificeret til at udføre disse opgaver. Hvis en kommune fx har truffet beslutning om, at alle social- og sundhedsassistenter skal kunne varetage insulingivning, er det ikke den enkelte sygeplejerskes ansvar at sikre, at den, der skal udføre den delegerede opgave, besidder de fornødne kompetencer til at varetage insulingivning. Det er i stedet ledelsens ansvar, at alle social- og sundhedsassistenter har de fornødne kompetencer til at varetage opgaven.

Kommunerne i partnerskabsprojektet anbefaler, derfor at der arbejdes målrettet med at integrere værktøjet ”faglige kompetenceprofiler” i instrukserne for delegation, videredelegation og rammedelegation.

Formålet med de faglige kompetenceprofiler er at beskrive de enkelte faggruppers forskellige, faglige kompetencer. En samling af faglige kompetenceprofiler på ældreområdet skal beskrive de samlede kompetencer, som organisationen råder over, og samtidig give et indblik i, hvordan der mest hensigtsmæssigt skabes synergi mellem de forskellige kompetencer. Der er altså ikke alene tale om, at de faglige kompetenceprofiler skal beskrive kompetencer svarende til en nyuddannet medarbejders kompetencer. Der skal i langt højere grad lægges vægt på de kompetencer, der samlet set er til stede i en faggruppe med fordelingen af nyuddannede og erfarne medarbejdere, samt de kompetencer den enkelte kommune ønsker, der skal være til stede og konkret, hvilke opgaver der skal kunne rammedelegeres til og varetages af den enkelte faggruppe. Dermed er det også kommunens ansvar at både nyuddannede og mere erfarende medarbejdere løbende får efter- og

videreuddannelse, så deres kompetencer er i overensstemmelse med kommunens ønsker og forventninger.

Faglige kompetenceprofiler kan være løsningen

Kommunerne i partnerskabsprojektet anbefaler at udarbejde en faglig kompetenceprofil for hver faggruppe, som beskriver, hvilke kompetencer den enkelte faggruppe samlet set skal besidde for at håndtere de sundhedsfaglige opgaver i den konkrete kommune.

Det betyder, at ledelsen i kommunerne skal tage stilling til, hvordan de faglige kompetencer skal fordeles i forhold til de forskellige faggrupper og samtidig tage stilling til, hvordan man sikrer, at den enkelte faggruppe besidder/kan komme til at besidde de beskrevne kompetencer. I den forbindelse er det også relevant at tage stilling til, om den enkelte kompetence skal besiddes af alle medarbejdere i en bestemt faggruppe, eller om det er tilstrækkeligt, at en vis andel af faggruppen har kompetencen. For eksempel kan der være nogle kompetencer, som alle medarbejdere i en faggruppe forventes at have, mens der kan være andre kompetencer, som kun forventes at være til stede i det enkelte team, men ikke nødvendigvis hos alle medarbejdere i det enkelte team. Dette kan underbygges ved at udarbejde faglige kompetenceprofiler på både faggruppeniveau og teamniveau.

Det er væsentligt at tage stilling til volumen af de opgaver, der skal løses med et bestemt sæt kompetencer. Det er fx ikke sikkert, at alle social- og sundhedshjælpere skal have kompetencer i forhold til sondeernæring. Ligesom det måske ikke er nødvendigt, at alle sygeplejersker kan varetage IV-behandling eller dialyse. Det afgørende på dette område er, at der er en tilstrækkelig stor andel af medarbejderkompetencer inden for hvert felt til, at opgaverne kan varetages i alle døgnets timer. Det er ikke hensigtsmæssigt, at en delegeret opgave ”cykler” frem og tilbage mellem forskellige organisatoriske enheder, fordi en plejegruppe fx ikke har en social- og sundhedsassistent med rette kompetencer på vagt på det tidspunkt, hvor opgaven skal varetages. De faglige kompetenceprofiler kan dermed danne grundlaget for håndtering af delegation og rammedelegation både i forhold til alle medarbejdere i en faggruppe og i forhold til teams.

I nogle kommuner er der et ønske om, at de faglige kompetenceprofiler til social- og sundhedsassistenter og -hjælpere også skal omfatte servicelovsopgaver. Dette kan fx tilføjes ved at beskrive, hvilke servicelovsopgaver hjælperne kan varetage, og hvilke servicelovsopgaver der kræver særlig oplæring for at kunne varetages.

Anbefalinger til anvendelse af faglige kompetenceprofiler

Formålet med profilerne er at beskrive de ansvarsområder, de tre faggrupper varetager, hvilket bl.a. kan anvendes ved arbejdsplanlægning, kompetenceudvikling og rammedelegering.

I mange kommuner er der på nuværende tidspunkt kun udarbejdet faglige kompetenceprofiler for sygeplejerskerne. Ved også at udarbejde faglige kompetenceprofiler for de to øvrige faggrupper, bliver det muligt at synliggøre faggruppernes respektive styrker.

Mange social- og sundhedsassistenter oplever at blive sidestillet med social- og sundhedshjælperne på trods af, at de har gennemført en længere uddannelse (se uddannelsesfakta i nedenstående boks). Dette er med til at skabe et anerkendelsesbehov hos social- og sundhedsassistenterne, der bl.a. kommer til udtryk som en stræben efter flere udvidede opgaver og en sidestilling med sygeplejerskerne. Det er afgørende at få formuleret nogle kompetenceprofiler, som synliggør de tre faggruppers uddannelsesmæssige forskelligheder, så der bliver sat fokus på, hvordan deres kompetencer kan supplere hinanden. Dette kan understøtte, at kommunerne i højere grad drager nytte af faggruppernes forskelligheder i den daglige planlægning og opgavevaretagelse og derved styrker de sundhedsfaglige indsatser. Kompetenceprofilerne kan derved også være med til at løfte assistenterne op og give dem mere anerkendelse for deres kompetencer. I nedenstående boks er de tre uddannelsers varighed og adgangskrav beskrevet.

Uddannelses fakta

Sygeplejerske:

Type: Professionsbacheloruddannelse

Varighed: 3½ år

Adgangskrav: Gymnasial eksamen eller fire enkeltfag + erhvervs erfaring eller social- og sundhedsuddannelsen + specifikke adgangskrav

Social- og sundhedsuddannelsen:

Type: Erhvervsuddannelse

Varighed:

Social- og sundhedshjælper: 1 år og 7 mdr. (trin 1)

Social- og sundhedsassistent: efter uddannelse til social- og sundhedshjælper, 1 år og 8 mdr. dvs. samlet uddannelseslængde på 3 år og 3 mdr. (trin 2)

Adgangskrav: Afsluttet folkeskole eller tilsvarende.

Uddannelserne opstartes med et grundforløb på ½ år. Elever, der har mindst 1 års uddannelse eller 1 års arbejds erfaring efter folkeskolen, kan optages direkte på hovedforløbet til social- og sundhedsuddannelsen uden forud erhvervet grundforløbsbevis.

Efter grundforløbet gennemføres social- og sundhedshjælperuddannelsen (trin 1), der varer 1 år og 2 mdr. Efter gennemført uddannelse til social- og sundhedshjælper (trin 1) kan man optages direkte på uddannelsen til social- og sundhedsassistent, som varer 1 år og 8 mdr. (trin 2). Det samme gælder, hvis man har kvalifikationer, der svarer til social- og sundhedshjælperuddannelsen (trin 1), som man har erhvervet ved enten uddannelse eller arbejds erfaring eller en kombination heraf i mindst 1 år og 2 måneder.

De faglige kompetenceprofiler kan også anvendes som et redskab til at sikre det ønskede kompetenceniveau og kompetenceudvikling blandt medarbejderne. Fx kan kompetenceprofilerne fungere som en ramme for en årlig medarbejdersamtale, hvor den enkelte medarbejder og en leder sammen vurderer og følger op på, om medarbejderen besidder de kompetencer, der er beskrevet i kompetenceprofilerne, eller om der er et ønske om eller behov for efter- eller videreuddannelse. Ligeledes kan kompetenceprofilerne anvendes som en overordnet ramme, når der ansættes nye medarbejdere.

Endeligt kan de faglige kompetenceprofiler understøtte anvendelsen af rammedelegation gennem mere detaljerede beskrivelser af, hvilke faggrupper der kan varetage hvilke opgaver, og i den forbindelse skabe større bevidsthed om eget ansvars- og kompetenceområder.

Når der arbejdes med faglige kompetenceprofiler i en kommune, er det afgørende at anskue det som en værktøj i bevægelse, der løbende skal opdateres og udvikles i forhold til de opgaver, der aktuelt løses i organisationen, herunder nye opgaver, der flyttes fra sygehusene til kommunerne, samt i forhold til medarbejdersammensætningen og deres kompetencer.

I bilagsmaterialet er der opstillet overordnede modeller for, hvordan faglige kompetenceprofiler kan opbygges for henholdsvis sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, samt social- og sundhedshjælpere.

Profilerne er opbygget, så de både indeholder en karakteristik af de tre faggrupper, dvs. generelle beskrivelser af hvad faggrupperne er uddannet til, samt mere konkrete beskrivelser af hvilke ansvarsområder og kompetencer de forventes af have. Der kan dog være store lokale forskelle på hvilke opgaver, der forventes at kunne delegeres mellem faggrupperne. For at kunne anvende de faglige kompetenceprofiler i en daglig praksis kræver det derfor en tilretning til den enkelte kommunes praksis, lokal beslutning om hvilke konkrete sundhedslovsopgaver, der kan rammedelegeres til de forskellige faggrupper, og udarbejdelse af lokale instrukser.

For eksempel vil der være opgaver, som i nogle kommuner bliver varetaget af både sygeplejersker og assistenter, mens andre kommuner vælger, at den samme opgave altid skal varetages af en sygeplejerske. Det er ikke afgørende hvilken faggruppe, der varetager konkrete opgaver i den enkelte kommune, men kommunen skal sikre, at opgaverne løses på et højt fagligt niveau, at patientsikkerheden prioriteres, og at patienten sættes i centrum for indsatserne.

I bilag 1 er der udarbejdet en overordnet ramme til en faglig kompetenceprofil for sygeplejersker. Profilen er udarbejdet med inspiration fra bekendtgørelsen for sygeplejeuddannelsen fra 2008. Foruden bekendtgørelserne er den faglige kompetenceprofil inspireret af projektkommunernes indsendte kompetenceprofiler.

I bilag 2 er der udarbejdet en overordnet ramme til faglige kompetenceprofiler for hhv. social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter som tager udgangspunkt i den aktuelle bekendtgørelse og uddannelsesordning. Foruden bekendtgørelserne er de faglige kompetenceprofiler inspireret af projektkommunernes indsendte kompetenceprofiler.

Bekendtgørelsen og uddannelsesordningen for social- og sundhedsuddannelserne er stort set uændret siden 2001. I de forløbne 10 år er der sket en lang række organisatoriske og strukturelle ændringer på det arbejdsmarked,

som uddannelsen retter sig imod, ligesom der er sket ændringer i de opgaver, som social- og sundhedsuddannede skal løse:

- Nye sygehusstrukturer, øget specialisering, akkreditering
- Tværsektorielle patientforløb og øget dokumentation
- Øget fokus på rehabilitering
- Øget brug af velfærdsteknologi

Aktuelt arbejder arbejdsmarkedets parter i regi af PASS på at få en ny bekendtgørelse og uddannelsesordning godkendt, som højner kompetencemålene, de praktiske mål og de faglige mål for nyuddannede social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter. Målene i den nye uddannelsesordning er mere konkrete og målbare, og forskellen på de to faggruppers kompetencer er blevet tydeliggjort. Desuden er der udviklet nye områdefag og valgfri specialefag, der svarer til de nye opgaver. Den nye uddannelsesordning sætter mere fokus på:

- Forebyggelse, rehabilitering og egenomsorg
- Kommunikation, samarbejde, vidensdeling og implementering
- Koordinering, planlægning og dokumentation
- Velfærdsteknologier og hjælpemidler

I bilag 3 er der derfor udarbejdet en overordnet ramme til faglige kompetenceprofiler for hhv. social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter som tager udgangspunkt i den nye bekendtgørelse og uddannelsesordning for social- og sundhedsuddannelserne.

Bilag 1 Faglig kompetenceprofil til Sygeplejersker - udarbejdet med inspiration i uddannelsesbekendtgørelse fra 2008

Faglig kompetenceprofil: Sygeplejersker

Sygeplejersken medvirker til at opfylde målsætninger for befolkningens sundhed på sundhedsområdet og det sociale område. Sygeplejerskerne fungerer selvstændigt med eget kompetenceområde og indgår i et tæt fagligt og tværfagligt samarbejde med andet sundhedsfagligt personale. Sygeplejerskerne er nøglepersoner i forhold til det tværsektorielle samarbejde mellem Regionens sygehuse, de private klinikker, de praktiserende læger og Kommune.

Hjemmesygeplejerskens kerneområder er både at være et væsentlig bidragsyder i den forebyggende og sundhedsfremmende indsats og at være omdrejningspunktet i relation til patienter med komplekse og sammensatte behov. Herunder at understøtte og lede patientforløb, så patienterne oplever sammenhæng og koordinering i de leverede sygeplejefaglige indsatser.

Efter endt uddannelse er sygeplejerskerne kvalificeret til at udføre, formidle og lede sygepleje, der er af såvel sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, forebyggende som behandlende, rehabiliterende og lindrende karakter. De kan vurdere, begrunde og udvikle sit professionelle virke i forhold til patienten, samt udvikle sygepleje, skabe fornyelse og anvende kendt viden i nye sammenhænge samt følge, anvende og deltage i forskningsarbejde inden for sundhedsområdet samt

Kompetence og ansvarsområder

I dette afsnit opstilles nogle konkrete kompetencer og ansvarsområder, som en sygeplejerske forventes at have efter endt uddannelse. Det er kommunens ansvar at medarbejdernes kompetencer løbende bliver øget eller vedligeholdt i forhold til kommunens kompetenceprofil. Kompetencer og ansvarsområder er bygget op omkring sygeplejens fire virksomhedsområder: At udføre sygepleje, at planlægge og lede sygepleje, at formidle sygepleje samt at udvikle sygepleje.

At udføre sygepleje

- Hjemmesygeplejersken udfører sygepleje, rehabilitering og palliation i forløb af forskellig varighed, bl.a. til patienter med kroniske lidelser, alvorligt syge og døende mv.

- Yder som udgangspunkt kompleks sygepleje til patienter, som er visiteret til sygepleje.
- Understøtter patienter i mestring af deres livssituation og varetager sundhedspædagogiske opgaver
- Kan analysere konkrete sygeplejefaglige problemstillinger og drøfte mulige sammenhænge, årsager og konsekvenser knyttet til disse
- Kortlægger patienternes sundhedsbehov og sygdomsrisici på det fysiske, mentale og sociokulturelle plan.
- Iværksætter sygeplejefaglige indsatsområder og udarbejder handlingsplaner, som dækker patienters behov for sygepleje døgnet rundt. Handlingsplanerne skal have et sundhedsfremmende sigte.
- Udfører udredning, forebyggelse og opfølgning af bl.a. infektion, inkontinens, demens, palliation, sår, underernæring og samarbejder med relevante samarbejdspartnere.
- Udfører lægeordnede behandlingsopgaver.
- Observerer patientens tilstand og effekten af sygepleje og behandling
- Observerer, rådgiver og varetager helhedspleje hos kronisk syge og svage patienter, og vurderer om den sygeplejefaglige indsats er tilstrækkelig. Søger løsninger der giver patienten det bedste forløb.
- Sikrer at der følges op på sygeplejeindsatserne, medhenblik på at justere eller afslutte indsatsen på baggrund af en løbende observation og vurdering af patientens helbredstilstand.
- Yder borger- og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på at bevare og styrke den enkelte patient og grupper af patienters sundhed.
- Yder psykisk pleje og omsorg til patienten og dennes pårørende og foretager løbende opfølgning.
- Arbejder sundhedsfremmende og formidler kontakt til hjælpegrupper, terapeuter, sundhedsklinik og sundhedscenteret.

At formidle sygepleje

- Samarbejder med patienter, pårørende og andre fagpersoner i planlægning, koordinering, delegering, udførelse og evaluering af sygepleje
- Rådgive, vejlede og undervise patienter, pårørende og øvrige sundhedsfaglige personalegrupper, herunder elever og studerende.
- Formidle sundhedsfremmende rådgivning, undervisning og vejledning til patienter i forhold til KRAM og i forhold til forebyggelse af deres sygdom.
- Behersker almindelig dokumentationspraksis, anvende relevante dokumentationssystemer og administrative procedurer

- Medvirke til at bevare og styrke patienternes sundhed via borger- og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse f. eks. Henvise borgerne til relevante samarbejdspartnere som fx sundhedscenteret, sundhedsklinikken og de forskellige sundhedsfremmende tilbud i kommunen.

At planlægge og lede sygepleje

- Identificerer selvstændigt sygeplejebehov, opstiller målsætninger, udfører, evaluerer og justerer sygepleje for udvalgte patientgrupper
- Medvirker til at sikre kontinuitet og koordinering i pleje- og behandlingsforløb, herunder samarbejde med andre faggrupper, den enkelte patient, pårørende, på tværs af sektorer og institutioner
- Varetager overordnede og koordinerende samarbejde med praktiserende læger, hospitaler, hospice, speciallæger, patienten og de pårørende.
- Koordinerer sygepleje i samarbejde med andet sundhedsfagligt personale og vurderer, hvornår sygeplejefaglige indsatser kan uddelegeres.
- Har ansvar for at sikre, det sundhedsfaglige personale kan påtage sig de delegerede opgaver.
- Planlægger og leder indlæggelses- og udskrivningsforløb med henblik på at skabe kontinuitet, sammenhængende patientforløb, høj kvalitet og patientsikkerhed.
- Koordinerer patientens indlæggelse og udskrivelse i samarbejde med sygehusene, den praktiserende læge og hjemmeplejen.
- Vurderer hvilken pleje der er behov for at iværksætte, når patienten udskrives akut.
- Sikrer sammenhæng i forhold til sociale ydelser.

At udvikle sygepleje (Den enkelte sygeplejerske eller den organisatoriske enhed?)

- Udvikle sygepleje, skabe fornyelse og anvende kendt viden i nye sammenhænge samt følge, anvende og deltage i forskningsarbejde inden for sundhedsområdet
- Ser muligheder i ny teknologi (fx velfærdsteknologi) og indtænker den i det daglige arbejde
- Løbende vurdere, begrunde og udvikle sit professionelle virke i forhold til patienten.
- Kan søge, sortere og vurdere viden om kliniske retningslinjer samt relevante forsknings- og udviklingsarbejder der bør anvendes i sygeplejerskens virksomhed

- Sætter systematisk sin egen og andres sygeplejepraksis i et større perspektiv for at udvikle sygeplejefaget og værne om dets troværdighed.
- Udvikler og forbedrer kvaliteten og sikkerheden for patienten, bl.a. gennem dokumentation og kvalitetsudvikling.
- Arbejder evidensbaseret ud fra bedste kliniske praksis og deltager i implementeringen af nye tiltag.
- Medvirker i analyse af lokale sundhedsbehov og rådgiver om det lokale sundhedsvæsens udvikling, bl.a. når det gælder sundhedsfremme og forebyggelse, rehabilitering, palliation og sammenhæng mellem sundheds- og sociale tilbud mv.
- Holder sig orienteret om og tilegne sig ny viden om den sociale- og sundhedspolitiske udvikling og deltager i debatten herom.
- Arbejder analyserende og reflekterende og vurderer til stadighed den udførte pleje og justerer løbende med henblik på at forbedre plejetiltagene.
- Samarbejder med Sundhedscenteret og Sundhedsklinikker for at udvikle nye forebyggende tiltag.

Bilag 2 Faglige kompetenceprofiler til social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere - udarbejdet med inspiration i uddannelsesbekendtgørelse fra 2001

Faglig kompetenceprofil: Social- og sundhedsassistenter

Social- og sundhedsassistenterne er først uddannet social- og sundhedshjælpere, og har efterfølgende taget assistentuddannelsen som en overbygning. Social- og sundhedsassistenter arbejder også ud fra en omsorgs- og sundhedsfremmende tilgang og bidrager til, at patienten oplever sammenhæng og kontinuitet. Social- og sundhedsassistenter tager udgangspunkt i en individuel og helhedsorienteret omsorg og pleje på baggrund af patientens værdier og behov. De arbejder med såvel somatik som psykiatri, men i forhold til de to andre faggrupper har de særlige kompetencer til at varetage helhedsplejen for de psykiatriske grupper. Social- og sundhedsassistentens arbejde består i at vurdere behovet for, udføre selvstændigt og tilrettelægge sammensatte omsorgs- og aktiverende opgaver, herunder stimulering af fysiske, intellektuelle og kreative funktioner i forhold til enkeltpersoner og grupper af patienter. Derudover leder og fordeler social- og sundhedsassistenter i nogle tilfælde arbejdet for social- og sundhedshjælpere og arbejder ofte selv i samråd, og med faglig sparring fra sygeplejersker.

Kompetence og ansvarsområder

I dette afsnit opstilles nogle konkrete kompetencer og ansvarsområder, som en social og sundhedsassistent kan forventes at have efter endt uddannelse. Det er kommunes ansvar at medarbejdernes kompetencer løbende bliver øget eller vedligeholdt i forhold til kommunens kompetenceprofil. Social- og sundhedsassistenterne varetager foruden helhedsplejen grundlæggende sygeplejeopgaver og kan oplæres til specifikke sygeplejeopgaver.

Personlige og faglige kompetencer

- Kan selvstændigt udøve arbejdet i overensstemmelse med de etiske og lovmæssige regler, der følger med ansvaret som autoriseret sundhedsperson, og i overensstemmelse med de fastlagte kvalitetsstandarder, herunder beskrivelser af serviceniveau, og procedurer for patientsikkerhed, der gælder for social- og sundhedsassistentens arbejdsområde.
- Forstår kroppens anatomi og fysiologi og kan forklare sammenhænge mellem de enkelte organsystemer og de enkelte organers betydning for kroppens funktioner.
- Kan anvende viden om sygdomslære og sygeplejefaglige problemområder til at observere ændringer i patientens sundhedstilstand og til at identificere og begrunde behov for en sygeplejeindsats.

