



Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Sundhed og Omsorg
Helhedsplejen Nord

Uanmeldt tilsyn
September 2023



Indhold

Tilsynsrapport Gribskov Kommune	1
Forord.....	3
1. Oplysninger om Helhedsplejen og tilsynet	4
1.1 Aktuelle vilkår	4
1.2 Opfølgning.....	5
2. Helhedstilsyn	7
2.1 Overordnet vurdering.....	7
2.2 Score	7
2.3 Vurdering i forhold til temaer	8
2.4 Tilsynets anbefalinger	17
3. Medicinkontrol	19
3.1 Overordnet vurdering.....	19
3.2 Score	19
3.3 Vurdering i forhold til temaer	20
3.4 Tilsynets anbefalinger	21
4. Vurderingsskema	23
5. Om BDO	24

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om Helhedsplejen. Herefter følger tilsynets overordnede vurdering af Helhedsplejen.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Herefter følger anbefalinger. Vurderingsskala findes sidst i rapporten.

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen



Birgitte Hoberg Sloth

Partner

Mobil: 28 10 56 80

Mail: bsq@bdo.dk

Partneransvarlig



Mette