- Kan anvende metoder til at vurdere en patients fysiske, psykiske og sociale funktionsevne i forhold til daglig livsførelse herunder faldtendens og ernæringstilstand.
- Kan anvende principperne for hygiejne ved særlige regimer i forbindelse med infektionssygdomme og institutionsinfektioner og vejlede patienter, pårørende og kolleger i disse og i de generelle principper for hygiejne.
- Kan varetage medicindispensering og medicinadministration i henhold til gældende lovgivning.
- Kan anvende de generelle principper for hygiejne og særlige hygiejniske retningslinjer herunder rene rutiner og sterilteknikker samt vejlede patienter, pårørende og kolleger herom.
- Kender betydningen af at arbejde med konflikthåndtering.
- Har nysgerrighed, kreativitet, åbenhed og lyst til kontinuerligt at lære og til at indgå i forandringsprocesser.
- Kan håndtere og agere i en social og kulturel mangfoldighed.
- Har færdigheder i at være aktivt søgende, spørgende og kritisk samt kunne handle hensigtsmæssigt i uforudsete situationer.
- Kan anvende evaluering og selvevaluering som et redskab i egen lærings- og udviklingsproces.
- Kan skriftligt og mundtligt anvende et fagsprog, som er dækkende for social- og sundhedsassistentens kompetenceområde.

Forebyggelse, rehabilitering og klinikindsats

- Arbejder med borger- og patientrettet sygdomsforebyggelse og rehabilitering i forhold til de hyppigst forekommende sygdomme og funktionsnedsættelser.
- Kan anvende viden om rådgivning, vejledning, instruktion og pædagogisk tilrettelæggelse af sundhedsfremmende og sygdomsforbyggende aktiviteter.
- Kan anvende viden om sundhedspædagogiske tilgange, når patienter støttes i læreprocesser, der fremmer egenomsorg og vilje og evne til at leve sundt.

Kommunikation, samarbejde, vidensdeling og implementering

- Kan som led i patientens behandlingsforløb gennemføre målrettet kommunikation herunder forberede, afholde, evaluere og dokumentere samtaler.
- Har forståelse af kommunikationens betydning for at forstå, indgå i og udvikle en professionel praksis
- Kan formidle og anvende gældende regler og retningslinjer for medicindispensering og medicinadministration, når de udfører en medicinordination.

- Kan indgå i en tværprofessionel og tværsektoriel indsats og medvirke til at sikre et sammenhængende patientforløb.
- Kan ud fra grundlæggende personlige og psykologiske teorier opnå forståelse af, hvad der har betydning for menneskelige relationer i hverdagen og i det professionelle omsorgsarbejde.
- Kan anvende relevant velfærdsteknologi samt deltage ved implementering af ny viden og teknologi.

Koordinering, planlægning og dokumentation

- Kan vurdere behov for og selvstændigt tilrettelægge og udføre sammensatte omsorgsopgaver og aktiverende arbejde, herunder stimulering af fysiske, intellektuelle og kreative funktioner i forhold til det enkelte menneske og grupper af patienter, vurdere behov for og selvstændigt at tilrettelægge, udføre og evaluere grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver inden for social- og sundhedssektorens område for pleje og omsorg og udføre koordinerende og undervisende opgaver.
- Kan alene og i et tværprofessionelt samarbejde tilrettelægge, gennemføre og evaluere sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter både for enkeltpersoner og grupper herunder aktivt inddrage patienter og pårørende.
- Kan med udgangspunkt i social- og sundhedsassistentens arbejdsområde selvstændigt identificere, vurdere, tilrettelægge, udføre og evaluere grundlæggende sygepleje samt reagere hensigtsmæssigt på ændringer i patientens psykiske og somatiske sygdomstilstand.
- Kan med udgangspunkt i patientens behov, arbejdsstedets ressourcer og de fastlagte kvalitetsstandarder, herunder beskrivelser af serviceniveau, identificere, tilrettelægge, udføre, evaluere og følge op på egne og andres arbejdsopgaver.
- Kan med udgangspunkt i patientens ressourcer og hjælpemidler tilrettelægge sit eget og andres arbejde efter ergonomiske principper, arbejdspladsens arbejdsmiljøregler og sikkerhedsforanstaltninger.
- Kan dokumentere den udførte sygeplejeindsats i relevante dokumentationssystemer.
- Kan beskrive social- og sundhedsvæsenets opbygning og faggruppens placering i systemet samt forstå betydningen af sundhedsfaglig dokumentation og ansvaret herfor.

Faglig kompetenceprofil: Social- og sundhedshjælper (bilag 2)

Social- og sundhedshjælperne arbejder med omsorgsopgaver, yder pleje og praktisk bistand som fx sengeredning, personlig pleje og hygiejne, rengøring, indkøb og lignende. Hertil kommer, at de har færdigheder i at observere og genkende symptomer på ændrede trivsels- og sundhedstilstande. Social- og sundhedshjælperen skal kunne redegøre for og dokumentere disse iagttagelser. De skal kunne motivere og aktivere borgeren med henblik på at udvikle, vedligeholde og bevare dennes ressourcer. Social- og sundhedshjælperne arbejder ud fra en omsorgs- og sundhedsfremmende tilgang og bidrager til, at borgeren oplever sammenhæng og kontinuitet. Social- og sundhedshjælperne tager udgangspunkt i en individuel og helhedsorienteret omsorg og pleje på baggrund af borgerens værdier og behov. Social- og sundhedshjælperne arbejder ofte i samråd, og med faglig sparring fra social- og sundhedsassistenter og/eller sygeplejersker.

Kompetence og ansvarsområder

I dette afsnit er opstillet nogle konkrete kompetencer og ansvarsområder, som en social- og sundhedshjælper kan forventes at have efter endt uddannelse. Det er kommunens ledelse der har ansvaret for at medarbejdernes kompetencer løbende bliver øget eller vedligeholdt i forhold til kommunens kompetenceprofil. Social- og sundhedshjælperne varetager foruden omsorgsopgaver, pleje og praktisk bistand, grundlæggende sygeplejeopgaver efter behov og kan oplæres til specifikke sygeplejeopgaver hos den enkelte borger.

Faglige og personlige kompetencer

- Kan beskrive social- og sundhedsvæsenets opbygning og faggruppens placering i systemet samt forstå betydningen af sundhedsfaglig dokumentation og ansvaret herfor.
- Kan udvise initiativ, selvstændighed, ansvarlighed og empati for på den baggrund at møde andre mennesker på en etisk og respektfuld måde og kan se egen andel i udviklingen af mellem-menneskelige relationer.
- Har nysgerrighed, kreativitet, åbenhed og lyst til kontinuerligt at lære og til at indgå i forandringsprocesser.
- Kan håndtere og agere i en social og kulturel mangfoldighed.
- Har færdigheder i at være aktivt søgende, spørgende og kritisk samt kunne handle hensigtsmæssigt i uforudsete situationer.
- Kan anvende evaluering og selvevaluering som et redskab i egen lærings- og udviklingsproces.
- Kender forskel på komplekse og ikke komplekse borgerforløb samt derudfra reagere hensigtsmæssigt i overensstemmelse med eget kompetenceområde i et professionelt samarbejde.

- Kan anvende relevant velfærdsteknologi.

Personlig pleje og omsorg

- Kan selvstændigt udføre omsorg og pleje samt reagere hensigtsmæssigt på ændringer i borgerens almene sundhedstilstand.
- Kan selvstændigt og i samarbejde med andre yde personlig og praktisk hjælp til daglig livsførelse, hjælp til aktivering med henblik på at fastholde normal livsudfoldelse og selvstændigt at udføre omsorgsopgaver og elementære sygeplejeopgaver inden for social- og sundhedssektorens område for pleje, omsorg og praktisk hjælp.
- Kan yde omsorg for sig selv og for andre på en nærværende og professionel måde.
- Kender betydningen af at arbejde med konflikthåndtering.
- Kan redegøre for kroppens basale opbygning, dens organsystemer og basale funktioner.
- Kan identificere pleje- og omsorgsopgaver ud fra en forståelse af menneskets grundlæggende fysiske, psykiske og sociale behov.
- Kan understøtte borgeren i sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter med respekt for borgerens ressourcer og selvbestemmelsesret.

Forebyggelse og egenomsorg

- Kan udføre praktisk og personlig hjælp til borgere ud fra borgernes evne til egenomsorg.
- Kan i samarbejde med borgeren arbejde sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende i udførelsen af de planlagte opgaver.
- Kender faktorer, der fremmer eller hæmmer menneskers motivation for egenomsorg samt vedligehold og udvikling af funktionsevner.
- Anvender sin viden om ernæringsrigtig kost, måltidets betydning og anretning af mad i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i forhold til ældre og udsatte borgere.
- Forebygger smittespredning ud fra en forståelse af de generelle hygiejniske retningslinjer.
- Anvender de generelle hygiejniske retningslinjer i forebyggelsen af smittespredning.

Kommunikation og samarbejde

- Kan skriftligt og mundtligt anvende et fagsprog, som er dækkende for social- og sundhedshjælperens kompetenceområde, og handle i overensstemmelse med regler om oplysnings- og tavshedspligt samt bruge relevante dokumentationssystemer.
- Benytter kommunikation som et redskab til at skabe et professionelt og tværfagligt handlerum samt til at skabe et konfliktdæmpende og voldsforebyggende miljø.

- Har forståelse af kommunikationens betydning for at forstå, indgå i og udvikle en professionel praksis.
- Kender ud fra grundlæggende personlige og psykologiske teorier opnå forståelse af, hvad der har betydning for menneskelige relationer i hverdagen og i det professionelle omsorgsarbejde.
- Kan alene og i samarbejde med andre ud fra fastlagte kvalitetsstandarder, herunder beskrivelser af serviceniveau, identificere, planlægge, udføre og evaluere sine arbejdsopgaver og arbejdsprocesser.
- Kan i samarbejde med andre udvikle et godt psykisk og fysisk arbejdsmiljø.

Bilag 3 Faglige kompetenceprofiler til social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere - udarbejdet med inspiration i uddannelsesbekendtgørelse som træder i kraft 1. januar 2013

Faglig kompetenceprofil: Social- og sundhedsassistenter

Social- og sundhedsassistenterne er først uddannet social- og sundhedshjælpere, og har efterfølgende taget assistentuddannelsen som en overbygning. Social- og sundhedsassistenter arbejder også ud fra en omsorgs- og sundhedsfremmende tilgang og bidrager til, at patienten oplever sammenhæng og kontinuitet. Social- og sundhedsassistenter tager udgangspunkt i en individuel og helhedsorienteret omsorg og pleje på baggrund af patientens værdier og behov. De arbejder med såvel somatik som psykiatri, men i forhold til de to andre faggrupper har de særlige kompetencer til at varetage helhedsplejen for de psykiatriske grupper. Social- og sundhedsassistentens arbejde består i at vurdere behovet for, udføre selvstændigt og tilrettelægge sammensatte omsorgs- og aktiverende opgaver, herunder stimulering af fysiske, intellektuelle og kreative funktioner i forhold til enkeltpersoner og grupper af patienter. Derudover leder og fordeler social- og sundhedsassistenter i nogle tilfælde arbejdet for social- og sundhedshjælpere og arbejder ofte selv i samråd, og med faglig sparring fra sygeplejersker.

Kompetence og ansvarsområder

I dette afsnit opstilles nogle konkrete kompetencer og ansvarsområder, som en social og sundhedsassistent kan forventes at have efter endt uddannelse. Det er kommunes ansvar at medarbejdernes kompetencer løbende bliver øget eller vedligeholdt i forhold til kommunens kompetenceprofil. Social- og sundhedsassistenterne varetager foruden helhedsplejen grundlæggende sygeplejeopgaver og kan oplæres til specifikke sygeplejeopgaver.

Faglige kompetencer

- Forstår kroppens anatomi og fysiologi og kan forklare sammenhænge mellem de enkelte organsystemer og de enkelte organers betydning for kroppens funktioner
- Kan ud fra viden om den ældre medicinske borger/patient forklare, hvordan man som social- og sundhedsassistent observerer ændringer i sundhedstilstanden herunder ændringer, der skyldes dehydrering, under- og fejlnæring, anæmi, obstipation, diarré, fald, feber, konfusion, fejlmedicinering og immobilitet.
- Er bekendt med, hvordan viden om sygdomslære og sygeplejefaglige problemområder kan anvendes til at observere ændringer i borge-

res/patienters sundhedstilstand og til at identificere og begrunde behov for sygepleje.

- Er bekendt med præ-, per- og postoperativ fase og kan forklare, hvordan en patient forberedes til operation, og hvad der skal observeres i den postoperative fase.
- Er bekendt med, hvordan viden om fysiske, psykiske og sociale handicap kan anvendes i forhold til at planlægge sygepleje og omsorg herunder kan reflektere over et handicaps betydning for hverdagslivet.
- Er bekendte med hvordan gældende regler og retningslinjer for medicindispensering og medicinadministration, når de udfører en medicinordination.
- Kan på baggrund af viden om almen og speciel farmakologi forklare virkninger, bivirkninger, kontraindikationer og interaktioner inden for de mest almindelige hovedgrupper, og kan forklare, hvilken betydning det har for observationen af borgere og patienter.
- Kan på baggrund af viden om de hyppigst anvendte psykofarmaka forklare virkninger, bivirkninger, kontraindikationer og interaktioner, og hvilken betydning det har for observationen af borgere og patienter.
- Er bekendt med social- og sundhedsassistentens rolle i den palliative indsats i den tidlige, sene og terminale fase og kan forklare, hvordan der drages professionel omsorg for borgere/patienter og pårørende i normale sorg- og kriseforløb.
- Er bekendt med mulige årsager til psykisk sygdoms opståen og symptomer og pleje- og behandlingsformer ved de hyppigst forekommende psykiske sygdomme herunder demenssygdomme, skizofreni, affektive lidelser, angsttilstande, personlighedsforstyrrelser og dobbeltdiagnoser.
- Er bekendte med hvordan de almindeligt anvendte terapeutiske principper, fx jeg-støttende sygepleje, kognitive tilgange, miljøterapi og recovery, kan anvendes i arbejdet som kontaktperson for at understøtte borgeres/patienters psykosociale rehabilitering.
- Er bekendt med principperne for hygiejne ved særlige regimer i forbindelse med infektionssygdomme og institutionsinfektioner og vejlede patienter, pårørende og kolleger i disse og i de generelle principper for hygiejne.
- Er bekendt med årsager, symptomer og pleje- og behandlingsformer ved de hyppigst forekomne sygdomme herunder kronisk obstruktiv lungelidelse, hjertekarsygdomme, diabetes mellitus, cancer, gigtsygdomme, apopleksi, frakturer, pneunoni, kronisk bronkitis, allergi, lidelser i mave-tarmsystemet samt nyre- og urinvejslidelser.
- Er bekendte med hvordan sterile teknikker anvendes i forbindelse med sår-, drop-, og katheterpleje.
- Kender de hyppigst forekommende symptomer og former for symptomlindring i den basale palliative indsats og kan med udgangspunkt i

menneskers behov de sidste levedøgn forklare, hvordan plejen af døende borgere/ patienter tilrettelægges, udføres og evalueres.

Forebyggelse, rehabilitering og egenomsorg

- Er bekendt med, hvordan man vurderer borgeres/patienters fysiske, psykiske og sociale funktionsevne i forhold til daglig livsførelse herunder faldtendens og ernæringstilstand.
- Er bekendt med, hvordan man analyserer aktiviteter, ud fra hvilke fysiske, psykiske og sociale krav aktiviteterne stiller til den person, der skal udføre dem.
- Kan vejlede patienten om sygdomsforebyggende tiltag, som forebygger følger af immobilitet.
- Er bekendte med, hvordan borgere/patienter og pårørende inddrages i egen sundhedsfremmende, sygdomsforebyggende og rehabiliterende forløb ved hjælp af rådgivning, vejledning og instruktion, der bygger på viden om motivationsfaktorer, mestringsstrategier og den enkeltes psykosociale forudsætninger og udviklingsmuligheder.
- Er bekendte med, hvordan forskellige pædagogiske tilgange kan anvendes til at øge borgeres/patienters handlekompetence, så risiko for ulykker, sygdom og forværring af sygdom mindskes.
- Kan ud fra viden om sundhedspædagogiske tilgange forklare, hvordan borgere/patienter kan støttes i læreprocesser, der fremmer egenomsorg og motiverer til at leve sundt.
- Er bekendt med træningsplaner samt hvordan patienten kan støttes i at træne efter dem.

Velfærdsteknologier og hjælpemidler

- Kan reflektere over anvendelsen af velfærdsteknologi og innovation i forhold til social- og sundhedsassistentens arbejdsområde.
- Er bekendt med, hvordan hjælpemidler og velfærdsteknologi kan anvendes og implementeres i samarbejde med borgere/patienter og kolleger.

Kommunikation, samarbejde, vidensdeling og implementering

- Er bekendt med social- og sundhedsassistentens opgaver ud fra Serviceloven, Sundhedsloven og lovgivning inden for psykiatrien og kan anvende viden om lovgivningen i sin udøvelse af faget.
- Er bekendte med, hvad embedslægens funktion er.
- Er bekendte med, hvad autorisation og delegation indebærer.
- Er bekendt med dokumentationens betydning i en tværprofessionel og tværsektoriel sammenhæng som basis for sikring af kontinuitet i

sygeplejeindsatserne, i rehabiliteringsindsatserne, samt for at sikre patientrettigheder og udvikling af kvaliteten af service- og sundhedsydelser.

- Kan med viden om mellemmenneskelige relationer og interaktioner forklare, hvordan professionelle relationer med borgere/patienter, pårørende og andre samarbejdspartnere etableres, fastholdes og afsluttes.
- Er bekendt med hvordan sygepleje- og handleplaner anvendes som målrettet redskab i samarbejde med borgere/patienter og tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejdspartnere.

Koordinering, planlægning og dokumentation

- Er bekendt med, hvordan der ud fra en analyse af borgeres/patienters forudsætninger og behov kan planlægges, udføres og evalueres målrettede aktiviteter, herunder sansestimulering, med henblik på at borgerne/patienterne bevarer eller styrker deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne.
- Kan dokumentere i overensstemmelse med sygeplejefaglige optegnelser
- Er bekendt med, hvordan man inden for social- og sundhedsassistentens kompetenceområde kan evaluere og dokumentere målrettet kommunikation og sundhedspædagogiske tiltag.
- Er bekendt med sygeplejeprocessen, herunder hvordan grundlæggende sygepleje prioriteres, tilrettelægges, udføres og evalueres med udgangspunkt i borgeres/patienters ressourcer og behov.
- Er bekendt med hvordan sammenhængende borger-/patientforløb kan tilrettelægges og evalueres ud fra viden om opgavefordelingen inden for sundhedssektoren.
- Er bekendt med, hvordan eget og andres arbejde tilrettelægges under hensyntagen til borgeres/patienters ressourcer, ergonomiske principper og gældende arbejdsmiljøregler

Faglig kompetenceprofil: Social- og sundhedshjælper (bilag 3)

Social- og sundhedshjælperen arbejder med omsorgsopgaver, yder pleje og praktisk bistand som fx sengeredning, personlig pleje og hygiejne, rengøring, indkøb og lignende. Hertil kommer, at de har færdigheder i at observere og genkende symptomer på ændrede trivsels- og sundhedstilstande. Social- og sundhedshjælperen skal kunne redegøre for og dokumentere disse iagttagelser. De skal kunne motivere og aktivere borgeren med henblik på at

udvikle, vedligeholde og bevare dennes ressourcer. Social- og sundhedshjælper arbejder ud fra en omsorgs- og sundhedsfremmende tilgang og bidrager til, at borgeren oplever sammenhæng og kontinuitet. Social- og sundhedshjælperne tager udgangspunkt i en individuel og helhedsorienteret omsorg og pleje på baggrund af borgerens værdier og behov. Social- og sundhedshjælper arbejder ofte i samråd, og med faglig sparring fra social- og sundhedsassistenter og/eller sygeplejersker.

Kompetence og ansvarsområder

I dette afsnit er opstillet nogle konkrete kompetencer og ansvarsområder, som en social- og sundhedshjælper kan forventes at have efter endt uddannelse. Det er kommunes ansvar at medarbejdernes kompetencer løbende bliver øget eller vedligeholdt i forhold til kommunens kompetenceprofil. Social- og sundhedshjælperne varetager omsorgsopgaver, pleje og praktisk bistand, og kan efter behov oplæres til grundlæggende såvel som specifikke sygeplejeopgaver hos den enkelte borger.

Faglige kompetencer

- Er bekendt med, hvordan man motiverer og understøtter borgere i forhold til sundhedsfremme ud fra en forståelse af, hvordan livsstilsfaktorerne kost, rygning, alkohol og motion påvirker sundheden.
- Er bekendt med hvordan det forebyggende arbejde kan udføres i samarbejde med borgeren, herunder hvordan borgeren støttes i at følge træningsplaner.
- Identificere pleje- og omsorgsopgaver ud fra en forståelse af menneskets grundlæggende fysiske, psykiske og sociale behov.
- Er bekendt med principperne for observation af borgeres almene sundhedstilstand ud fra en forståelse af kroppens opbygning og funktion herunder den fysiske og psykiske aldringsproces, og kan forklare, hvordan der skal reageres på observationerne, herunder typiske symptomer på anæmi, dehydrering, cystitis, obstipation, fejlnæring, gener forårsaget af immobilitet, febrile tilstande, konfusion og generel ændret adfærd.
- Er bekendt med, hvordan viden om ernæringsrigtig kost, anretning af mad og måltidets betydning kan anvendes i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i forhold til ældre og udsatte borgere.
- Har kendskab til basale palliative indsatser i den tidlige, sene og terminale fase og kan forklare social- og sundhedshjælperens rolle i forhold til den døende og de pårørende, samt hvordan en borger plejes de sidste levedøgn.
- Er bekendt med, hvordan man som social- og sundhedshjælper forebygger smittespredning ud fra en forståelse af de generelle hygiejniske retningslinjer og af grundlæggende mikrobiologi.

Forebyggelse og rehabilitering

- Kender til fysiske, psykiske og sociale handicap og betydningen af at kunne mestre hverdagslivet med funktionstab og kan forklare, hvordan social- og sundhedshjælperen arbejder støttende og vejledende med respekt for den enkeltes trivsel og livskvalitet.
- Kan anvende viden om netværkets betydning for borgerens rehabilitering i den social- og sundhedsfaglige indsats og kan vejlede borgeren om kommunale, private og frivillige aktivitetstilbud.
- Er bekendt med, hvornår social- og sundhedshjælperen skal henholdsvis udføre plejen eller støtte borgeren i selv at udføre den.
- Er bekendt med, hvordan man med en pædagogisk tilgang kan inddrage borgeres livshistorie, når social- og sundhedshjælperen skal motivere og understøtte borgere i at bevare sundhed, trivsel og funktionsevne i forhold til daglig livsførelse.
- Er bekendt med, hvordan det forebyggende arbejde kan udføres i samarbejde med borgere, herunder hvordan borgere støttes i at følge træningsplaner.
- Er bekendt med, hvordan relevant velfærdsteknologi anvendes for at fremme borgeres funktionsevne med respekt for borgeres opfattelse af livskvalitet.

Kommunikation, samarbejde og vidensdeling

- Er bekendt med, hvordan kommunikation kan forebygge konflikter i samarbejdet med borgere, pårørende og kolleger.
- Er bekendt med, hvordan social- og sundhedshjælperen kan støtte borgerne og deres pårørende i forbindelse med krise og sorg.
- Er bekendt med, hvilke tegn der kan være på, at en borger har en psykotisk, depressiv eller selvmordstruede adfærd.
- Er bekendt med, hvordan konflikter og vold kan undgås i forbindelse med pleje af borgere med demens, misbrug eller psykisk sygdom.
- Er bekendt med social- og sundhedshjælperens opgaver ud fra Serviceloven og Sundhedsloven.
- Kan forklare det, der er relevant for social- og sundhedshjælperen at vide om lovgivning og vejledninger inden for området så som videregivelse af oplysninger, tavshedspligt, patientsikkerhed herunder utilsigtede hændelser og sygeplejefaglige optegnelser.

Koordinering, planlægning og dokumentation

- Er bekendt med, hvordan personlig hygiejne og pleje planlægges, udføres og evalueres med omsorg og respekt for det enkelte menneske og med udgangspunkt i en forståelse af alderssvækkedes borgeres behov og med et kendskab til de hyppigst forekommende kroniske sygdomme

som demens, diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse, hjertekarsygdomme og apopleksi.

- Er bekendt med principperne for at dokumentere udført pleje, evaluering af pleje og opfølgning på pleje i relevante pleje- og handleplaner samt forklare betydningen af at modtage og videregive relevante informationer og faglige overvejelser til kolleger.
- Kan formidle kravene til faglig dokumentation, og hvordan relevante dokumentationssystemer anvendes i overensstemmelse med gældende regler.
- Er bekendt med, hvordan praktisk hjælp planlægges og evalueres, herunder håndtering af post, bank og penge, samt hvordan social- og sundhedshjælperen foretager miljørigtig tøjvask og rengøring.

Kvalitetsstandard for praktikuddannelse for elever på social – og sundhedsuddannelserne

Formål

Tilbyde elever på social- og sundhedsuddannelserne et praktikforløb, der lever op til gældende lovgivning og retningslinjer fra uddannelsesinstitutionerne.

Målgruppe

Elever på social- og sundhedsuddannelserne, der skal tilbydes et praktikforløb i Gribskov Kommune, indenfor:

- Social- og sundhedshjælperelever
 - Social- og sundhedsassistentelever
-

Kriterier for tildeling

Uddannelseskoordinator i Gribskov Kommune afholder ansættelsessamtaler, og tildeler eleven et praktikforløb på baggrund af en konkret, individuel vurdering af elevens forudsætninger og praktikstedets læringsmiljø og samlede muligheder.

Der lægges vægt på elevens:

- Danskkundskaber både i skrift og tale
 - God fysik
 - Psykiske stabilitet
 - Modenhed
 - Motivation
 - Erfaring
-

Ansvarlige for forløbet *Uddannelseskoordinator* i Gribskov Kommune er overordnet ansvarlig for, at elevens forløb lever op til gældende regler, cirkulærer og retningslinjer for visitationen af elever og studerende.

- God dokumentation
- Saglige begrundelser
- Kriterier for tildeling bliver fulgt

Leverandøren på det pågældende praktiksted, har ansvar for at:

- tildele eleven en praktikansvarlig vejleder på praktikstedet.
 - sikre tilrettelæggelse af opgaver og uddannelse i relation til elevens mål for praktikken.
-

Omfang af forløb

- Social- og sundhedshjælper elev (SSH) :

Praktik 1: 4 måneder

Praktik 2: 4 måneder

- Social- og sundhedsassistent elev (SSA):
- Praktik 1a: 20 uger primær
- Praktik 1b: 20 uger i primær
- Praktik 2: Psykiatri 17 uger

Uge antal kan variere alt efter om der ligger ferie.

praktik 3a: 28 uger dette er en dele praktik med Somatik og kan starte i primær eller i Somatik.

For SSH og SSA elever er den ugentlige arbejdstid 37 timer med en læsedag (7,4 time) pr. Måned. Der forventes et fremmøde i praktikken på 37 timer pr. uge. Arbejdstiden er overvejende i dagvagter uden vagter på søn- og helligdage, og i weekender i 1. praktik for SSH-elever og SSA elever i praktik 1a.

Datoerne d. 1. maj og 5. juni er ½ fridage.

24. december og 31. december er fridage.

I 2. praktik kan SSH og SSA elever tilbydes vagter højst hver 3. weekend, 2 aftenvagter og evt. 1-2 nattevagter. OBS hvis eleven er under 18 år gælder: "Vejledning om Arbejds miljø til unge under 18 år"

Ansvar for opgaver i praktikperioden

Tilrettelæggelse og indhold i praktikforløbet skal ske i overensstemmelse med gældende lovgivning og uddannelsesinstitutionens gældende retningslinjer herfor.

Før praktikopstart:

Leverandøren på det pågældende praktiksted sender tidligst muligt, og senest 4 uger før elevens praktikstart, et velkomstbrev med materiale til eleven med:

- oplysninger om praktikstedet, herunder navn, adresse og telefonnummer
 - navn på den praktikansvarlige koordinator
 - navn på den daglige praktikvejleder,
-

-
- tjenestetider for de første 4 uger på praktikstedet
 - dato for forventningssamtalen.
 - et introduktionsprogram

Der kan i velkomstbrevet henvises til leverandørens og Kommunens hjemmeside, så eleven kan opsøge viden om praktikstedet og Gribskov Kommune.

I forløbet:

Leverandøren på det pågældende praktiksted er ansvarlig for, at sikre og afholde:

- Introduktion og den daglige vejledning
- Forventningssamtale
- Den ugentlige samtale
- Prøvetidsvurdering efter 4 uger og efter 6 uger. Vurderingen skal godkendes og underskrives af leder
- Midtvejsevaluering
- Slutevaluering med udarbejdelse af praktikerklæring og hjælpekema.

Derudover skal leverandøren på praktikstedet stille beklædning og cykel til rådighed, samt afholder kørselsudgifter til elever, der benytter egen bil i forbindelse med arbejdet i praktikken.

Krav til information og dokumentation

Uddannelseskoordinator foretager under ansættelsessamtalen en helhedsvurdering af elevens ressourcer og ønsker for praktikken. I forlængelse heraf er uddannelses-koordinator forpligtet til at sikre, at:

- *eleven orienteres om, hvilket praktiksted vedkommende bliver tilbudt senest 4 uger før opstart.*
- leverandøren informeres via e-mail om elevens data, start- og slutdato, uddannelsesforløb, ferie m.m.
- personaleafdelingen informeres og udarbejder ansættelseskontrakt til eleven.

Leverandøren på det pågældende praktiksted skal dokumentere indholdet i:

- Forventningssamtalen.
 - prøvetids samtale efter 4 og 8 uger. Samtalen skal
-

godkendes og underskrives af leder

- midtvejsevaluering
- de ugentlige samtaler med eleven
- praktikerklæring 14 dage før praktikken slutter

Derudover er leverandøren på praktikstedet forpligtet til løbende at dokumentere og melde tilbage til Kommunens uddannelseskoordinator, hvis eleven:

- ikke har forudsætninger for at bestå praktikken
- har fravær der påvirker elevens praktikuddannelse
- har personlige og faglige problemer, der skal løses ved at forlænge eller stoppe uddannelsen
- vil søge merit (afkortning) for dele af praktikken
- skal overgå til en anden arbejdsgiver f.eks. på grund af flytning til en anden kommune

Uddannelseskoordinator kan til enhver tid tilkaldes for at deltage i de planlagte samtaler både af leverandør og af elev.

Uddannelseskoordinator udarbejder uddannelsesaftale som sendes til elev til underskrift og derefter til Erhvervsskolen.

Ovenstående dokumenteres af Uddannelseskoordinator i Personalesag.

Tilbagemeldingspligt

Leverandøren på praktikstedet har pligt til løbende at melde tilbage til Kommunens uddannelseskoordinator, hvis eleven:

- ikke har forudsætninger for at bestå praktikken
- har fravær, der påvirker elevens praktikuddannelse
- har personlige og faglige problemer, der skal løses ved at forlænge eller stoppe uddannelsen
- vil søge merit (afkortning) for dele af praktikken
- skal overgå til en anden arbejdsgiver fx. på grund af flytning til en anden kommune
- Skærpet tilbagemeldings pligt i forhold til prøvetid

På baggrund af praktikstedets tilbagemelding, vurderer uddannelsesteamet i samarbejde med eleven, praktikvejleder og uddannelsesvejleder på SOPU (sundhed, omsorg og pædagogik

uddannelser) behovet for en helhedsvurdering.

Kvalitetskrav

Det er et krav, at leverandøren på det pågældende praktiksted er godkendt af Gribskov Kommune til levering af praktisk hjælp og personlig pleje, herunder kompleks pleje samt aktivitet.

Derudover er det et krav, at leverandøren på det pågældende praktiksted, i overensstemmelse med lovgivning og gældende retningslinjer fra uddannelsesinstitutionen, sikrer, at:

- praktikstedet har udarbejdet en uddannelsesplan indeholdende en beskrivelse af, hvordan de enkelte praktikforløb er tilrettelagt.
- praktikstedet tildeler hver elev praktikvejledere, der har gennemført relevant praktikvejleder kursus.
- praktikstedet tilbyder et fagligt udviklende læringsmiljø.
- praktikstedet inddrager elevernes skriftlige evaluering af praktikforløbet og anvender disse fremadrettet i planlægningen af kommende praktikforløb.
- leverandøren sikrer deltagelse i de årlige netværksmøder med uddannelsesteamet.

Succesraten er, at 80% af eleverne gennemfører og består uddannelsen.

Kvalitetsopfølgning

Det sikres en løbende kvalitetsopfølgning gennem:

- Tilsyn (herunder anmeldte og uanmeldte tilsyn)
- Elevernes skriftlige evaluering-
- Samarbejds møder mellem skole og Uddannelseskoordinator
- Samarbejds møder mellem leverandør og myndighed, herunder årlige netværksmøder mellem uddannelseskoordinator og de uddannelsesansvarlige medarbejdere hos leverandøren. Kan foregå på skolen eller lokalt
- Leverandørens egenkontrol
- Samarbejdsfora mellem praktikvejledere og uddannelseskoordinator

Overholder leverandøren ikke den kvalitet der er beskrevet, kan påbud anvendes jf. Servicebeskrivelsernes afsnit 2.

Særlige forhold

- Hvis en elev på grund af særlige forhold ikke kan nå målene på sin praktikuddannelse, er praktikstedet ansvarlig for at melde dette tilbage til uddannelses-koordinator så hurtigt som muligt. Uddannelses-koordinator skal i samarbejde med praktikstedet vurdere, om eleven skal have praktikperioden forlænget eller skal tilbydes et praktiksted hos en anden leverandør.
- Eleven må ikke arbejde som vikar og afløser i praktikperioden på praktikstedet.

Lovgrundlag

- **Social og sundheds assistent**
 - **Ikrafttrædelsesdato:** 1. januar 2017
 - I medfør af § 4, stk. 2, og § 38, stk. 2, i lov om erhvervsuddannelser, jf. lovbekendtgørelse nr. 1077 af 8. juli 2016, og § 4, stk. 1 og 2, og § 7, stk. 3, i lov om studiekompetencegivende eksamen i forbindelse med erhvervsuddannelse (eux) m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 961 af 1. september 2014,
 - **Social og sundhedshjælper**
 - **Ikrafttrædelsesdato:** 1. januar 2017
 - I medfør af § 4, stk. 2, og § 38, stk. 2, i lov om erhvervsuddannelser, jf. lovbekendtgørelse nr. 1077 af 8. juli 2016,
-



SUNDHEDSSTYRELSEN

Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funk- tionsevne hos ældre mennesker

ANBEFALINGER TIL ARBEJDSGANGE OG
ANVENDELSE AF REDSKABER



2017

Tidlig opsporing af forringet helbreds- tilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med
tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 12.12.2017

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-946-6

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
december 2017.

Indhold

1	Introduktion	4
2	Læsevejledning	5
3	Sammenfatning af anbefalinger	6
4	Værdigrundlag	7
5	Centrale deltagere i tidlig opsporing	8
5.1	Medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentre	8
5.2	Ældre mennesker der modtager personlig og praktisk hjælp	8
5.3	Pårørende	8
5.4	Almen praksis	8
6	Rammer for tidlig opsporing	10
6.1	Anbefalinger	10
6.2	Om tidlig opsporing	10
6.3	Digital understøttelse	13
6.4	Sprogets betydning for implementering	13
7	Triagering	14
7.1	Anbefalinger	14
7.2	Om metoden	14
7.3	Relevante overvejelser forud for implementering	14
7.4	Arbejdsgange	15
7.5	Kompetencer	18
8	Redskaber til hverdagsobservationer	19
8.1	Anbefalinger	19
8.2	Om redskaber til hverdagsobservationer	19
8.3	Kompetencer	19
8.4	Ændringskemaet	20
8.5	Hjulet	20
9	Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer	22
9.1	Anbefalinger	22
9.2	Om redskaberne	22
9.3	Rejse-Sætte-Sig testen	24
9.4	Vejning og Ernæringsvurderingskemaet (EVS)	25
9.5	UCLA 3	26
9.6	TOBS	27
10	Bilagsfortegnelse	30

1 Introduktion

Formålet med tidlig opsporing er at opspore forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Dette gøres for tidligst muligt at sætte målrettede indsatser i gang og dermed undgå, at borgerens helbredstilstand forværres med risiko for tab af funktionsevne, indlæggelse eller i værste fald død. Derfor indgik tidlig opsporing også i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient fra 2011¹. Formålet med oplægget var at styrke og forbedre patientforløb for målgruppen af sårbare ældre medicinske patienter. På den baggrund udarbejdede Sundhedsstyrelsen *Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – Sammenfatning af anbefalinger* (2013). KL og Danske Regioner fik til opgave at udarbejde en plan for samt varetage implementeringen af de anbefalede værktøjer i regioner og kommuner². I 2015 og 2016 gennemførte KL en kortlægning (jf. Bilag 1), der viser, at det varierer, hvorvidt og i hvilken grad kommunerne anvender de anbefalede redskaber.

Den daværende regering indgik i 2016 en politisk aftale med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti om en national handlingsplan for en styrket indsats for den ældre medicinske patient³. Det fremgår af den fælles udmøntningsplan, at KL og Sundhedsstyrelsen i samarbejde skal samle op på erfaringerne med eksisterende redskaber til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. KL afholdt i foråret 2017 en workshop med deltagelse af en række kommuner for at afdække erfaringer med og udfordringer ved tidlig opsporing⁴. På baggrund af workshoppen og den tidligere gennemførte kortlægning har Sundhedsstyrelsen i denne udgivelse udvalgt de redskaber, der i størst grad bliver brugt i kommunerne, for at præcisere og komme med yderligere anbefalinger til god kommunal praksis.

I forbindelse med udarbejdelse af anbefalingerne nedsatte Sundhedsstyrelsen i foråret 2017 en referencegruppe med en række faglige aktører og kommuner (jf. Bilag 2). Referencegruppen har bistået Sundhedsstyrelsen med at kvalificere anbefalingerne til tidlig opsporing med henblik på, at kommunerne implementerer anbefalingerne i 2018. Af kommissoriet fremgår: ”Anbefalingerne vil tage udgangspunkt i eksisterende værktøjer til tidlig opsporing og herudover omhandle tilrettelæggelse, arbejdsgange og opfølgning samt kompetencer.” (jf. Bilag 3). Denne udgivelse er således en videreudvikling og uddybning af Sundhedsstyrelsens udgivelse vedrørende tidlig opsporing fra 2013 med særligt fokus på arbejdsgange og kompetencer. Udgivelsen er ikke en erstatning af den foregående udgivelse, men en hjælp til at styrke kommunernes arbejdsgange i relation til tidlig opsporing.

Denne udgivelse er målrettet ledere, projektledere og leverandører af hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejecentre, der kan blive inspireret til det videre arbejde med tidlig opsporing. Anbefalingerne retter sig primært mod medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene.

¹ Sundhedsstyrelsen (2011). Styrket indsats for den ældre medicinske patient – Fagligt oplæg til en national handlingsplan.

² Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen og NSI (2012). Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

³ Sundheds – og Ældreministeriet (2016). Styrket indsats for den ældre medicinske patient – National handlingsplan 2016.

⁴ På workshoppen deltog 10 kommuner: Aalborg, Randers, Varde, Sønderborg, Kerteminde, Svendborg, Roskilde, Gladsaxe, Allerød og Københavns Kommune. Kommunerne blev udvalgt af KL med henblik på at give et repræsentativt øjebliksbillede af deres arbejde med tidlig opsporing og de erfaringer, de har gjort sig.

2 Læsevejledning

Anbefalingerne fokuserer på arbejdsgange og kompetencer i forbindelse med brug af de redskaber fra Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013, der er mest benyttede i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene.

I kapitel 3 'Sammenfatning af anbefalinger' præsenteres udgivelsens anbefalinger til tidlig opsporing i samlet form.

Kapitel 4 og 5 beskriver henholdsvis 'Værdigrundlag' og 'Centrale deltagere i tidlig opsporing'.

Kapitel 6 'Rammer for tidlig opsporing' beskriver processen for tidlig opsporing, herunder også hvilke overordnede tanker det er vigtigt at gøre sig vedrørende arbejdsgange. Kapitlet beskriver blandt andet to forskellige måder at anvende redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer på.

Kapitel 7 'Triagering' beskriver triagering som den metodiske tilgang, der bør benyttes i forbindelse med tidlig opsporing. Triagering er en metode, hvor medarbejdere i henholdsvis hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene triagerer hver enkelt borger og derved opnår et fælles overblik over borgerens aktuelle helbredstilstand.

Kapitel 8 'Redskaber til hverdagsobservationer' beskriver de redskaber, der skal støtte medarbejdere i systematisk at observere borgeren. I kapitlet præsenteres Ændringsskemaet og Hjulet som de to primære redskaber til hverdagsobservationer.

Kapitel 9 'Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer' beskriver Rejse-Sætte-Sig testen, Vejning og Ernæringsvurderingsskemaet (EVS). Herudover præsenteres to nye redskaber: UCLA 3 til opsporing af ensomhed og social isolation samt TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom) til måling af vitale parametre. De øvrige redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer, som fremgår af den tidligere udgivelse fra 2013⁵, anbefales stadig og fremgår af Tabel 1.

For en nærmere forståelse af anvendelsen af begreberne i udgivelsen, se Bilag 4.

⁵ Sundhedsstyrelsen (2013). Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – Sammenfatning af anbefalinger.

3 Sammenfatning af anbefalinger

Kapitlet sammenfatter Sundhedsstyrelsens otte anbefalinger vedrørende tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne.

Det anbefales, at:

Rammer for tidlig opsporing

- Tidlig opsporing implementeres i kommunerne med udarbejdelse af klare og systematiske arbejdsgange samt tydelig ansvarsfordeling i forhold til konkrete indsatser på baggrund af medarbejderkompetencer.
- Tidlig opsporing implementeres i kommunerne, gerne med digital understøttelse og integration mellem applikation, triagetavler og omsorgssystem.

Triagering

- Triagering anvendes som metode til at foretage en tydelig prioritering og igangsætte rettidige indsatser vedrørende målrettet pleje og eventuel behandling. Det indebærer, at hver kommune udarbejder arbejdsgange med ansvarsfordeling, faste procedurer for farveskift og tilhørende handleanvisninger, herunder at farveskift fra rød eller gul mod grøn udelukkende kan foretages på baggrund af sparring med medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer. Der tages desuden stilling til frekvens af triagemøder, der som minimum afholdes ugentligt.

Redskaber til hverdagsobservationer

- Ændringsskemaet eller Hjulet anvendes som redskab til hverdagsobservationer for at støtte medarbejdere i at foretage systematiske observationer af borgere, gerne med digital understøttelse.

Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer

- Rejse-Sætte-Sig testen (30s-RSS) fortsat anvendes som det primære målingsredskab til vurdering af fysisk funktionsniveau. Der foretages en baseline måling af borgerens funktionsniveau ved hjælp af Rejse-Sætte-Sig testen ved visitation til personlig og/eller praktisk hjælp.
- Tidlig opsporing af uplanlagt væggtab fortsat gennemføres ved regelmæssig Vejning i kommuner og efter behov i almen praksis. Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes til nærmere udredning af uplanlagt væggtab på 1 kg og derover.
- UCLA 3 anvendes til opsporing af ensomhed og social isolation.
- Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) anvendes til sundhedsfaglig kvalificering af hverdagsobservationer når relevant. Der udarbejdes faste procedurer for, hvorvidt der skal anvendes TOBS, når en borger triageres gul eller rød.

4 Værdigrundlag

Når medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller på plejecentrene indgår i borgerens liv i en periode eller permanent, bør samarbejdet foregå på en måde, der understøtter den enkelte borgers mulighed for fortsat at være mest muligt selvhjulpne og selvstændig. I den sammenhæng er tidlig opsporing vigtigt, da det bidrager til tidligt at opdage og handle på forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne. Tidlig opsporing bør derfor være kendetegnet ved:

- Systematik
- Tværfagligt samarbejde og de rette sundhedsfaglige kompetencer
- Samme muligheder for borger uanset leverandør
- Samarbejde med borger og pårørende

Systematik

Tidlig opsporing er kendetegnet ved systematik. Det indebærer brug af redskaber til at understøtte de faglige vurderinger, tydelig ansvarsfordeling mellem aktørerne samt klart beskrevne arbejdsgange, hvor alle parter kender egne samt øvrige relevante arbejdsgange. Derudover indebærer systematik etablering af fælles forståelse af det sprog, der benyttes til at udveksle information om borgeren.

Tværfagligt samarbejde og de rette sundhedsfaglige kompetencer

Det er en forudsætning for tidlig opsporing, at der sikres et velfungerende tværfagligt samarbejde og inddragelse af de rette sundhedsfaglige kompetencer. Det velfungerende tværfaglige samarbejde er kendetegnet ved, at alle faggrupper, herunder social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker mv., kender eget og andres ansvarsområder.

Samme muligheder for borger uanset leverandør

Borgerne skal have samme muligheder for tidlig opsporing, uanset om de har valgt hjemmepleje fra en privat eller offentlig leverandør eller bor i et privat eller kommunalt plejecenter. Derfor er der i særlig grad behov for, at samarbejdet mellem medarbejdere i hjemmesygeplejen, på plejecentrene og ved både offentlige og private leverandører af hjemmepleje understøttes af tydelige arbejdsgange.

Samarbejde med borger og pårørende

Ansvar for tidlig opsporing ligger hos medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene. Den tidlige opsporing bør foregå i tillidsfuldt samarbejde med borger og eventuelt pårørende. Det indebærer, at borger og pårørende er inddraget og orienteret om formålet med brugen af redskaber til tidlig opsporing. Borgeren er en vigtig samarbejdspartner, der kan bidrage med unik viden om sin helbredstilstand og funktionsevne.

5 Centrale deltagere i tidlig opsporing

5.1 Medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentre

Medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene er relevante aktører ved tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne defineret efter WHO's ICF-klassifikation⁶. Anvendelsen af redskaberne til tidlig opsporing er primært målrettet social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker ansat i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen samt på plejecentrene. I arbejdet med tidlig opsporing kan medarbejderne løbende have behov for at inddrage aktører med de rette sundhedsfaglige kompetencer, hvilket der refereres til flere steder i denne udgivelse. Det er altid en konkret afvejning af borgerens aktuelle situation, der afgør, hvilke kompetencer der er nødvendige i den konkrete vurdering af borgeren. Det betyder, at social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker kan varetage mange af opgaverne, men at der i konkrete tilfælde, hvor det vurderes relevant, kan inddrages andre faggrupper som eksempelvis kliniske diætister, tandplejere, visitatorer, rehabiliteringsmedarbejdere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, demenskonsulenter samt almen praksis.

5.2 Ældre mennesker der modtager personlig og praktisk hjælp

Borgerne i målgruppen for tidlig opsporing har potentielt meget forskellig helbredstilstand og funktionsevne. Det kan både være de borgere, der karakteriseres som ældre medicinske patienter, men det kan også være øvrige ældre mennesker, der modtager personlig og/eller alene praktisk hjælp. Det er vigtigt at være opmærksom på, at målgruppen for tidlig opsporing ikke er akut syge borgere.

5.3 Pårørende

For at kvalificere den tidlige opsporing er det ofte hensigtsmæssigt at samarbejde med pårørende og andre nære personer i borgerens netværk. Samarbejdet om tidlig opsporing har især den fordel, at de pårørende ofte kender borgeren bedst, og det er oftest dem, der først opdager mindre ændringer, som kan være vigtige at handle på. I de pårørendes samarbejde med medarbejderne er det vigtigt fortløbende at være opmærksom på, at samarbejdet ikke bliver en belastning for den pårørende, samt at samarbejdet sker i overensstemmelse med borgerens accept.

5.4 Almen praksis

Alment praktiserende læger er vigtige i relation til opfølgning på den tidlige opsporing. De bør derfor som minimum have kendskab til redskaberne for tidlig opsporing, særligt redskabet TOBS og kommunens anvendelse af redskabet (jf. afsnit 9.6). Den praktiserende læge ser oftest borgeren på baggrund af en henvendelse fra borgeren selv, fra pårørende eller fra hjemmesygeplejen. Når den praktiserende læge håndterer observationer fra hjemmesygeplejen, er det særligt vigtigt, at det sker på baggrund af en fælles forståelse af det sprog, der benyttes. Derfor er god kommunikation med almen praksis forudsætningen for det gode samarbejde om tidlig opsporing. Det gælder kommunikationen vedrørende den enkelte borger, hvor redskabet ISBAR⁷ kan

⁶ Schiøler, G. & Dahl, T. (2003). ICF – International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Munksgaard Danmark, WHO.

⁷ Brostrøm, S & Saxtrup N. (2011). Subjektivt og objektivt – Anamnese, undersøgelse og journal. 3. udgave, 1. oplag. Munksgaard Danmark.

være brugbart til videregivelse af relevant og kvalificeret information om borgeren fra medarbejderen til almen praksis. Det gælder også kommunikation vedrørende redskaber til tidlig opsporing, hvor samarbejde i Kommunalt-lægelige udvalg (KLU) kan være relevant for at udbrede kendskabet til redskaberne i almen praksis. Det kan ligeledes være relevant at indgå i en dialog med KLU eller kommunens praksiskonsulenter om arbejdet med tidlig opsporing generelt.

6 Rammer for tidlig opsporing

6.1 anbefalinger

Det anbefales, at:

- Tidlig opsporing implementeres i kommunerne med udarbejdelse af klare og systematiske arbejdsgange samt tydelig ansvarsfordeling i forhold til konkrete indsatser på baggrund af medarbejderkompetencer.
- Tidlig opsporing implementeres i kommunerne, gerne med digital understøttelse og integration mellem applikation, triagetavler og omsorgssystem.

6.2 Om tidlig opsporing

På tværs af kommuner er arbejdsgangene for tidlig opsporing forskellige. Der er enighed om, at der skal benyttes et redskab til systematisk at foretage hverdagsobservationer hos borgeren. De redskaber, der oftest anvendes i kommunerne, er Ændringsskemaet (jf. afsnit 8.4) og Hjulet (jf. afsnit 8.5). I nogle kommuner benyttes desuden redskabet Tidlige Tegn (jf. Bilag 1).

OBS

Handlinger forbundet med brugen af redskaberne til hverdagsobservationer erstatter ikke de handlinger, der foretages ved akut opstået sygdom.

Udover systematisk at foretage hverdagsobservationer hos borgeren, kan medarbejderne anvende redskaber til at foretage yderligere målinger. I forbindelse med tidlig opsporing findes der to tilgange til måling:

- Anvendelse af redskaber, når det vurderes relevant, på baggrund af hverdagsobservationer
- Systematisk anvendelse af redskaber i fast definerede tidsintervaller

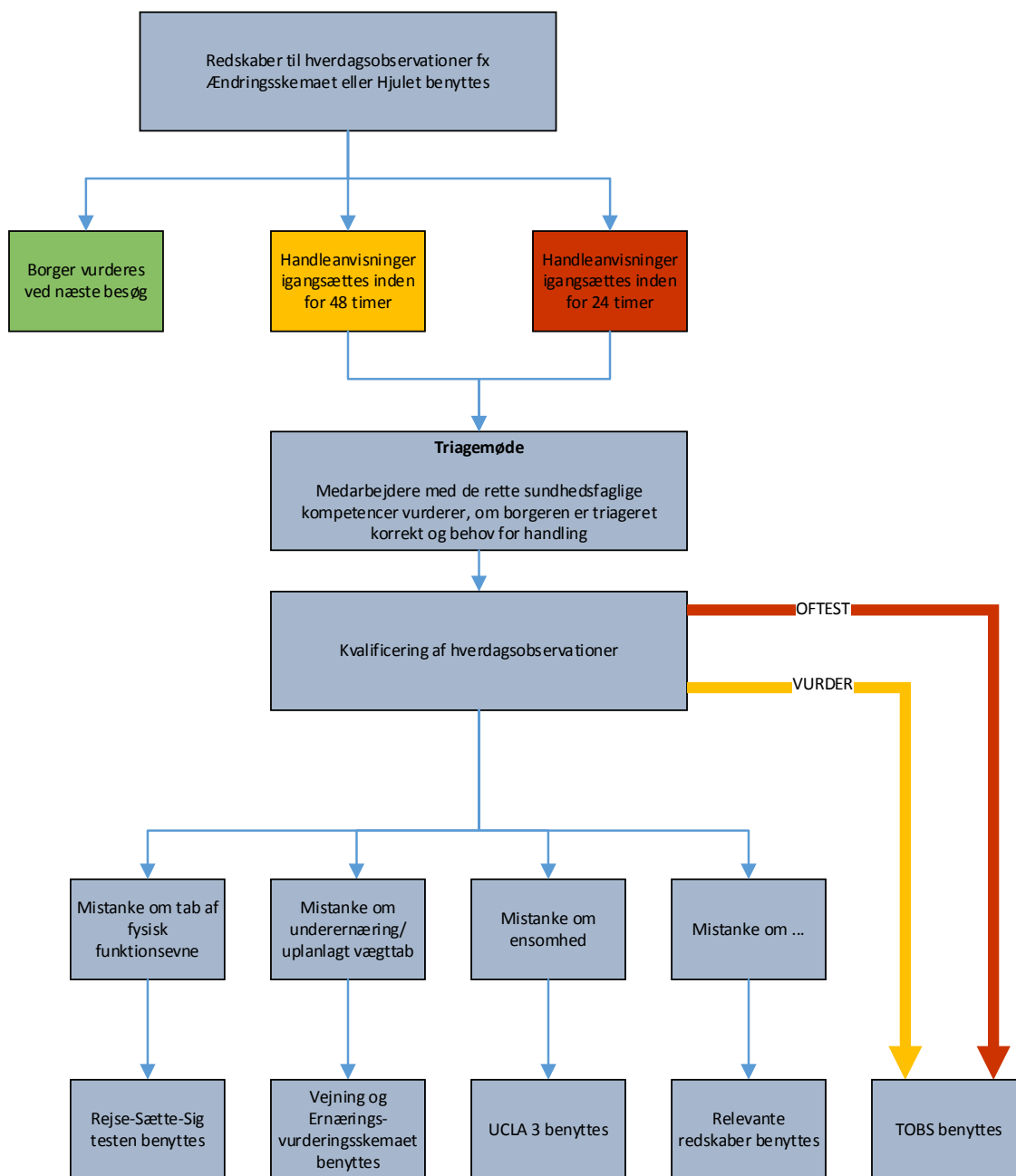
Ved den første tilgang anvendes redskaber, når det vurderes relevant, til at kvalificere hverdagsobservationer. Hvis fx en social- og sundhedshjælper på baggrund af hverdagsobservationer opdager, at borgeren har tabt sig, kan Ernæringsvurdering (jf. afsnit 9.4) efterfølgende benyttes af fx social- og sundhedsassistenter eller sygeplejersker som redskab til yderligere udredning. Når det vurderes relevant for den videre ernæringsindsats inddrages medarbejdere med de rette ernæringsfaglige kompetencer.

Ved den anden tilgang anvendes redskaber systematisk i fast definerede tidsintervaller, hvis borgeren fx er i risiko for hospitalsindlæggelse eller har en række kroniske sygdomme, som kræver tæt observation for at undgå indlæggelse eller forværring af kronisk sygdom. Hvilket redskab og hvilken hyppighed afhænger af en individuel, tværfaglig vurdering af behovet hos den enkelte borger. Nogle kommuner har derudover valgt systematisk at anvende redskaber i fast definerede tidsintervaller for alle borgere, der modtager hjemmepleje, hjemmesygepleje eller bor på plejecenter. For eksempel kan kommuner vælge at anvende Rejse-Sætte-Sig testen til

vurdering af nedsat fysisk funktionsniveau én gang pr. måned for alle borgere i hjemmeplejen (jf. afsnit 9.3).

Figur 1 nedenfor illustrerer, hvordan de overordnede arbejdsgange i forbindelse med tidlig opsporing kan igangsættes. Medarbejdere i hjemmeplejen og på plejecentrene benytter redskaber til hverdagsobservationer, der efterfølgende anvendes til triagering (jf. kapitel 7 og 8). Med triagering kan der foretages en tydelig prioritering og igangsættelse af rettidige indsatser hos borgere. Borgere tildeles en af farverne grøn, gul eller rød, som afspejler det krævede opmærksomhedsniveau. Triagemøderne anvendes efterfølgende til at vurdere behovet for indsatser, samt om borgeren er triageret korrekt. Figuren viser ligeledes et udsnit af, hvilke redskaber der med fordel kan benyttes til kvalificering af hverdagsobservationer. I den forbindelse vil det endvidere være relevant at orientere sig i Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013 for yderligere uddybning af redskaber. Vedrørende brug af TOBS (jf. afsnit 9.6) vil redskabet oftest blive benyttet, når borgeren triageres rød, og ved triagering til gul skal der ske en vurdering af, hvorvidt redskabet skal benyttes. Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker forudsætter, at der ved opsporing efterfølgende igangsættes indsatser.

Figur 1. Arbejdsgange for tidlig opsporing⁸



⁸ For yderligere redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer se Tabel 1 eller Sundhedsstyrelsen (2013). Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – Sammenfatning af anbefalinger.

6.3 Digital understøttelse

Kommunerne har forskellig praksis med hensyn til, om der anvendes en papirudgave eller en elektronisk version af redskaberne til tidlig opsporing. Det skyldes blandt andet mangel på tilfredsstillende digital integration mellem applikationerne til tidlig opsporing og de eksisterende omsorgssystemer. Mulighederne for digital integration afhænger af kommunens omsorgssystem. Ved anvendelse af en elektronisk version af redskaberne til tidlig opsporing, kan der på applikationen foretages registrering af observationer ude hos borgerne, og i nogle versioner samtidig ses tidligere registreringer. Udfordringen er at trække øvrige relevante informationer om borgeren fra omsorgssystemet til applikationen, hvilket medfører, at medarbejderen skal agere og registrere i to forskellige systemer⁹. Det vil være en fordel, hvis leverandører af omsorgssystemer i overensstemmelse med redskaber til hverdagsobservationer udvikler skemaer til digital understøttelse af tidlig opsporing og dokumentation heraf.

Erfaringer fra flere kommuner peger i retning af, at arbejdsgangene i forbindelse med tidlig opsporing er mest effektive, når der er digital understøttelse af de valgte redskaber samt digital integration mellem redskaberne og kommunens omsorgssystem. Registreringerne er helt centrale for systematikken i den tidlige opsporing, og erfaringer fra Københavns Kommune viser, at der foretages helt op til syv gange flere registreringer, når der er digital understøttelse af redskaberne¹⁰. Det betyder, at der kan forekomme underrapportering hos borgere, hvis der er manglende digital understøttelse af tidlig opsporing.

Ved digital understøttelse af redskaber til hverdagsobservationer kan kommuner med fordel opsætte indikatorer for løbende at monitorere den tidlige opsporing med henblik på at opnå større viden om optimale arbejdsgange mv. Relevante indikatorer kan fx være:

- Antallet af registreringer og/eller antallet af registreringer per borger
- Antallet af borgere, der er triageret
- Antallet af registreringer, som har medført handleanvisninger
- Antallet af forebyggelige indlæggelser/genindlæggelser

6.4 Sprogets betydning for implementering

Redskaberne til hverdagsobservationer benyttes af forskellige faggrupper. Flere kommuner har erfaret, at nogle medarbejdere oplever udfordringer med at læse og forstå betydningen af terminologien. Erfaringer fra flere kommuner viser, at netop fælles forståelse af sproget i redskaberne bidrager til at skabe ensartede arbejdsgange. Samtidig forbedrer ensartet sprogbrug den gensidige forståelse blandt medarbejderne, når de indgår i det tværfaglige samarbejde med forskellige uddannelsesmæssige forudsætninger og kompetencer. Det understøtter implementering af tidlig opsporing, hvis den terminologi, der benyttes i redskaberne til hverdagsobservationer, benyttes af alle medarbejdere under de faglige drøftelser af hver enkelt borger.

⁹ KL har mappet både Ændringsskemaet (jf. afsnit 8.4) og Hjulet (jf. afsnit 8.5) og dermed gjort det sprog, der benyttes i redskaberne, kompatibelt med sproget i Fælles Sprog III. Løsningen er endnu ikke afprøvet i praksis. Se KL (2017). Tidlig opsporing og Fælles Sprog III - Kobling mellem værktøjerne Hjulet og Ændringsskemaet til tidlig opsporing og Fælles Sprog III.

¹⁰ Oplæg fra Københavns Kommune på KL's workshop vedrørende erfaringer med tidlig opsporing, marts 2017.

7 Triagering

7.1 Anbefalinger

Det anbefales, at:

- Triagering anvendes som metode til at foretage en tydelig prioritering og igangsætte rettidige indsatser vedrørende målrettet pleje og eventuel behandling. Det indebærer, at hver kommune udarbejder arbejdsgange med ansvarsfordeling, faste procedurer for farveskift og tilhørende handleanvisninger, herunder at farveskift fra rød eller gul mod grøn udelukkende kan foretages på baggrund af sparring med medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer. Der tages desuden stilling til frekvens af triagemøder, der som minimum afholdes ugentligt.

7.2 Om metoden

Triagering er en metode, der bidrager til systematisk opfølgning på de observationer, som social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter har foretaget med et af redskaberne til hverdagsobservationer (jf. kapitel 8). Ved at medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller på plejecentre triagerer hver enkelt borger, opnår de et fælles overblik over borgerens aktuelle helbredstilstand og funktionsevne. Triagering bidrager på den måde til at prioritere og sætte ind med rettidige indsatser over for borgere, der er i risiko for forværring af enten eksisterende sygdom, udvikling af ny sygdom eller tab af funktionsevne. Metoden er visuelt overskuelig, idet borgerne ved triagering tildeles en af farverne grøn, gul eller rød afhængig af deres aktuelle helbredstilstand og funktionsevne. For yderligere definition af farvekode, se Boks 1.

7.3 Relevante overvejelser forud for implementering

Triagering kan benyttes sammen med både Ændringsskemaet og Hjulet, dog giver redskaberne hver sit udgangspunkt:

- Ved brug af Ændringsskemaet udarbejder social- og sundhedshjælperen eller social- og sundhedsassistenten i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende indledningsvist et skema over habitualtilstanden (jf. afsnit 8.4). Derefter observeres borgeren med udgangspunkt i habitualtilstanden. Hvis der er ændringer i forhold til habitualtilstanden, registreres disse i Ændringsskemaet.
- Ved brug af Hjulet observerer social- og sundhedshjælperen eller social- og sundhedsassistenten borgerens helbredstilstand og velbefindende i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende (jf. afsnit 8.5). Hvis observationerne giver anledning til undren, registreres de.

Uanset hvilket redskab til hverdagsobservationer der vælges, bør kommunen forud for implementering i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene som minimum overveje:

- Muligheder for digital integration mellem applikationer til tidlig opsporing og omsorgssystem, herunder om der kan benyttes elektroniske triagetavler.

- Fordeling af ansvar i forbindelse med triagering, herunder også på triagemøderne.
- Hvor ofte der skal afholdes triagemøder, og hvilke faglige kompetencer der som minimum skal være til stede på triagemøderne – herunder hvilke sundhedsfaglige kompetencer der skal være til stede for at foretage farveskift fra rød eller gul mod grøn.
- Procedurer for farveskift, herunder om farveskift fra grøn til gul eller rød foretages af social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistent hos borgeren i samarbejde med borgere og eventuelt pårørende, eller om farveskift kun kan foretages på triagemøder.
- Hvem der har ansvaret for borgere, der er triageret henholdsvis grønne, gule og røde.
- Hvordan der skabes tydelige kommunikationsveje mellem hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, herunder især private leverandører af hjemmepleje, samt almen praksis. Tilsvarende på plejecentrene.
- Hvordan der skabes tydelige kommunikationsveje mellem vagtlag vedrørende opsporing og opfølgende indsatser.

7.4 Arbejdsgange

Der er to måder, hvorpå borgeren kan triageres:

- Social- og sundhedshjælperen eller social- og sundhedsassistenten triagerer hos borgeren. Derefter foretages der på de efterfølgende triagemøder en vurdering af, om borgeren er tildelt den rette farve. Vælges denne tilgang, bør det tydeliggøres i handleanvisningerne, at der udelukkende må triageres i retningen fra grøn mod rød.
- Triagering foretages på triagemøderne.

Uanset tilgang forudsætter triagering fra rød eller gul mod grøn sparring mellem medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer.

Kommunerne har forskellig praksis i forhold til, hvor ofte triagemøder afholdes. Hyppigheden, hvormed der afholdes triagemøder, varierer fra dagligt til ugentligt. Ved daglige triagemøder er det muligt fortløbende at have dialog om ændringer i en borgers habitualtilstand samt styrke kompetenceudviklingen blandt medarbejdere. Som minimum vil det være fordelagtigt, at kommuner afholder ugentlige triagemøder. Afholdes der ugentlige triagemøder, er det nødvendigt, at arbejdsgangene i endnu højere grad tager højde for ansvarsfordelingen mellem faggrupperne med henblik på at sikre implementering af de rette indsatser mellem møderne. Desuden bør triagering ved denne mødefrekvens ikke udelukkende foregå på triagemøderne.

Flere kommuner benytter i dag en elektronisk triagetavle med integration til omsorgssystemet. Når medarbejdere i hjemmeplejen eller på plejecentrene udfylder den elektroniske version af Ændringsskemaet eller Hjulet på deres håndholdte enheder, kan borgeren automatisk blive triageret enten grøn, gul eller rød. Triageringen kan også foregå på baggrund af faglige drøftelser af de observationer, der er blevet gjort. Registreringen overføres til den elektroniske triagetavle, der med fordel kan hænge i hjemmeplejens og hjemmesygeplejens mødelokaler og tilsvarende på plejecentrene. Desuden kan den tildelte farve ses på medarbejdernes håndholdte enheder.

OBS

Medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene skal i den forbindelse være opmærksomme på, at det kun er relevante medarbejdere i den konkrete situation, der har mulighed for at tilgå personfølsomme oplysninger.

7.4.1 Forud for triagemødet

Mødeleder bør i samarbejde med mødedeltagerne overveje, om der skal indhentes yderligere informationer om borgerens funktionsevne eller helbredstilstand. Informationerne kan fx indhentes ved brug af redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer (jf. kapitel 9). Mødedeltagere bør desuden orientere sig i indsatser for relevante borgere.

7.4.2 Afholdelse af triagemødet

Ved mødestart fremgår alle borgere, der er triagerede gule eller røde ved brug af redskaberne til hverdagsobservationer (jf. kapitel 8). Først gennemgås borgere triageret røde og derefter gule. For hver borger fremlægger mødeleder de observationer, der er registreret. De øvrige mødedeltagere supplerer mødeleders fremlæggelse med relevant viden. Det er mødeleders ansvar at facilitere faglig sparring om hver borger, herunder også at afdække, om de øvrige mødedeltagere vurderer et behov for yderligere udredning af borgeren ved hjælp af redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer (jf. kapitel 9). Afslutningsvist foretager mødedeltagerne en tværfaglig vurdering af, om borgeren er tildelt den rette triagefarve.

For hver borger laves aftaler i forhold til indsats, opfølgning og dokumentation:

- Hvilke ændringer er der i borgers helbredstilstand?
- Skal der ændres i nuværende indsatser?
- Hvem planlægger indsatser?
- Hvem iværksætter indsatser?
- Hvem dokumenterer ændringerne?
- Hvem følger op på indsatser?
- Hvem afslutter indsatser?
- Hvem kontakter almen praktiserende læge, visitator mv.?

I Boks 1 er der foretaget en sammenskrivning af, hvilke overvejelser mange kommuner har i forbindelse med definition af farvekode.

Boks 1. Definition af farvekode

	<p>Borgere, der er triageret grønne, vurderes at være i deres sædvanlige helbredstilstand, men kan godt have en kompleks helbredstilstand. Borger vurderes igen ved næste besøg.</p>
	<p>Borgere, der er triageret gule, har vist tegn på svækkelse. Ved brug af Ændrings-skemaet triageres en borger oftest gul, når der er observeret én til tre ændringer i forhold til habitualtilstanden. Ved brug af Hjulet foretager social- og sundhedshjælperen eller social- og sundhedsassistenten en vurdering af graden af svækkelse.</p> <p>Når en borger triageres gul, bør der være dialog mellem social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter eller eventuelt sygeplejersker. Sammen sparrer de om det observerede, og der udarbejdes og igangsættes handleanvisninger efter en individuel vurdering, men senest inden for 48 timer.</p>
	<p>Borgere i den røde farvekategori er i risiko for en alvorlig helbredstilstand og/eller tab af funktionsevne med mange eller markante ændringer. Når en borger triageres rød, skal der være dialog mellem social- og sundhedshjælpere og sygeplejersker eller eventuelt social- og sundhedsassistenter, som hurtigst muligt og senest inden for 24 timer udarbejder og igangsætter handleanvisninger.</p>

Erfaringer fra flere kommuner peger i retning af, at social- og sundhedshjælper samt social- og sundhedsassistenter især har fokus på observationer og ændringer relateret til det fysiske helbred. Når triagering er implementeret, kan mødeleder med fordel støtte medarbejderne i også at øge opmærksomheden på psykiske og sociale fokusområder.

Når en borger gennem længere tid er triageret gul eller rød, bør medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller på plejecentrene foretage en vurdering af, om borgeren nu har en ny habitualtilstand (jf. afsnit 8.4). Dette kan eventuelt ske i samarbejde med øvrige medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer. Vurderingen vil være en afvejning af:

- Om den nuværende helbredstilstand ikke ændres til det bedre, hvorfor der er behov for at redefinere habitualtilstanden.
- Om der er en formodning om, at borgerens helbredstilstand kan forbedres.

Hvis der er stor udskiftning i hvilke medarbejdere, der har kontakt med borgeren, er det særligt vigtigt, at mødeleder sikrer, at der sker en opfølgning på hver enkelt borger og de igangsatte indsatser. Derudover er det vigtigt at prioritere kontinuitet hos de mest skrøbelige borgere, hvor små variationer i hverdagen med stor sandsynlighed kun vil blive registreret af de medarbejdere, der har et indgående kendskab til borgeren.

Flere kommuner har erfaret, at det særligt er for borgere, som er triageret gule, at der mangler en systematisk opfølgning på de igangsatte indsatser. Derfor bør det tydeligt fremgå, om det er

hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller plejecenteret, der har det organisatoriske ansvar for de aftalte indsatser samt opfølgning derpå.

7.4.3 Efter triagemødet

Efter triagemødet skal mødedeltagerne være opmærksomme på følgende:

- Iværksætte indsatser, fx kontakt til almen praktiserende læge eller visitator
- Drøfte tiltag med borger
- Eventuelt orientere pårørende med borgerens samtykke
- Dokumentere i omsorgssystemet
- Involvere øvrige medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer

7.5 Kompetencer

Triagering som metode giver mulighed for sparring mellem medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene om deres hverdagsobservationer. Flere kommuner har gode erfaringer med, at der foregår videndeling mellem faggrupperne på triagemøderne, og at det bidrager til at højne det faglige niveau generelt.

Det er op til den enkelte kommune at vurdere, hvilke medarbejdergrupper der skal deltage på triagemøderne. En del kommuner har gode erfaringer med følgende deltagere:

- Mødeleder med relevante sundhedsfaglige kompetencer. Mødeleder bør desuden have personlige kompetencer som autoritet, struktur og overblik.
- Medarbejder med ansvar for at dokumentere de beslutninger, der træffes.
- Terapeuter og sygeplejersker.
- Social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere.

Nogle kommuner har desuden gode erfaringer med, at visitatorer deltager på triagemøderne. Det skyldes, at når en borger triageres gul, vil det ofte være relevant at overveje, om borgeren kan have gavn af et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a eller hjælpemidler mv. Visitators deltagelse i triagemøder kan bidrage til en mere smidig sagsbehandling, når de kender de øvrige fagpersoners overvejelser. Desuden har flere kommuner inddraget medarbejdere med ernæringsfaglige kompetencer på triagemøderne som fx kliniske diætister.

8 Redskaber til hverdagsobservationer

8.1 Anbefalinger

Det anbefales, at:

- Ændringsskemaet eller Hjulet anvendes som redskab til hverdagsobservationer for at støtte medarbejdere i at foretage systematiske observationer af borgere, gerne med digital understøttelse.

8.2 Om redskaber til hverdagsobservationer

Brugen af redskaber til hverdagsobservationer støtter medarbejderne i hjemmeplejen og på plejecentrene i systematisk at observere hver enkelt borger. Hverdagsobservationerne benyttes til efterfølgende at triagere borgeren grøn, gul eller rød (jf. Kapitel 7).

Redskaberne til hverdagsobservationer er oprindeligt udvalgt og beskrevet i Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013¹¹. Ændringsskemaet blev udviklet som et redskab til hverdagsobservationer sammen med triagering, mens Hjulet blev udviklet som et redskab til refleksion og læring. I dette kapitel vil disse redskaber blive beskrevet. Nedenfor beskrives de forhold vedrørende kompetencer, der gælder for begge redskaber.

Hyppigheden, hvormed der observeres systematisk med henholdsvis Ændringsskemaet og Hjulet, varierer kommunerne imellem. Nogle kommuner gør det ved alle besøg, andre kommuner observerer ved første besøg i hvert vagtlag, mens nogle kommuner gør det én gang dagligt.

8.3 Kompetencer

Redskaberne til hverdagsobservationer er enkle at benytte, men forudsætter oplæring. Både Ændringsskemaet og Hjulet kan benyttes af social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistenter samt øvrige social- og sundhedsfaglige medarbejdere. I praksis vil det oftest være social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter, der anvender redskaberne til hverdagsobservationer.

Det er vigtigt, at der afsættes tilstrækkelig tid til oplæring af hver enkelt medarbejder. Oplæringen kan både foregå som sidemandsoplæring, i mindre grupper eller en kombination af begge. Blandt kommunerne er der forskellige erfaringer med at sikre medarbejderne de fornødne kompetencer til at anvende redskaberne. Flere kommuner har erfaret, at den bedste oplæring i brugen af redskaber til hverdagsobservationer foregår ved sidemandsoplæring, da det muliggør en dybdegående og praksisnær introduktion til redskaberne med mulighed for løbende vejledning og sparring. Andre kommuner har gode erfaringer med at introducere og oplære i brugen af redskaberne på hold, hvilket har den fordel, at det skaber ensartet oplæring og vidensgrundlag. Det kan være relevant, at der til hver plejegruppe tilknyttes en tovholder, som løbende har fokus på

¹¹ Sundhedsstyrelsen (2013). Tidlig opsporing af den ældre medicinske patient – Værktøjer til hverdagsobservationer.

tidlig opsporing og sikrer, at der sker kontinuerlig oplæring også af nye medarbejdere. Derudover kan tovholderen løbende supervisere anvendelsen af redskaberne for at sikre ensartethed i terminologi og brug.

For at få medarbejderne til at foretage de daglige systematiske hverdagsobservationer, er det vigtigt at gøre opgaven meningsfuld ved at tydeliggøre, hvordan og hvorfor deres hverdagsobservationer og efterfølgende handleanvisninger er centrale for borgerens helbredstilstand og funktionsevne.

8.4 Ændringsskemaet

8.4.1 Om redskabet

Formålet med Ændringsskemaet er at observere, dokumentere og videregive selv små ændringer i forhold til borgerens habitualtilstand. Disse ændringer kan være tegn på begyndende sygdom eller faldende funktionsevne. Ændringsskemaet indeholdt oprindeligt fokusområderne *Fysiske klager, Hjemmet, Hverdagsaktiviteter, Psykisk og Socialt*, samt *Spise og drikke*. Sundhedsstyrelsen har på baggrund af input fra referencegruppen (jf. Bilag 2) samt de nye tilstande, der er tilføjet Fælles Sprog III¹², vurderet, at der som minimum bør foretages observationer inden for ovenstående fem fokusområder med dertil hørende underpunkter samt et nyt fokusområde *Medicinindtagelse* (jf. Bilag 5).

8.4.2 Arbejdsgange

Ved første besøg hos borgeren, samarbejder borger og eventuelt pårørende med medarbejdere i hjemmeplejen eller på plejecenteret om at udfylde et ændringsskema. Det første ændringsskema, der udfyldes, er borgerens habitualskema, som præciserer borgerens habitualtilstand (jf. Bilag 5). Habitualskemaet bruges til at beskrive, hvordan borgeren sædvanligvis er og har det. Hvis hverken borger eller pårørende har mulighed for at deltage i udfyldelsen af habitualskemaet, kan det med fordel udskydes, til medarbejderen kender borgeren bedre.

Når habitualskemaet er udfyldt, er det særligt i opstartsperioden vigtigt, at medarbejdere i hjemmeplejen og på plejecentrene benytter Ændringsskemaet til systematisk at observere. Efterhånden som der opnås fortrolighed med brug af redskabet, viser erfaringer fra flere kommuner, at medarbejderne i løbet af de øvrige gøremål sørger for at have en naturlig dialog med borgeren omkring Ændringsskemaets fokusområder med dertil hørende underpunkter. For at undgå at der er fokusområder med underpunkter, der overses, er det en god idé at indarbejde en praksis, hvor registrering foretages hos borgeren. Derudover kan digital understøttelse af Ændringsskemaet lette og understøtte arbejdsgange.

8.5 Hjulet

8.5.1 Om redskabet

Formålet med Hjulet er at observere, reflektere og reagere. Hjulet er et enkelt redskab til systematiske observationer og refleksioner på ændringer i borgerens helbredstilstand. Disse ændringer kan være tegn på begyndende sygdom eller faldende funktionsevne. Hvert af Hjulets seks fokusområder *Fysiske klager, Hjemmet, Psykisk – Socialt, Hverdagsaktiviteter, Medicinindta-*

¹² KL (2017). Tidlig opsporing og Fælles Sprog III - Kobling mellem værktøjerne Hjulet og Ændringsskemaet til tidlig opsporing og Fælles Sprog III.

gelse samt Spise og drikke, med dertilhørende underpunkter, bidrager til at skabe undren og refleksion hos medarbejderne. I forbindelse med digitaliseringen af Hjulet, blev der foretaget ændringer af de oprindelige underpunkter til fokusområderne (jf. Bilag 6).

8.5.2 Arbejdsgange

Hvert af fokusområderne med dertilhørende underpunkter drøftes i videst muligt omfang med borgeren og eventuelle pårørende. I de tilfælde hvor det ikke er muligt at drøfte observationerne med borgeren eller de pårørende, drøftes observationerne med øvrige medarbejdere, der kender borgeren.

For at lette registrering og sikre overlevering af data til brug for triagering er det mest hensigtsmæssigt at benytte digital understøttelse af Hjulet. Digital understøttelse sikrer eksempelvis overlevering af relevant viden til medarbejdere i døgnets øvrige vagtlag.

9 Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer

9.1 Anbefalinger

Det anbefales, at:

- Rejse-Sætte-Sig testen (30s-RSS) fortsat anvendes som det primære målingsredskab til vurdering af fysisk funktionsniveau. Der foretages en baseline måling af borgerens funktionsniveau ved hjælp af Rejse-Sætte-Sig testen ved visitation til personlig og/eller praktisk hjælp.
- Tidlig opsporing af uplanlagt vægttab fortsat gennemføres ved regelmæssig Vejning i kommuner og efter behov i almen praksis. Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes til nærmere udredning af uplanlagt vægttab på 1 kg og derover.
- UCLA 3 anvendes til opsporing af ensomhed og social isolation.
- Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) anvendes til sundhedsfaglig kvalificering af hverdagsobservationer når relevant. Der udarbejdes faste procedurer for, hvorvidt der skal anvendes TOBS, når en borger triageres gul eller rød.

9.2 Om redskaberne

I dette kapitel beskrives de redskaber, der benyttes efter en konkret faglig vurdering til kvalificering af hverdagsobservationer eller som systematisk anvendelse af redskaber i fast definerede tidsintervaller. Det betyder, at redskaberne både kan benyttes forud for triagemøder, efter triagemøder i forbindelse med den videre udredning samt i fast definerede tidsintervaller.

Sundhedsstyrelsen har i 2013 foretaget en vurdering af en række redskaber og metoder til udredning af specifikke problemstillinger med henblik på kvalificering af hverdagsobservationer¹³, se Tabel 1 nedenfor. Disse redskaber anbefales fortsat af Sundhedsstyrelsen.

Derudover har Sundhedsstyrelsen nu valgt at inkludere UCLA 3 til vurdering af ensomhed og social isolation. Evalueringen af en model for rehabiliteringsforløb på ældreområdet har vist, at medarbejdere finder anvendelsen af UCLA 3 nyttigt til at åbne op for svære samtaler med borgeren¹⁴. Redskabet inkluderes derfor i denne udgivelse, også med henblik på at udfolde det sociale og psykiske aspekt af funktionsevnen.

Redskabet Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) måler vitale parametre og er udviklet til brug af medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse på plejecentre og i hjemme-sygeplejen. TOBS inkluderes ligeledes i denne udgivelse som et nyt redskab sammenlignet med redskaber fra Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013.

¹³ Sundhedsstyrelsen (2013). Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - Sammenfatning af anbefalinger.

¹⁴ SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2017). Rehabilitering på ældreområdet - Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner.

Tabel 1. Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer¹⁵

Redskab	Beskrivelse	Aktør
Avlunds mobilitet-trætheds-skala (Mob-T)	Redskabet anvendes til vurdering af evnen til at klare daglige aktiviteter uden at føle træthed eller behov for hjælp ved at evaluere træthed relateret til fysisk aktivitet.	Almen praksis og hjemmesygeplejen
Ernæringsvurderingsskemaet	Redskabet anvendes til nærmere udredning ved et uplanlagt vægttab på 1 kilo og derover.	Medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer
EUroQUALity5D (EQ-5D)	Redskabet anvendes til scoring af selvrapporteret helbredsrelateret livskvalitet.	Hjemmesygeplejen, forebyggende medarbejdere og almen praksis
Gangtest	Redskabet anvendes til vurdering af nedsat funktionsniveau ved at måle hastigheden ved normal gang.	Alle faggrupper efter instruktion
Mini Geriatric Depression Scale (GDS5)	Redskabet anvendes til at identificere depression.	Hjemmesygeplejen
Mini Mental State Examination (MMSE)	Redskabet anvendes til at påvise en reduktion af den mentale funktion.	Almen praksis, hjemmesygeplejen og demenskoordinatorer
Rejse-Sætte-Sig testen	Redskabet anvendes til vurdering af nedsat fysisk funktionsniveau ved vurdering af muskelstyrken i benene.	Alle faggrupper efter instruktion
The Confusion Assessment Method (CAM)	Redskabet anvendes til vurdering af behov for udredning af delir og kan adskille delir fra andre kognitive funktionsnedsættelser.	Almen praksis, medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene
Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS)	Redskabet anvendes til vurdering af helbreds-tilstand ved at måle de vitale parametre puls, bevidsthed, temperatur, respiration og systolisk blodtryk.	Medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer
UCLA 3	Redskabet anvendes til opsporing af ensomhed og social isolation.	Alle faggrupper efter instruktion
Vejning	Redskabet anvendes til vurdering af uplanlagt vægttab ved at måle vægten.	Alle faggrupper efter instruktion
Verbal Ranking Scale (VRS)	Redskabet anvendes til at måle smertens intensitet ved at evaluere generel smerteoplevelse.	Hjemmesygeplejen og almen praksis

¹⁵ Sundhedsstyrelsen (2013). Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - Sammenfatning af anbefalinger.

I de efterfølgende afsnit vil Rejse-Sætte-Sig testen, Vejning og Ernæringsvurdering, UCLA 3 og TOBS blive udfoldet yderligere, herunder anbefalinger til redskaberne. Udgivelsen tager udgangspunkt i netop disse redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer, dels fordi Rejse-Sætte-Sig testen, Vejning og Ernæringsvurdering i stor udstrækning anvendes i kommunerne, dels fordi UCLA 3 og TOBS præsenteres som nye redskaber i denne udgivelse. Samtidig er alle redskaberne forholdsvis simple at anvende. For kommuner der ikke er så langt i processen med tidlig opsporing, kan netop disse redskaber være et godt udgangspunkt. Dette betyder, at Sundhedsstyrelsen fortsat anbefaler de resterende redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer.

9.3 Rejse-Sætte-Sig testen

9.3.1 Om redskabet

Rejse-Sætte-Sig testen (30s-RSS) er et valideret redskab, hvormed det er muligt at opdage tidlige ændringer i borgerens fysiske funktionsevne ved at vurdere muskelstyrken i benene.

9.3.2 Arbejdsgange

Der skal benyttes en spisebordsstol i normal siddehøjde på ca. 45 cm og et stopur. Muskelstyrken i benene vurderes ved at tælle, hvor mange gange borgeren kan rejse og sætte sig på 30 sekunder. Hvis borgeren ikke kan gennemføre fem oprejsninger på 30 sekunder, bør der henvises til nærmere udredning. Ved udredning i forbindelse med nedsat fysisk funktionsniveau, bør der også være opmærksomhed på borgerens ernæringstilstand (jf. afsnit 9.4). Hvis borgeren kun kan gennemføre 5-8 oprejsninger på 30 sekunder, bør der udføres Gangtest. En betydningsfuld ændring i positiv eller negativ retning er defineret som to oprejsninger mere eller mindre end sidste gang, testen blev foretaget.

Rejse-Sætte-Sig testen udføres, når der observeres gangbesvær, besvær med trappegang og/eller besvær med at rejse sig fra en stol, eller hvis borgeren angiver at have lidt besvær, meget besvær eller slet ikke kan:

- Gå 400 meter uden hvil
- Gå op eller ned ad en trappe fra én etage til en anden uden hvil
- Rejse sig fra en stol uden at bruge hænderne til hjælp

Rejse-Sætte-Sig testen bør foretages som led i den almindelige kontakt til borgeren, fx regelmæssigt i hjemmeplejen, ved indflytning på plejecenter, ved visitation til personlig og/eller praktisk hjælp, under rehabilitering og genoptræning samt i almen praksis. Regelmæssig anvendelse af Rejse-Sætte-Sig testen til borgere, der modtager personlig hjælp kan med fordel ske minimum én gang pr. måned og minimum én gang om året hos almen praksis.

9.3.3 Kompetencer

Alle faggrupper kan udføre Rejse-Sætte-Sig testen efter oplæring, herunder også instruktion af borgeren. Borgeren og eventuelle pårørende kan også oplæres i selv at udføre testen.

9.4 Vejning og Ernæringsvurderingsskemaet (EVS)

9.4.1 Om redskabet

Vejning er en enkel og let målemetode, men forudsætter at der er en vægt til rådighed. Ved regelmæssig Vejning bør det tilstræbes at anvende samme vægt, at veje på ca. samme tidspunkt af døgnet og med nogenlunde samme mængde af tøj.

Ernæringsvurderingsskemaet (EVS)¹⁶ er et valideret registreringsskema til vurdering af borgerens aktuelle ernæringstilstand. EVS består af følgende områder:

1. Vurdering af spisevaner
2. Vurdering af ernæringstilstand
3. Handleplan – risikofaktorer
4. Handleplan – vægttab/spisevaner
5. Evaluering og afslutning

9.4.2 Arbejdsgange

Vejning bør foretages som led i den almindelige kontakt til ældre mennesker, fx ved visitation til personlig og/eller praktisk hjælp, ved visitation til madservice, ved indflytning på plejecenter, under rehabilitering og genoptræning samt i almen praksis. Vejning bør foretages hyppigere efter sygdom eller ved forværring af helbredstilstand. Regelmæssig Vejning af ældre mennesker, der modtager personlig hjælp, kan med fordel ske minimum én gang pr. måned og minimum én gang om året hos almen praksis. Regelmæssig Vejning kan mindske risikoen for, at uplanlagt vægttab opdages så sent, at det får negative konsekvenser for borgerens helbredstilstand. Ved vurdering af borgerens vægtændring skal man være opmærksom på, at vægttab kan maskeres i tilfælde af væskeophobning, og at overvægtige borgere også kan have et uplanlagt vægttab.

Ved uplanlagt vægttab på 1 kg og derover kan Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes til nærmere udredning. EVS er velegnet til at identificere ældre mennesker, der har gavn af en ernæringsindsats. Redskabet indeholder vurdering af borgerens ernæringstilstand baseret på en række spørgsmål om spisevaner, vægtudvikling og måltidsindhold samt en vurdering af årsager til eller risikofaktorer ved den forringede ernæringstilstand som fx tygge-/synkebesvær. Ved at udfylde EVS sammen med borgeren, kan medarbejderen gennem et simpelt pointsystem vurdere, hvilken af følgende kategorier borgeren tilhører:

1. Den ældre er i god ernæringstilstand
2. Den ældre er i risiko for dårlig ernæringstilstand
3. Den ældre har potentiale for ernæringsindsats

Ved behov for en ernæringsindsats kan der fx tages kontakt til en klinisk diætist og eventuelt en visitator med henblik på visitation til fx kost til småtspisende eller kost med modificeret konsistens.

¹⁶ Socialstyrelsen (2013). Ernæringsvurdering

9.4.3 Kompetencer

Vejning kan både udføres af borgeren selv eller med støtte og vejledning fra alle medarbejdergrupper. Det er vigtigt, at ernæringsvurderingen foretages af medarbejdere, der har kendskab til borgeren og er undervist i brugen af redskabet. En effektiv anvendelse af Ernæringsvurderingsskemaet nødvendiggør kompetencer inden for ernæring. Plejepersonalet bør således have mulighed for at inddrage og samarbejde med relevante medarbejdere med de rette ernæringsfaglige kompetencer, når det vurderes relevant for den videre ernæringsindsats.

9.5 UCLA 3

9.5.1 Om redskabet

UCLA 3 (the Three-Item Loneliness Scale) er et valideret redskab til opsporing af ensomhed og social isolation. For borgere kan ensomhed være et stort og ofte overset problem, der kan have negative konsekvenser for livskvalitet, helbred og trivsel. Erfaringer fra flere kommuner viser, at redskabet er godt til at åbne op for svære samtaler¹⁷.

Redskabet består af tre spørgsmål, hvor der indirekte spørges ind til ensomhed og social isolation:

1. Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?
2. Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?
3. Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?

Svarkategorierne til spørgsmålene er delt op efter sjældent (1), en gang i mellem (2) og ofte (3). Der kan scores mellem 3 og 9 point. Jo højere score, desto højere grad af ensomhed og/eller social isolation.

9.5.2 Arbejdsgange

Kommuner bør forud for implementering af redskabet vurdere, hvor hyppigt redskabet skal benyttes fx i faste intervaller hver tredje måned.

Vælger kommuner at implementere brugen af UCLA 3, skal der udarbejdes klare handleanvisninger for, hvordan medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene skal agere, hvis scoren indikerer, at borgeren er ensom eller socialt isoleret. Handleanvisningerne skal sikre, at der ikke er nogen borgere, der oplever at være overladt til sig selv, når de har åbnet op om et følsomt emne.

9.5.3 Kompetencer

Redskabet kan anvendes af medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene. Brugen af redskabet forudsætter oplæring, da det er vigtigt, at medarbejderne er rustet til at håndtere de emner, en samtale kan åbne op for i opsporingen af ensomhed og social isolation. Medarbejderne skal desuden have forståelse for, hvor ømtåleligt og tabubelagt et emne det kan være for nogle borgere, og samtidig have viden om forskellen på det at være alene og være en-

¹⁷ Redskabet indgår ikke i Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013, men det fremgår her, fordi det med god erfaring er blevet benyttet til opsporing af ensomhed og social isolation ved før- og eftermålinger i rehabiliteringsforløb. Se SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2017). Rehabilitering på ældreområdet - Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner.

som. Derudover skal medarbejderne være bekendte med og kunne igangsætte relevante og konkrete indsatser som opfølgning på resultaterne af UCLA 3.

9.6 TOBS

9.6.1 Om redskabet

Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) er en systematisk observationsmetode udviklet til primærsektoren, som understøtter den faglige vurdering og det almene kendskab til borgeren ved måling af vitale værdier. Observationsmetoden er udviklet på baggrund af Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom (TOKS) eller Early Warning Score (EWS), der benyttes af medarbejderne på hospitalerne til at vurdere, om en patient har øget risiko for kritisk sygdom. TOBS er efterfølgende udviklet til brug i hjemmesygeplejen og på plejecentrene af medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse¹⁸. I Sundhedsaftalen for Region Midtjylland har regionens kommuner forpligtet sig til at implementere TOBS i aftaleperioden 2015 – 2018¹⁹.

Formålet med brug af TOBS er på et tidligt tidspunkt at opdage forværringer i borgerens helbredstilstand og kvalificere disse observationer. Ved tidlig identifikation af borgere med behov for øget behandling og observation, kan mindre syge borgere behandles hjemme, inden helbredstilstanden udvikler sig yderligere, og svært syge borgere kan indlægges uden unødigt forsinkelse.

TOBS-scoren er den samlede værdi udløst af målinger af de fem vitale parametre puls, bevidsthed, temperatur, respiration og systolisk blodtryk. Tidligere indgik saturation som et af de vitale parametre i TOBS. Flere kommuner har imidlertid fundet dette uhensigtsmæssigt og anvender derfor ikke saturation som observationsparameter. Sundhedsstyrelsen vurderer, at det er bedre med få, men valide målinger, og saturation behøver derfor ikke indgå som et af de vitale parametre i TOBS. Samtidig bør sundhedsfaglige medarbejdere i henholdsvis hjemmesygeplejen og på plejecentrene være opmærksomme på, at der fortsat kan være borgere, hvor måling af saturation bør foretages, fx ældre mennesker med KOL.

I forbindelse med afprøvning af TOBS i Randers-klyngen, der består af Regionshospitalet Randers og kommunerne Favrskov, Norddjurs, Randers og Syddjurs, blev der udarbejdet et TOBS-scorekort²⁰. En ekspertgruppe i Region Midtjylland har i 2014 fundet grundlag for at revidere scoren for respiration. TOBS-score og reviderede handleanvisninger^{21,22} fremgår af Tabel 2 og Tabel 3.

¹⁸ Ammitzbøl, O. & Maarslet, L. (2014). Implementering af systematisk observationsmetode i primærsektoren er mulig. Ugeskrift for Læger, 2014;176.

¹⁹ Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner (2015). Sundhedsaftalen – 2015-2018.

²⁰ Ammitzbøl, O. & Maarslet, L. (2014). Implementering af systematisk observationsmetode i primærsektoren er mulig. Ugeskrift for Læger, 2014;176 .

²¹ Region Midtjylland. TOBS – Den brugeroplevede kvalitet.

²² www. Sundhedsaftalen.rm.dk. Værktøjskasse – Tidlig opsporing og TOBS.
<http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktøjskasse/tidlig-opsporing-og-tobs/>

Tabel 2. Vitalværdier og TOBS-score

Observation	Vitalværdier	Score
Puls	≥ 130	3
	110 – 129	2
	90 – 109	1
	50 – 89	0
	40 – 49	1
	≤ 39	2
Bevidsthed	Agiteret	1
	Habituel	0
	Reagerer kun på tiltale	1
	Reagerer kun på smerte	2
	Ingen reaktion	3
Temperatur	≥ 40	3
	39 – 39,9	2
	38 – 38,9	1
	36 – 37,9	0
	34 – 35,9	2
	≤ 33,9	3
Respiration	≥ 25	3
	21 – 24	2
	12 – 20	0
	9 – 11	1
	< 8	3
Systolisk blodtryk	≥ 200	2
	100 – 199	0
	80 – 99	1
	70 – 79	2
	≤ 69	3

9.6.2 Arbejdsgange

Kommunen kan med fordel udarbejde arbejdsgangsbeskrivelser for brug af TOBS, hvor det fremgår, i hvilke situationer der altid skal benyttes TOBS. For eksempel har nogle kommuner valgt, at der altid skal foretages TOBS, når en borger triageres rød. For borgere triageret gul vælger nogle kommuner, at der bør ske en vurdering af relevansen af anvendelsen af TOBS i den konkrete situation. Andre kommuner lader brugen af TOBS være op til et klinisk skøn foretaget på triagemødet eller efter en sundhedsfaglig vurdering hos borgeren.

TOBS indeholder en algoritme for, hvorledes sundhedsfaglige medarbejdere i henholdsvis hjemmesygeplejen og på plejecentrene skal handle i forhold til afvigende værdier, se Tabel 3²³.

²⁴

²³ Region Midtjylland. TOBS – Den brugeroplevede kvalitet.

²⁴ www. Sundhedsaftalen.rm.dk. Værktøjskasse – Tidlig opsporing og TOBS.
<http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktøjskasse/tidlig-opsporing-og-tobs/>

Tabel 3. Handleanvisning og TOBS-score

Samlet TOBS-score	Handleanvisning
0	Gentage scoring efter skøn.
1-2	Undersøge urin, evt. blodsukker. Vurdere borgerens indtagelse af væske. Vurdere om borgeren har fået sin medicin, evt. ny medicin? Øget behov for tilsyn? Evt. telefonisk konsultation med læge. Laboratorieprøver? Hvis borgeren ikke konfereres med læge, skal værdierne måles igen efter senest 8 timer.
3-4 eller enkeltværdi ≥ 2	Som 1-2 og altid telefonisk kontakt med læge. Overvej mulighed for aflastnings-/akutplads.
≥ 5	Telefonisk kontakt med læge og anmodning om besøg.

Ældre mennesker har ofte andre normalværdier for de vitale parametre end andre borgere. Det kan derfor være en fordel, at borgerens normalværdier måles ved TOBS allerede i den tidlige kontakt med hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller plejecentrene samt løbende over tid, så der sikres et sammenligningsgrundlag for de enkelte værdier. Det gøres nemmere, hvis scoring med TOBS registreres elektronisk.

I tilrettelæggelsen af arbejdsgange for sundhedsfaglige medarbejdere i henholdsvis hjemmesygeplejen og på plejecentrene bør kommunerne være opmærksomme på, at erfaringerne fra afprøvningen af TOBS i Region Midtjylland viser, at det er vigtigt, at sygeplejerskerne har nem adgang til blodtryksapparater og termometre²⁵.

Kommunerne bør ved implementering informere de praktiserende læger om brugen af TOBS. Gensidigt kendskab til det standardiserede redskab øger kvaliteten af samarbejdet og kommunikationen mellem alment praktiserende læger og de sundhedsfaglige medarbejdere i henholdsvis hjemmesygeplejen og på plejecentrene.

9.6.3 Kompetencer

TOBS og de deraf følgende handleanvisninger kan efter oplæring besluttes og udføres af medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer.

²⁵ Region Midtjylland. TOBS – Den brugeroplevede kvalitet.

10 Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Kommunernes anvendelse af redskaber til tidlig opsporing
Bilag 2:	Medlemsliste for referencegruppen
Bilag 3:	Kommissorium
Bilag 4:	Begreber
Bilag 5:	Ændringskemaet
Bilag 6:	Hjulet

BILAG 1 KOMMUNERNES ANVENDELSE AF REDSKABER TIL TIDLIG OPSPORING

Hverdagsobservationer

I foråret 2015 gennemførte KL en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kommuner for at afdekke, hvilke redskaber kommunerne anvender i praksis til at foretage hverdagsobservationer, jf. Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013 ”Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter – Værktøjer til hverdagsobservationer”. KL fik svar fra 76 kommuner, og fra spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at over halvdelen (53 %) af kommunerne anvender Ændringsskemaet og triagering, mens 18 % udelukkende anvender Ændringsskemaet. Hjulet anvendes af 23 % af kommunerne, mens kun 8 % anvender Tidlige Tegn.

Kvalificering af hverdagsobservationer

Sundhedsstyrelsen har peget på en række redskaber, der kan anvendes til udredning af specifikke problemstillinger med henblik på kvalificering af hverdagsobservationer. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 70-80 % af kommunerne laver systematiske målinger af vitale parametre (blodtryk, temperatur, puls og respirationsfrekvens samt blodsukker). Omkring halvdelen af kommunerne foretager systematisk måling af iltmætningen i blodet (44 %) og urinundersøgelse ved hjælp af urinstix (58 %). Vedrørende anvendelse af redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer viser spørgeskemaundersøgelsen desuden, at halvdelen af kommunerne anvender MMSE (Mini Mental State Examination), mens 38 % af kommunerne angiver, at de ikke anvender screeningsværktøjer. De resterende screeningsværktøjer bliver anvendt i mindre grad.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommuner anvender Rejse-Sætte-Sig testen som det primære redskab til tidlig opsporing af fysisk funktionsniveau og gangtesten som et supplerende redskab. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 47 % af kommunerne anvender Rejse-Sætte-Sig testen, men 21 % anvender gangtesten. Der er 17 % af kommunerne, som anvender en kombination af de to tests, mens 15 % af kommunerne ikke anvender redskaber til tidlig opsporing af nedsat fysisk funktionsniveau.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at ældre mennesker bliver regelmæssigt vejjet, og at Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes til nærmere udredning af uplanlagt vægttab på minimum 1 kg. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 74 % af kommunerne anvender regelmæssig Vejning, og 72 % af kommunerne anvender EVS'en til systematisk identifikation af ernæringstilstanden (underernæring). En mindre andel af kommunerne angiver, at de ikke benytter redskaberne.

I efteråret 2016 gennemførte KL endnu en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kommuner. Resultaterne viser, at 85 % af kommunerne havde igangsat indsatser vedrørende redskaber til tidlig opsporing, fx implementeret digitale redskaber og applikationer. Herudover havde 74 % af kommunerne igangsat indsatser og/eller systemer til systematisk opfølgning på hverdagsobservationer af borgerne.

BILAG 2 MEDLEMSLISTE FOR REFERENCEGRUPPEN

Medlemmer af referencegruppe vedrørende anbefalinger til tidlig opsporing af sygdoms- tegn, nedsat funktionsniveau og underernæring

Aleris Omsorg, udpeget af Dansk Erhverv

Kvalitetschef, Karin Kappel

Dansk Erhverv

Næstformand i brancheorganisationen, Sundhed Danmark, Thomas Helt

Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge, Christian Rosendal

Dansk Selskab for Geriatri

MD, PhD, Professor, Specialeansvarlig overlæge, Karen Andersen-Ranberg

Dansk Selskab for Fysioterapi

Fysioterapeut, PhD, Lisbeth Rosenbek Minet

Dansk Sygepleje Selskab

Klinisk sygeplejespecialist, Elizabeth Emilie Rosted

Danske Patienter

Rådgiver, Lungeforeningen, Marie Lavesen

Ergoterapeutforeningen

Forebyggende konsulent, Sine Pedersen

FOA

Sundhedspolitisk konsulent, Jakob Bro

KL

Konsulent, Rikke Skaarup Schjødt / konsulent, Sophie Leth-Møller

Kommunale repræsentanter

Gladsaxe Kommune: Tidlig opsporingskonsulent, Dorthe Melchiorson

Kerteminde Kommune: Leder af Sygeplejen, Irmgard Birkegaard

Roskilde Kommune: Konsulent, Tessa Fleischer

Varde Kommune: Sundhedsfaglig konsulent, Ann-Christina Dahlgaard

Aalborg Kommune: Udviklingssygeplejerske, Bettina Nymark Kight

Ældre Sagen

Chefkonsulent, Mirjana Saabye

Sundhedsstyrelsen

Sektionsleder, Lone Thomsen

Fuldmægtig, Cecilie Aarestrup

Fuldmægtig, Thomas Ovdal Grønborg
Fuldmægtig, Niels Vendelbo Gadegaard

Sundheds- og Ældreministeriet
Specialkonsulent, Louise Filt

BILAG 3 KOMMISSORIUM

Kommissorium for referencegruppe vedr. anbefalinger til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring

Baggrund og formål

Den daværende regering indgik i 2016 aftale om national handlingsplan 2016 Styrket indsats for den ældre medicinske patient sammen med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti. Det fremgår af udmøntningsplanen, at KL og Sundhedsstyrelsen i samarbejde skal samle op på kommunernes erfaringer med de eksisterende redskaber til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Dette arbejde forventes færdigt primo 2017.

På den baggrund vil Sundhedsstyrelsen inden udgangen af 2017 udarbejde anbefalinger for tidlig opsporing med henblik på, at kommunerne implementerer anbefalingerne i 2018.

De eksisterende redskaber til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring blev udviklet som en del af den tidligere handlingsplan for den ældre medicinske patient fra 2011. Redskaberne anvendes af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen til systematiske og løbende hverdagsobservationer af ældre.

For at understøtte Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af anbefalinger for tidlig opsporing, etablerer Sundhedsstyrelsen en referencegruppe, der, med udgangspunkt i eksisterende redskaber til tidlig opsporing, skal bistå Sundhedsstyrelsen med anbefalinger til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Efter udpegning skal der foreligge habilitetserklæringer på alle deltagere i referencegruppen.

Referencegruppen forventes at færdiggøre arbejdet i løbet af 2017.

Referencegruppens opgaver

Referencegruppen skal bistå Sundhedsstyrelsen med at kvalificere anbefalingerne vedrørende tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Fokus i anbefalingerne er beskrevet i den nationale handlingsplan 2016 Styrket indsats for den ældre medicinske patient side 20 – 21:

”Anbefalingerne vil tage udgangspunkt i eksisterende værktøjer til tidlig opsporing og herudover omhandle tilrettelæggelse, arbejdsgange og opfølgning samt kompetencer. Formålet er at understøtte, at fagpersoners observationer af tidlige tegn på fx sygdom omsættes til relevante indsatser, der kan forebygge sygdomsudvikling og indlæggelse”.

Organisering af arbejdet

Sundhedsstyrelsen varetager formandskabet og sekretariatsfunktionen for referencegruppen. Sekretariatet indkalder til møder, udarbejder mødedagsordener og udsender mødereferater.

Tidsplan

Det forventes, at referencegruppen afholder to møder.

1. møde afholdes fredag den 23. juni 2017 kl. 10.00 – 13.00

Forud for første møde udarbejder Sundhedsstyrelsen et udkast til anbefalinger vedrørende tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring, som danner udgangspunkt for drøftelserne på første møde. Sundhedsstyrelsen sender udkastet til referencegruppen senest en uge før første møde. Referencegruppen skal, baseret på det fremsendte udkast, vurdere, om anbefalingerne til redskaber, tilrettelæggelse, arbejds gange, opfølgning og kompetencer er nyttige og brugbare i en kommunal kontekst samt fyldestgørende beskrevet.

Mellem første og andet møde arbejder Sundhedsstyrelsen videre med anbefalingerne baseret på input fra referencegruppen samt fra mødet i følgegruppen for den ældre medicinske patient den 6. september 2017.

2. møde afholdes onsdag den 27. september 2017 kl. 13.00-15.30

Drøftelse af anbefalinger vedrørende tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Referencegruppen kan på mødet komme med mundtlige kommentarer til anbefalingerne, som de har modtaget en uge inden andet møde. Referencegruppen kan kommentere skriftligt på oplægget frem til den 4. oktober 2017.

Når relevante input fra referencegruppen er indarbejdet i anbefalingerne, sendes anbefalingerne i høring i landets kommuner i perioden 12. oktober til 10. november 2017.

Sundhedsstyrelsen kan derudover afholde bilaterale møder med fagpersoner eller organisationer med særlig ekspertise inden for området.

Det er op til Sundhedsstyrelsen at beslutte det endelige indhold i anbefalingerne på baggrund af input fra referencegruppen og den skriftlige høring i kommunerne. De endelige anbefalinger forventes at foreligge medio december 2017.

BILAG 4 BEGREBER

Borgere

Borgere benyttes både om ældre mennesker, der bor i egen bolig og på plejecenter. Borgere omfatter i denne udgivelse ikke akut syge borgere, da de skal håndteres efter de sædvanlige arbejdsgange.

Funktionsevne

Funktionsevne omfatter kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse defineret efter WHO's ICF-klassifikation. Man skal i den forbindelse være opmærksom på, at kroppens funktioner indeholder både fysiske, psykiske og sociale aspekter²⁶. Funktionsevne benyttes til at vurdere, hvordan borgeren fungerer i sit hverdagsliv og afspejler dermed også andre forhold end sygdom eller sygdommens grad²⁷.

Habitualtilstand

Når habitualtilstand benyttes i denne udgivelse, er det i betydningen, at det er borgerens sædvanlige helbredstilstand, som er kendt af medarbejderne. Hos borgere med en kronisk lidelse kan almentilstanden fx være dårlig, mens habitualtilstanden er normal²⁸.

Helbredstilstand

Helbredstilstand benyttes, når der tales om en tilstand, hvor borgeren aktuelt vurderes med henblik på en sundhedsintervention²⁹, fx når der benyttes TOBS.

Hjemmepleje og hjemmesygepleje

Kommunerne har forskellige måder at indrette organiseringen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. I denne udgivelse benyttes hjemmepleje til at beskrive den organisatoriske enhed, der hjælper borgeren med personlig pleje, praktisk hjælp mv., det vil sige medarbejdere, der primært er uddannet enten social- og sundhedshjælpere eller social- og sundhedsassistenter. Brugen af begrebet hjemmepleje dækker i denne udgivelse over både kommunale og private leverandører.

Hjemmesygeplejen benyttes som organisatorisk begreb til at beskrive, at der er tale om handlinger udført af sundhedsfagligt personale, det vil sige medarbejdere der primært er uddannet sygeplejersker eller eventuelt social- og sundhedsassistenter. Brugen af begrebet hjemmesygepleje dækker i denne udgivelse over både kommunale og private leverandører.

²⁶ Schiøler, G. & Dahl, T. (2003). ICF – International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Munksgaard Danmark, WHO.

²⁷ www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne/funktionsevne-vurdering-og-icf/

²⁸ Begrebet Habitualtilstand er sammensat af ordene *habituel* og *tilstand*. Når tillægsordet *habituel* indgår i et sammensat ord, ændrer det form, hvilket i denne sammenhæng bliver til 'habitualtilstand'. I Retskrivningsordbogen defineres *habituel* som 'sædvanlig' og i Den Danske Ordbog defineres *habituel* som 'sædvanlig, vanemæssig'. Dermed kan 'habitualtilstanden' godt være præget af kroniske lidelser.

²⁹ www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Sundhedsvæsenets begrebsbase (NBS). <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-terminologi/nbs>

Hverdagsobservationer

Hverdagsobservationer er observationer, som medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller på plejecentrene udfører hos borgeren med henblik på tidlig opsporing af sygdomstegn hos borgeren.

Kommunen

Kommune henviser til den organisatoriske enhed, der træffer de overordnede strategiske beslutninger. I denne udgivelse kan det fx være overvejelser, som kommunen med fordel kan gøre sig i forbindelse med implementering af anbefalingerne til tidlig opsporing.

Plejecenter

Plejecenter dækker over forskellige boformer som plejehjem efter serviceloven og plejeboliger efter almenboligloven mv.

BILAG 5 ÆNDRINGSSKEMAET

I forhold til det oprindelige Ændringsskema er *Medicinindtagelse* tilføjet som nyt fokusområde, mens observationerne *Hud*, *Kvalme* samt *Rødme og sår* er tilføjet under fokusområdet *Fysiske klager*, og observationen *Hvad klarer borgeren selv: Køleskab* er tilføjet under fokusområdet *Hverdagsaktiviteter*. KL har desuden beskrevet og redegjort nærmere for hverdagsobservationerne³⁰.

Fokusområder	Observation
Fysiske klager	<ul style="list-style-type: none">• Afføringsmønster• Hoste• Hud• Kvalme• Rødme og sår• Smerte• Svimmel• Træthed• Vandladning• Vejrtrækning
Hjemmet	<ul style="list-style-type: none">• Hvad klarer borger selv• Hvordan ser hjemmet ud
Hverdagsaktiviteter	<ul style="list-style-type: none">• Fald• Fysisk aktivitet• Generelt initiativ fra borgeren• Graden af hygiejne• Hvad klarer borger selv: Affald• Hvad klarer borger selv: Blomster• Hvad klarer borger selv: Køleskab• Hvad klarer borger selv: Opvask• Hvad klarer borger selv: Post• Hvad klarer borger selv: Sengeredning• Hvad klarer borger selv: Toilet/bad
Medicinindtagelse	<ul style="list-style-type: none">• Medicin
Psykisk og socialt	<ul style="list-style-type: none">• Hukommelse• Humør• Social aktivitet• Søvnproblemer
Spise og drikke	<ul style="list-style-type: none">• Appetit• Tørst• Vægt

³⁰ KL (2017). Tidlig opsporing og Fælles Sprog III - Kobling mellem værktøjerne Hjulet og Ændringsskemaet til tidlig opsporing og Fælles Sprog III.

BILAG 6 HJULET

Fokusområde	Observer og reager
Fysiske klager	<ul style="list-style-type: none"> • Afføring • Feber • Hud • Hævede ben • Smerter • Svimmel • Syn/hørelse • Sår • Træt • Vandladning • Åndenød
Hjemmet	<ul style="list-style-type: none"> • Gammel mad • Hindringer for mobilitet • Hjemmets tilstand • Lugt • Ophobet affald • Snavs • Visne blade
Psykisk – Socialt	<ul style="list-style-type: none"> • Tristhed • Tab • Hukommelse • Søvn • Beklagende • Netværk • Isolerer sig
Hverdagsaktiviteter	<ul style="list-style-type: none"> • Fald • Mobilitet • Sengeliggende • Usoigneret • Øget behov for hjælp
Medicinindtagelse	<ul style="list-style-type: none"> • Gammel medicin i skabet • Ny medicin • Nyudskrevet • Tager ikke sin medicin • Tager ekstra medicin
Spise og drikke	<ul style="list-style-type: none"> • Appetit • Kvalme • Køleskab • Spises maden • Synkebesvær • Tandstatus • Vægttab • Væskeindtag

KMD Nexus og KMD Nexus Logistik

Tekniske forudsætninger

Version 1.4 - januar 2019

Revisionshistorik

Revisionsnummer	Dato	Opsummering af ændringer
1.0	Jan. 2016	Version 1.0 frigivet
1.1	Mar. 2016	Ændring i Ressourcekrav til lokal citrix klient: Ram nu 300 Mb + CPU krav. Krav til iOS er nu "Den aktuelle samt den forrige hovedversioner"
1.2	Sept. 2017	Minimumskrav til browser er eksempelvis Internet Explorer 11. IE 10 understøttes ikke længere.
1.3	Okt. 2017	Opdateret minimumskrav til mobiltelefoner.
1.4	Jan. 2019	Tilføjet krav til KMD Nexus Logistik og KMD Nexus Logistik mobile. Opdateret generelt (Exchange integration), krav til hardware og software under PC, RDS, Tablet og Nexus mobil (inkl. Sikkerhed og distribution).

Indholdsfortegnelse

Revisionshistorik	2
Indholdsfortegnelse	3
Generelt	4
Integrationer	4
Trusted sites	4
KMD Nexus og KMD Nexus Logistik (web applikation)	5
PC	5
Lokale 'tynde' klienter (Citrix mm.)	6
Citrix	6
RDS	7
Tablets	8
KMD Nexus mobile applikationer	9
Mobiltelefon	9
KMD Nexus Logistik mobile	10
Mobiltelefon	10

Generelt

Forudsætningerne til "Nexus" i dette dokument gælder både for KMD Nexus og KMD Nexus Logistik (kravene til de mobile applikationer er beskrevet særskilt).

Såfremt Kunden bruger ældre versioner af styresystemerne eller browserne, indestår KMD ikke for de aftalte funktionaliteter og evt. drift af løsningen.

Kunden skal sikre, at Kunden overholder de af Leverandøren anbefalede versioner og patch levels i forhold til den version af softwaren, som Kunden benytter.

Alle krav i dette dokument er minimumskrav gældende for Nexus anvendt på klienter uden installerede Ad-blocker og performancereducerende programmer, Apps, Add-ons osv.

Der tages forbehold for alle ændringer foretaget af platformleverandørerne, der ligger uden for KMDs kontrol.

Brugerne tilgår Nexus, som er en web-baseret applikation, via en SSL forbindelse.

Integrationer

Forudsætningen for at kunne gennemføre integrationer til en række af Kundens lokale it-systemer er, at der etableres en forbindelse mellem Kundens datacenter og KMDs datacenter.

Derudover har enkelte integrationer særlige krav til teknisk opsætning hos Kunden:

AD/LDAP integration

- brugere skal være direkte medlem af den sikkerhedsgruppe der giver adgang til Nexus, grupper i grupper understøttes ikke.
- Der kan ikke søges fra roden af træ strukturen, for brugere eller sikkerhedsgrupper, der skal være mindst en OU i stien.
- Der understøttes kun 1 sikkerhedsgruppe for alle produkter baseret på Nexus platformen.

Exchange integration

- NTLM eller OAuth skal være aktiveret for EWS.

Kundens it-afdeling vil skulle bidrage til etablering af VPN-forbindelsen.

Trusted sites

Internet Explorer "trusted sites"

- Vi fraråder generelt at Nexus tilføjes som "trusted site" i kundernes browsere, da der ikke er behov for dette for at løsningen fungerer optimalt. Hvis dette alligevel gøres skal både URL'en til Nexus <https://{kunde}.nexus.kmd.dk> tilføjes, da der ellers vil være uoverensstemmelser mht identifikationen af brugerne.

Nexus web applikation

PC

Nexus anvendes på PC vha. en webbrowser.

Hardware	
CPU	Intel Core i3
Hukommelse	4 GByte RAM, 500 Mbyte fri diskplads
Skærm	Systemet er designet til anvendelse med en skærmopløsning på mindst 1280x900 pixels. Visse brugergrupper som f.eks. planlæggere kan drage stor fordel af meget større skærme, f.eks. 1920x1080 pixels.
Internetforbindelse	Systemet bør anvendes på en internetforbindelse med minimum 100/100 Mbps, dog minimum 5/5 Mbps per samtidig bruger. Svartiden bør ikke være mere end 3 millisekunders netværkssvartid mellem klientapplikationen og den centrale service hos Leverandøren.
Software	
Operativsystem	Microsoft Windows versioner med generel support fra Microsoft
Browser	<p>KMD anbefaler, at Nexus bruges på de nyeste versioner af Chrome eller Edge/Internet Explorer.</p> <p>Browsere såsom Chrome, Edge og Internet Explorer opdateres automatisk til den nyeste version - med mindre visse IT-politikker er aktiveret for at forhindre dette. KMD anbefaler anvendelse af en "evergreen" browserpolitik.</p> <p>Minimumkravet er den aktuelle eller den forrige overordnede version af browseren, eksempelvis Internet Explorer 11, Chrome 71 (eller 70).</p> <p>KMD gør opmærksom på at Microsoft Corp. fra den 12. januar 2016 kun yder teknisk assistance samt sikkerhedsopdateringer til den nyeste version af Internet Explorer på de supporterede operativsystemer. Således vil Microsoft Corp. på Windows 7 og 8(.1) kun understøtte Internet Explorer 11.</p>
PDF-læser	En PDF-læser er nødvendig for at kunne læse breve, formularer mm., der er genereret til udskrivning.

Lokale 'tynde' klienter (Citrix mm.)

Nexus kan anvendes på lokale 'tynde' klienter, idet det bruges som en webapplikation i en browser, der afvikles på en server.

Citrix

Citrix miljøer kan bestå af to løsninger:

Citrix XenApp hvor flere brugere logger på samme server og deler ressourcer såsom CPU/RAM, operativsystem og applikationer

Citrix XenDesktop hvor brugerne logger på deres egen virtuelle PC og har egne ressourcer tildelt, såsom CPU/RAM, operativsystem og applikationer

For begge typer Citrix-miljøer er følgende kravspecifikation gældende:

Lokal Citrix klient	
Software	Citrix Receiver er klientsoftware, som benyttes fra brugerens klient til at koble op mod Citrix XenApp eller Citrix XenDesktop. Versionen af Citrix Receiver skal være supporteret. Citrix Receiver version 3 eller højere: http://www.citrix.com/support/product-lifecycle/milestones/receiver.html
Ressourcekrav	Skærm: samme krav som til Windows PC. Alle platforme, hvorpå Citrix Receiver kan installeres, opfylder kravene. Citrix Receiver kræver selv 30 Mbyte RAM. Alternativt kan en 'Thin Client' anvendes, se listen på https://citrixready.citrix.com/category-results.html?category=c1-thin-clients
Citrix Server	
Software	Citrix versioner skal være supporterede. Citrix XenApp 6 eller højere: Citrix XenApp: http://support.citrix.com/article/CTX122442 Citrix XenDesktop version 7 eller højere: https://www.citrix.com/support/product-lifecycle/milestones/xendesktop.html
Ressourcekrav	Det valgte operativsystems krav + 300 Mbyte RAM pr. Citrix-session ved brug af Internet Explorer 11. Hver Citrix session defineres som en bruger, der er logget ind og benytter en browser for at tilgå Nexus. Browserversioner: Der stilles de samme krav til browseren, som installeres på Citrix XenApp eller XenDesktop, som til en Windows PC. Der stilles ikke faste krav til CPU i et Citrix miljø; men der skal være nok ressourcer tilgængelige til, at browseren, der kører Nexus, kan eksekvere uden at blive påvirket negativt af andre applikationer. Applikationen er testet på et dual-core system. Her kan forventes et maximal-forbrug på op til 60% CPU-tid og gennemsnitligt på 20-25 %.
Netværk	Uanset løsning vil en høj netværkslatency mellem klientmaskine og Citrix XenApp eller Citrix XenDesktop påvirke brugeroplevelsen. Dette anses som værende et problem, som ligger uden for Nexus løsningen. Hver bruger kræver 0,256 Mbps mellem klient og CITRIX server. Systemet bør anvendes på en internetforbindelse med minimum 100/100 Mbps, dog minimum 5/5 Mbps per CITRIX session.

Cache-filer

Browseren Internet Explorer gemmer filer i brugerens %AppData% når de arbejder i Nexus. Hvis denne er rediregeret til en netværkslokation kan det give lange svartider i applikationen.

Der må ikke foretages Rederigering af brugernes APPDATA folder til en netværks lokation da dette påvirker hastigheden i Internet Explorer og Java. Dette anses ikke for best practices i et Citrix miljø og kan ikke anbefales. Folderne %AppData%\Local og %APPDATA%\LocalLow må ikke roame i profilen

Forslag til optimering på Citrix XenApp og Citrix XenDesktop

Installation af Grafikkort i Citrix XenApp vil gavne browseroplevelsen i Internet Explorer idet grafiske beregninger vil blive håndteret af grafikkortet i stedet for CPU'en.

Er der ikke grafikkort tilgængelig, kan følgende med fordel deaktiveres: <http://support.microsoft.com/kb/2528233>

RDS

Kunden kan, efter nærmere aftale, vælge at anvende Windows Remote Desktop Services (RDS) løsning, såfremt kunden har de fornødne CAL licenser, hvor klient-applikationen installeres på en central RDS-server, hvorigennem brugerne kan køre applikationen.

Lokal RDS klient	
Software	Fjernskrivebord (Remote Desktop) er klientsoftwaren, som benyttes fra brugerens klient til at koble op mod serveren.
Ressourcekrav	CPU, RAM, skærm: samme krav som til Windows PC.
RDS Server	
Software	Operativsystem: Windows Server versioner med generel support fra Microsoft Browserversioner: samme krav som til en Windows PC.
Ressourcekrav	Det valgte operativsystems krav + 140 Mbyte RAM pr. session. Hver session defineres som en bruger der er logget ind og benytter en browser for at tilgå Nexus. Der stilles ikke faste krav til CPU i et RDS miljø; men der skal være nok ressourcer tilgængelige til, at browseren der kører Nexus, kan eksekvere uden at blive påvirket negativt af andre applikationer.
Netværk	Uanset løsning vil en høj netværkslatency mellem klientmaskine og server påvirke brugeroplevelsen. Dette anses som værende et problem, som ligger udenfor Nexus løsningen. Hver bruger kræver 0,25 Mbps mellem klient og server. Systemet bør anvendes på en internetforbindelse med minimum 100/100 Mbps, dog minimum 5/5 Mbps per session.

Tablets

Nexus kan anvendes på en tablet, idet det bruges som en webapplikation i en browser.

	Android	iOS	Windows
Hardware			
CPU; Hukommelse	Svarende til en Samsung Galaxy Tab S3 (2017) eller bedre: 4 kernet 2,2 GHz; 4 GByte RAM	Svarende til iPad mini 4 eller bedre: 2 kernet A8; 2 GByte RAM	Svarende til Microsoft Surface Pro (2017) eller bedre: 2 kernet Intel i5, 2,6 GHz 4 GByte RAM
Skærm	7.9", minimum 768x1024 pixel målt som 'CSS width/height', se http://mydevice.io/devices/		
Internetforbindelse	WiFi : 802.11b (11 Mbps) Mobile : 3G (3 Mbps)		
Software			
Operativsystem	Aktuelle Android versioner som dækker 85% af alle enheder ifølge developer.android.com/about/dashboards/ I januar 2019 er det Android version 5.1 og nyere.	Den aktuelle samt den forrige hovedversion	Den aktuelle samt den forrige hovedversion
Browser Kun de nævnte 'evergreen' browsere (med automatisk opdatering) understøttes	Chrome	Safari, Chrome	Chrome, Edge, Internet Explorer
PDF-læser	Nogle dokumenter kræver en PDF-læser for at kunne fremvises og printes på tablets.		

KMD Nexus mobile applikationer

Mobiltelefon

KMD Nexus mobile anvendes på en mobiltelefon vha. en mobilapplikation (app).

	Android	iOS
Hardware - minimumsanbefalinger, hurtigere enheder vil give en bedre oplevelse.		
CPU Hukommelse Skærm	Svarende til Samsung A3 (2017) eller bedre: 8 kernet CPU, 1,6 GHz 2 GByte RAM 4,7" skærm, 720 x 1280 pixels	Model: Svarende til iPhone SE eller nyere
Internetforbindelse	WiFi : 802.11b (11 Mbps) Mobile : 3G (3 Mbps)	
Software		
Operativsystem	Android 6.0 eller nyere, så længe Android versionen dækker nyeste 85% af alle aktive enheder ifølge developer.android.com/about/dashboards/	Den aktuelle samt den forrige hovedversioner
Sikkerhed og distribution		
Sikkerhed	KMD sikrer, at alle personhenførbare data gemt i vores apps er krypterede. Kunden skal have en Mobile Device Management (MDM) løsning til at påtvinge adgangskode på devicet og giver en administrator adgang til at beskytte og kryptere data, slette data på mistede enheder, udrulle certifikater o.l.	
Distribution	Kundens MDM-løsning skal understøtte, at KMD distribuerer apps gennem hhv. iOS Business-2-Business App Store og Android Play Store eller Android Enterprise Play Store. MDM-løsningen skal understøtte managed configuration.	

KMD Nexus Logistik mobile

Mobiltelefon

KMD Nexus Logistik mobile anvendes på en mobiltelefon vha. en mobilapplikation (app).

Android	
Hardware - minimumsanbefalinger, hurtigere enheder vil give en bedre oplevelse.	
CPU Hukommelse Skærm	Svarende til CipherLab RS31 eller bedre: 4 kernet CPU, 1,3 GHz 2 GByte RAM 4,7" skærm, 720 x 1280 pixels
Internetforbindelse	WiFi : 802.11b (11 Mbps) Mobile : 3G (3 Mbps)
Scanner	Scanningsfunktionalitet opnås ved at bruge Android-telefoner med integreret scanner. Pt. er scanneren CipherLab RS31-2D-B-GMS med Android 7.0 testet til at fungere med mobilapp'en.
Software	
Operativsystem	Android 6.0 eller nyere, så længe Android versionen dækker nyeste 85% af alle aktive enheder ifølge developer.android.com/about/dashboards/
Sikkerhed og distribution	
Sikkerhed	KMD sikrer, at alle personhenførbare data gemt i vores apps er krypterede. Kunden skal have en Mobile Device Management (MDM) løsning til at påtvinge adgangskode på devicet og giver en administrator adgang til at beskytte og kryptere data, slette data på mistede enheder, udrulle certifikater o.l.
Distribution	Kundens MDM-løsning skal understøtte, at KMD distribuerer apps gennem hhv. iOS Business-2-Business App Store og Android Play Store eller Android Enterprise Play Store. MDM-løsningen skal understøtte managed configuration.



DATABEHANDLERAFTALE

Mellem

Gribskov Kommune
Rådhusvej 3
3200 Helsingør
CVR. nr.: 29188440

(herefter "Kommunen" i egenskab af dataansvarlig)

og

[Leverandørens navn]

[adresse]

[postnr. og by]

CVR. nr.: [XXXX]

(herefter "Leverandøren" i egenskab af databehandler)

er der indgået nedenstående databehandleraftale (herefter "Aftalen") om
Leverandørens behandling af personoplysninger på vegne af Kommunen:

1. Generelt	2
2. Kommunens forpligtelser.....	2
3. Leverandørens forpligtelser	3
4. Underleverandør (underdatabehandler).....	4
5. Instrukser	5
6. Tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger	5
7. Overførsler til andre lande	6
8. Kontroller og erklæringer	6
9. Ændringer i Aftalen	6
10. Misligholdelse og tvistigheder.....	6
11. Erstatning og forsikring	7
12. Ikrafttræden og varighed	7
Bilag 1 – Instruks.....	8
Bilag 2 - Oplysninger om lokationer for behandling og underleverandører (underdatabehandlere)	10
Bilag 3 – Sikkerhed	11



1. Generelt

- 1.1** Denne aftale fastsætter de rettigheder og forpligtelser, som finder anvendelse, når leverandøren foretager behandling af personoplysninger på vegne af den dataansvarlige.
- 1.2** Aftalen er udformet med henblik på parternes efterlevelse af artikel 28, stk. 3, i *Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) 2016/679 af 27. april 2016 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger og om ophævelse af direktiv 95/46/EF (Databeskyttelsesforordningen)*, som stiller specifikke krav til indholdet af en databehandleraftale.
- 1.3** Databehandleraftalen og "hovedaftalen" [titel og dato eller anden entydig identifikation] er indbyrdes afhængige, og kan ikke opsiges særskilt. Databehandleraftalen kan dog – uden at opsige "hovedaftalen" – erstattes af en anden gyldig databehandleraftale.
- 1.4** Denne databehandleraftale har forrang i forhold til eventuelle tilsvarende bestemmelser i andre aftaler mellem parterne, herunder i Hovedaftalen.
- 1.5** Leverandøren skal behandle personoplysninger i overensstemmelse med god databehandlingskik, jf. de til enhver tid gældende regler og forskrifter for behandling af personoplysninger.
- 1.6** Leverandøren behandler i medfør af Hovedaftalen med Kommunen personoplysninger for Kommunen, jf. bilag 1, hvor Leverandørens behandlinger og formålet med behandlingerne er beskrevet.

2. Kommunens forpligtelser

- 2.1** Kommunen er dataansvarlig for de personoplysninger, som Kommunen instruerer Leverandøren om at behandle. Kommunen har ansvaret for, at de personoplysninger, som Kommunen instruerer Leverandøren om at behandle, må behandles af Leverandøren, herunder at behandlingen er nødvendig og saglig i forhold til Kommunens opgavevaretagelse.
- 2.2** Kommunen indestår for at have de rettigheder og forpligtelser, som er givet en dataansvarlig i medfør af lovgivningen, jf. Aftalens pkt. 1.2 samt Lov nr. 502 af 23/05/2018 om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (Databeskyttelsesloven).



3. Leverandørens forpligtelser

- 3.1** Leverandøren er databehandler for de personoplysninger, som Leverandøren behandler på vegne af Kommunen, jf. pkt. 5 og bilag 1. Leverandøren har som databehandler de forpligtelser, som er pålagt en databehandler i medfør af lovgivningen, jf. Aftalens pkt. 1.2.
- 3.2** Leverandøren behandler alene de overladte personoplysninger efter instruks fra Kommunen, jf. pkt. 5 og bilag 1, og alene med henblik på opfyldelse af Hovedaftalen.
- 3.3** Leverandøren skal sikre personoplysningerne via tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger, som kræves efter databeskyttelsesforordningen, jf. bilag 3 – Sikkerhed.
- 3.4** Leverandøren skal på opfordring fra Kommunen hjælpe med at opfylde Kommunens forpligtelser i forhold til den registreredes rettigheder, herunder besvarelse af anmodninger fra borgere om indsigt i egne oplysninger, udlevering af borgerens oplysninger, rettelse og sletning af oplysninger, begrænsning af behandling af borgerens oplysninger, samt Kommunens forpligtelser i forhold til underretning af den registrerede ved brud på persondatasikkerheden, i medfør af Databeskyttelsesforordningens kap. III samt artikel 34.
- 3.5** Leverandøren skal hjælpe Kommunen med at efterleve dennes forpligtelser efter Databeskyttelsesforordningens artikel 32-36, jf. Databeskyttelsesforordningens artikel 28, stk. 3, litra f.
- 3.5.1 forpligtelsen til at gennemføre passende tekniske og organisatoriske foranstaltninger for at sikre et sikkerhedsniveau, der passer til de risici, der er forbundet med behandlingen
- 3.5.2 forpligtelsen til at anmelde brud på persondatasikkerheden til tilsynsmyndigheden (Datatilsynet) uden unødigt forsinkelse og om muligt senest 72 timer, efter at den dataansvarlige er blevet bekendt med bruddet, medmindre at det er usandsynligt, at bruddet på persondatasikkerheden indebærer en risiko for fysiske personers rettigheder eller frihedsrettigheder.
- 3.5.3 forpligtelsen til – uden unødigt forsinkelse – at underrette den/de registrerede om brud på persondatasikkerheden, når et sådant brud sandsynligvis vil indebære en høj risiko for fysiske personers rettigheder og frihedsrettigheder



- 3.5.4 forpligtelsen til at gennemføre en konsekvensanalyse vedrørende databeskyttelse, hvis en type behandling sandsynligvis vil indebære en høj risiko for fysiske personers rettigheder og frihedsrettigheder
 - 3.5.5 forpligtelsen til at høre tilsynsmyndigheden (Datatilsynet) inden behandling, såfremt en konsekvensanalyse vedrørende databeskyttelse viser, at behandlingen vil føre til høj risiko i mangel af foranstaltninger truffet af den dataansvarlige for at begrænse risikoen
 - 3.5.6 Leverandøren garanterer at levere tilstrækkelig ekspertise, pålidelighed og ressourcer til at implementere passende tekniske og organisatoriske foranstaltninger sådan, at Leverandørens behandling af Kommunens personoplysninger opfylder kravene i Databeskyttelsesforordningen og sikrer beskyttelse af den registreredes rettigheder.
- 3.6** Leverandøren er forpligtet til at oplyse med præcise adresseangivelser, hvor Kommunens personoplysninger opbevares, jf. bilag 2. Leverandøren skal ajourføre oplysningerne over for Kommunen ved enhver ændring.
- 3.7** Vederlag for den i pkt. 3.4. og 3.5. omtalte bistand er reguleret i hovedaftalen/vederlagsfri (vælg)

4. Underleverandør (underdatabehandler)

- 4.1** Ved underdatabehandler forstås en underleverandør, til hvem Leverandøren har overladt hele eller dele af den behandling, som Leverandøren foretager på vegne af Kommunen.
- 4.2** Leverandøren må ikke uden udtrykkelig skriftlig godkendelse fra Kommunen, anvende andre underdatabehandlere end dem, der er angivet i bilag 2, herunder foretage udskiftning af disse, til at behandle de personoplysninger, som Kommunen har overladt til Leverandøren i medfør af Hovedaftalen. Kommunen kan ikke nægte at godkende tilføjelse eller udskiftning af en underdatabehandler medmindre, der foreligger en konkret saglig begrundelse herfor.
- 4.3** Hvis Leverandøren overlader behandlingen af personoplysninger, som Kommunen er dataansvarlig for, til underdatabehandlere, skal Leverandøren indgå en skriftlig (under)databehandleraftale med underdatabehandleren.



- 4.4** Underdatabehandleraftalen, jf. pkt. 4.3, skal pålægge underdatabehandleren de samme databeskyttelsesforpligtelser, som Leverandøren er pålagt efter Aftalen, herunder, at underdatabehandleren garanterer at kunne levere tilstrækkelig ekspertise, pålidelighed og ressourcer til at kunne implementere de passende tekniske og organisatoriske foranstaltninger således, at underdatabehandlerens behandling opfylder kravene i Databeskyttelsesforordningen og sikrer beskyttelse af den registreredes rettigheder
- 4.5** Når Leverandøren overlader behandlingen af personoplysninger, som Kommunen er dataansvarlig for, til underdatabehandlere, har Leverandøren over for Kommunen ansvaret for underdatabehandlerens overholdelse af disses forpligtelser, jf. pkt. 4.3.
- 4.6** Leverandøren skal i sin aftale med underdatabehandleren indføre Kommunen som begunstiget tredjemand i tilfælde af leverandørens konkurs, således at Kommunen kan indtræde i leverandørens rettigheder og gøre dem gældende over for underdatabehandleren, f.eks. så kommunen kan instruere underdatabehandleren om at foretage sletning eller tilbagelevering af oplysninger.

5. Instrukser

- 5.1** Leverandørens behandling af personoplysninger på vegne af Kommunen sker udelukkende efter dokumenteret instruks, jf. bilag 1.
- 5.2** Leverandøren giver omgående besked til Kommunen, hvis en instruks efter Leverandørens vurdering er i strid med lovgivningen, jf. pkt. 1.2, eller databeskyttelsesbestemmelser i anden EU-ret eller medlemsstaternes nationale ret.

6. Tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger

- 6.1** Leverandøren iværksætter alle foranstaltninger, som kræves i henhold til databeskyttelsesforordningens artikel 32, hvoraf det bl.a. fremgår, at der under hensyntagen til det aktuelle niveau, implementeringsomkostningerne og den pågældende behandlings karakter, omfang, sammenhæng og formål samt risiciene af varierende sandsynlighed og alvor for fysiske personers rettigheder og frihedsrettigheder skal gennemføres passende tekniske og organisatoriske foranstaltninger for at sikre et sikkerhedsniveau, der passer til disse risici.



- 6.2** Leverandøren skal i forbindelse med ovenstående – i alle tilfælde – som minimum iværksætte det sikkerhedsniveau og de foranstaltninger, som er specificeret nærmere i denne aftales Bilag 3.
- 6.3** Hvis leverandøren konstaterer et sikkerhedsbrud eller får mistanke om, at der har været et sikkerhedsbrud, enten hos leverandøren selv eller hos en underdatabehandler, skal leverandøren underrette kommunen så hurtigt som muligt, oplyse hvad der er sket, og hvilke tiltag, der er gjort for at forhindre, at det sker igen. Sikkerhedsbrud kan eksempelvis være personoplysninger, der offentliggøres eller lækkes til uvedkommende, uautoriseret adgang til personoplysninger eller utilsigtet sletning eller ødelæggelse af personoplysninger. Leverandøren skal vederlagsfrit bistå kommunen i undersøgelse af sikkerhedsbrud og evt. anmeldelse til datatilsynet.

7. Overførsler til andre lande

- 7.1** Leverandørens overførsel af personoplysninger til lande, der ikke er medlem af EU eller EØS (tredjelande), f.eks. via en cloudløsning eller en underdatabehandler, skal ske i overensstemmelse med Kommunens instruks herfor, jf. bilag 1, medmindre det kræves i henhold til EU-ret eller medlemsstaternes nationale ret, som Leverandøren er underlagt; i så fald underretter Leverandøren Kommunen om dette retlige krav inden behandling, medmindre den pågældende ret forbyder en sådan underretning.

8. Kontroller og erklæringer

- 8.1** Leverandøren er forpligtet til uden ugrundet ophold at give Kommunen nødvendige oplysninger til, at Kommunen til enhver tid kan sikre sig, at Leverandøren overholder de krav, der følger af denne Aftale. Oplysningerne gives skriftligt og efter opfordring fra Kommunen.
- 8.2** Kommunen, en repræsentant for Kommunen eller dennes revision (såvel intern som ekstern) har adgang til at foretage inspektioner og audits hos Leverandøren, få udleveret dokumentation, herunder logs, stille spørgsmål m.v. med henblik på at konstatere, at Leverandøren overholder de krav, der følger af denne Aftale, samt med det formål at optimere samarbejdet imellem parterne.



9. Ændringer i Aftalen

9.1 Kommunen kan til enhver tid, med et forudgående varsel på mindst 30 dage, foretage ændringer i Aftalen og instruksen, jf. bilag 1. Ændringsprocessen og omkostningerne aftales skriftligt mellem Kommunen og Leverandøren i Hovedaftalen. Leverandøren skal ved sådanne ændringer uden ugrundet ophold sikre, at underdatabehandlerne tillige forpligtes af ændringerne.

9.2 I det omfang ændringer i lovgivningen, jf. pkt 1.2 og 2.2, eller tilhørende praksis, giver anledning til dette, er Kommunen med et varsel på 14 dage og uden at dette medfører krav om betaling fra Leverandøren, berettiget til at foretage ændringer i Aftalen.

10. Misligholdelse og tvistigheder

10.1 Misligholdelse og tvistigheder er reguleret i Hovedaftalen.

10.2 Leverandøren er ikke berettiget til at udøve tilbageholdsret i kommunens personoplysninger for krav, herunder betaling af udestående fakturaer, som leverandøren måtte have i forhold til kommunen.

11. Erstatning og forsikring

11.1 Erstatnings- og forsikrings spørgsmål er reguleret i Hovedaftalen.

12. Sletning/tilbagelevering af oplysninger

Når kontrakten med Kommunen ophører, skal alle personoplysninger slettes eller tilbageleveres til kommunen efter nærmere aftale. Hvis oplysningerne slettes, skal der anvendes et sikkerhedsgodkendt sletteværktøj, alternativt skal lagringsmedier ødelægges fysisk. Kommunen skal senest 30 dage inden Hovedaftalens ophør skriftligt meddele Leverandøren, hvorvidt alle personoplysningerne skal slettes eller tilbageleveres til Kommunen. I begge tilfælde skal Leverandøren ligeledes slette eventuelle kopier, medmindre EU-retten eller national ret foreskriver opbevaring af personoplysningerne. Leverandøren skal sikre, at eventuelle underdatabehandlere ligeledes efterlever Kommunens meddelelse.

13. Tavshedspligt



Leverandøren har tavshedspligt, jf. Forvaltningsloven og Straffeloven. Alle oplysninger, som leverandøren får adgang til – både virksomhedsdata og personoplysninger – er fortrolige og må ikke videregives til andre. Det gælder også efter samarbejdets ophør.

Leverandøren skal sikre, at alle, der behandler oplysninger omfattet af Aftalen, herunder ansatte, tredjeparter (f.eks. en reparatør) og underdatabehandlere, forpligter sig til fortrolighed eller er underlagt en passende lovbestemt tavshedspligt.

14. Ikrafttræden og varighed

14.1 Aftalen indgås ved begge parter underskrift og løber indtil ophør af Hovedaftalen.

15. Formkrav

15.1 Aftalen skal foreligge skriftligt, herunder elektronisk, hos Kommunen og Leverandøren.

For Kommunen

For Leverandøren

Dato

Dato



Bilag:

Bilag 1 – Instruks

Bilag 2 – Oplysninger om lokationer for behandling og underleverandører (underdatabehandlere)

Bilag 3 – Sikkerhed

Bilag 1 – Instruks

Instruks

Kommunen instruerer hermed Leverandøren om at foretage behandling af Kommunens oplysninger til brug for [levering] af [ydelser], jf. Hovedaftale [titel og dato eller anden entydig identifikation].

Overlader Leverandøren behandling af Kommunens oplysninger til underdatabehandlere, er Leverandøren ansvarlig for at indgå skriftlige (under)databehandleraftaler med disse, jf. Aftalens pkt 4.3. Leverandøren er ansvarlig for, at Kommunens instruks fremsendes til eventuelle underdatabehandlere.

1.1 Behandlingens formål

Behandling af Kommunens oplysninger sker i henhold til formålet i Hovedaftalen: [indsæt relevant tekst fra Hovedaftalen eller beskriv formålet].

Leverandøren må ikke anvende oplysningerne til andre formål.

Oplysningerne må ikke behandles efter instruks fra andre end Kommunen.

1.2 Generel beskrivelse af behandlingen

[Her beskriver Kommunen udførligt de typer af behandling, som Leverandøren skal udføre, herunder processer, varigheden og karakteren af behandlingen.]

1.3 Typen af personoplysninger



Behandlingerne indeholder personoplysninger i de nedenfor afkrydsede kategorier. Leverandørens og eventuelle underdatabehandlers niveau for behandlingssikkerhed bør afspejle oplysningernes følsomhed, jf. bilag 3.

Almindelige personoplysninger (jf. Databeskyttelsesforordningens artikel 6)

Almindelige personoplysninger:

Følsomme personoplysninger om (jf. Databeskyttelsesforordningens artikel 9):

- Race eller etnisk oprindelse
- Politisk overbevisning
- Religiøs overbevisning
- Filosofisk overbevisning
- Fagforeningsmæssigt tilhørsforhold
- Genetiske data
- Biometriske data
- Helbredsoplysninger, herunder misbrug af medicin, narkotika, alkohol m.v.
- En fysisk persons seksuelle forhold eller seksuelle orientering

Personoplysninger om straffedomme og lovovertrædelser (jf. Databeskyttelsesforordningens artikel 10):

- Straffedomme
- Lovovertrædelser

[Angiv typen/typerne af personoplysninger]

Oplysninger om cpr-nummer (jf. Databeskyttelseslovens § 11)

CPR-numre

1.4 Kategorier af registrerede

Der behandles oplysninger om følgende kategorier af registrerede (f.eks. borgere, elever, kontanthjælpsmodtagere m.m.):

- A) [Indsæt kategori af personer]
- B) [Indsæt kategori af personer]
- C) [Indsæt kategori af personer]



1.5 Tredjelande (ikke EU-medlemslande)

Leverandøren må ikke overføre personoplysninger til tredjelande.

Bilag 2 - Oplysninger om lokationer for behandling og underleverandører (underdatabehandlere)

- 1. Lokation(er) for behandlingen** [*Her opregner Leverandøren, de steder, hvor Kommunens personoplysninger opbevares/behandles.*]
- 2. Underdatabehandlere** [*Her angiver Leverandøren navn, adresse, cvr-nummer m.m. på underdatabehandlere, som er godkendt af Kommunen, jf. pkt. 4.2 i Aftalen.*]
[Leverandøren udfylder, hvis der anvendes underdatabehandlere]

Bilag 3 – Sikkerhed

Indledning

Dette bilag indeholder en beskrivelse af de tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger, som Leverandøren i medfør af Aftalen har ansvar for at gennemføre, overholde og sikre overholdelse af hos dennes underdatabehandlere, som er angivet i bilag 2.

1. Sikkerhedskrav

Leverandøren gennemfører følgende tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger for at sikre et sikkerhedsniveau, der passer til de aftalte behandlinger, jf. Instruks (bilag 1), og som dermed opfylder Databeskyttelsesforordningens artikel 32.

Foranstaltningerne fastlægges ud fra overvejelser om:

1. Det aktuelle tekniske niveau
2. Implementeringsomkostningerne
3. Den pågældende behandlings karakter, omfang, sammenhæng og formål, jf. Instruksen (bilag 1)
4. Konsekvenserne for borgerne ved brud på persondatasikkerheden
5. Den risiko, der er forbundet med behandlingerne, herunder risikoen for:
 - a) tilintetgørelse af oplysningerne
 - b) tab af oplysningerne
 - c) ændring af oplysningerne
 - d) uautoriseret videregivelse af oplysningerne
 - e) uautoriseret adgang til oplysningerne

Leverandøren gennemfører følgende sikkerhedsforanstaltninger:

Kommunen har udfærdiget denne instruks som indeholder en række minimumskrav som skal overholdes når persondata behandles. Hvis virksomheden selv har passende informationssikkerhedspolitikker og instrukser kan det aftales med Kommunen, at de gælder. Kommunen skal i givet fald godkende dem skriftligt.

Medarbejdere, der arbejder med Kommunens data, skal have vejledning og instruktion i, hvordan persondata behandles så sikkert som muligt. Data må ikke komme til uvedkommendes kendskab i henhold til gældende sikkerhedskrav, jf. Databeskyttelsesforordningen. Det er leverandørens ansvar at sikre dette.

2. Adgang til oplysningerne

Kun personer, der har et sagligt behov må få adgang til kommunens oplysninger. Så få personer som muligt skal have adgang.

Medarbejdere, der behandler persondata, skal bruge en unik brugeridentifikation med et unikt, personligt og fortroligt password for at få adgang.

Medarbejdere, der behandler persondata, må ikke have adgang til mere, end de har behov for, for at udføre opgaven. Medarbejdere, der ikke skal behandle personoplysninger, må ikke have adgang til dem.

Overlades en it-arbejdsplads til en anden, skal der først logges af, og kollegaen skal logge på med eget brugernavn og adgangskode. Login må ikke deles.

Hvis en medarbejder stopper eller får en anden funktion i virksomheden, skal medarbejderens adgang til at behandle persondata straks lukkes.

Mindst hvert halve år skal der foretages kontrol af, om medarbejdernes adgang stadig er korrekte. Kontrollen skal dokumenteres.

Det er ikke tilladt at foretage usaglige, herunder private, opslag i persondata. Adgang til følsomme persondata skal logges, og uberettigede opslag betragtes som en overtrædelse af persondatalovgivningen. Misbrug skal rapporteres til Kommunen.

3. Adgangskode

Der skal kræves adgangskode for at logge på it-udstyr (herunder mobile enheder) og it-systemer som bruges til behandling af persondata. Adgangskoden skal opfylde følgende krav:

- Være på mindst 8 tegn – gerne flere
- Være en kombination af store og små bogstaver, tal og specieltegn
- Må højst løbe 90 dage
- Adgangskoden må ikke skrives ned
- En god adgangskode skal være svær at gætte for andre.

Adgangskoden er strengt personlig og må ikke videregives til andre. Ved mistanke om at andre kender adgangskoden, skal den ændres!

4. Pauseskærm

Aktivér pauseskærm med adgangskode, inden arbejdspladsen forlades - også selvom det kun er kortvarigt. Eksempelvis med 'Windows + L'.

Pauseskærmen skal indstilles til automatisk aktivering efter 10 minutter.

5. Sikker mail og digital post

Fortrolige eller følsomme personoplysninger skal sendes sikkert, dvs. via digital post eller krypteret, hvis de sendes via e-mail. F.eks. via Virk.dk.

Persondata må ikke gemmes i Outlook (eller lignende systemer), men skal slettes løbende og senest efter 30 dage. Data skal i stedet opbevares i system, der er godkendt til formålet, eksempelvis et journalsystem.

6. Lagring af data og sikkerhedskopiering

Data skal lagres forsvarligt og lagringsmedier (f.eks. eksterne harddiske og USB-sticks) med persondata skal krypteres og opbevares under opsyn eller aflåst når de ikke bruges.

Bærbare pc'er og andre bærbare enheder, der indeholder Dataansvarliges data, skal opbevares aflåst, når disse ikke anvendes. Bærbare enheder må ikke efterlades i fx en bil, selvom denne er aflåst.

Alle data skal opbevares indenfor EU. Det er ikke tilladt at opbevare data i en cloudløsning, eksempelvis Dropbox, Office 365, eller Google Drive.

Der skal tages sikkerhedskopi af de oplysninger, leverandøren behandler for Kommunen. Sikkerhedskopien skal opbevares forsvarligt og slettes i overensstemmelse med pkt. 12 i databehandleraftalen.

7. Logning

Der skal foretages maskinel registrering (logning) af alle anvendelser af fortrolige og personfølsomme personoplysninger. Loggen skal mindst indeholde oplysninger om tidspunkt, bruger, type af anvendelse og angivelse af den person, de anvendte oplysninger vedrører eller det anvendte søgekriterium.

Loggen skal opbevares i 6 måneder hvorefter den kan slettes.

Der skal ikke foretages logning for personoplysninger der indgår i tekstbehandlingsdokumenter og lignende, der ikke foreligger i endelig form, hvis sletning sker inden 30 dage.

Adgang til loggen skal begrænses, så det kun er få personer med særlige rettigheder, der kan tilgå loggen (læserettigheder). Loggen skal kunne udleveres til Kommunen i tilfælde af en sikkerhedshændelse.



8. Hjemmearbejde eller distancearbejdspladser

Hvis Leverandøren tillader sine medarbejdere at arbejde fra hjemmearbejdsplads eller andre eksterne arbejdspladser (fx brug af bærbare pc'ere under rejser eller besøg hos kunder eller andet) stiller kommunen krav om at behandlingen skal ske lige så sikkert som på virksomhedens hovedlokation.

Dette indebærer blandt andet:

At overførsel af personoplysninger via internettet skal ske via en krypteret forbindelse. Bruger autentificering fra eksterne arbejdspladser bør ske ved brug af 2-faktor identifikation.

At kommunens data ikke må gemmes lokalt på hjemmepc'en.

At uvedkommende, herunder medlemmer af medarbejderens husstand, ikke må få adgang til hjemme-pc'en.

Hvis det er nødvendigt at udskrive oplysninger på hjemmepc'en, skal der fastsættes supplerende retningslinjer for, hvordan oplysningerne opbevares og tilintetgøres, så de ikke kommer til uvedkommendes kendskab. Se pkt. 12.

10. Sikring af lokaler mv.

De lokationer, hvor oplysningerne behandles, skal sikres, så uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne, dvs., at lokaler skal aflåses forsvarligt, der skal evt. være etableret et alarmsystem, adgang til et eventuelt serverrum skal være begrænset, og skærme og printere skal placeres sikkert, og så uvedkommende ikke kan få adgang til dem. Ved arbejdstids ophør skal døre og vinduer lukkes.

11. Reparation eller kassation af udstyr

Hvis computere eller andet dataudstyr skal repareres eller til service, skal det sikres, at reparations- eller servicepersonalet behandler oplysninger, som de evt. måtte få viden om gennem deres arbejde, som fortroligt materiale, der ikke må anvendes eller videregives. Hvis det er muligt, skal oplysningerne på udstyret slettes inden reparation eller service.

Hvis dataudstyr eller medier, der indeholder Kommunens data, skal kasseres, skal dette destrueres eller afmagnetiseres på en sådan måde, at man ikke længere kan læse indholdet.

Da det kan være svært at slette data fuldstændigt, *fraråder* Kommunen at sælge eller bortgive udstyr som har været anvendt til behandling af personoplysninger. Harddiske eller lagringsmedier bør i stedet destrueres fysisk, medmindre der kan garanteres en fuldstændig sikkerhedsletning.

Alternativt skal data slettes efter en anerkendt internationale standard for sletning, f.eks. NIST 800-88.

12. Papirmateriale

Papirmateriale, der indeholder personoplysninger af fortrolig eller følsom karakter, skal opbevares i et aflåst skab, skuffe eller lokale, når det ikke anvendes.

Printere skal placeres så uvedkommende ikke kan få adgang. Udskifter med personoplysninger skal hentes straks efter de er printet.

13. Sikkerhed mod virus, hacking og spam

Kommunen kræver at leverandørens computere er forsynet med passende sikkerhedsforanstaltninger mod virus, hacking og spam. Disse sikkerhedsforanstaltninger skal mindst indeholde følgende:

- Et moderne og tidssvarende antivirusprogram med mailscanning
- En firewall

Sikkerhedspakken skal opdateres jævnligt, og der skal ligeledes jævnligt laves en totalscanning af harddisken.

Computeren skal sættes til at opdatere styresystem og software automatisk, eksempelvis sikkerhedspakker fra Microsoft, Adobe mv. Se også punkt 15.

Hvis virksomheden har mere end 5 computere, *anbefales det*, at der installeres en central sikkerhedsløsning som indeholder antivirus og opdatering af systemet.

14. Internet

Hvis leverandøren anvender trådløst netværk, skal stærk kryptering være slået til, så andre ikke kan bruge netværket. Der bør vælges en lang og kompleks krypteringsnøgle.

Ved brug af internet skal det sikres, at uvedkommende trafik ikke kan få adgang fra det åbne net til leverandørens interne net.

Systemet skal være indstillet sådan, at personlige oplysninger altid slettes, når en browser lukkes ned.

15. Installation og opdatering af programmer

Leverandøren skal sørge for, at styresystem og andre programmer hele tiden er opdateret, og at der ikke anvendes programmer, der ikke er så gamle, at leverandøren ikke længere kan yde support til dem.



Gribskov
Kommune

Browseren skal indstilles sådan, at brugeren altid bliver spurgt, inden filer, informationer, programmer m.v. bliver overført til computeren.



BILAG 19: LOGBOG OVER ÆNDRINGER TIL KONTRAKTEN



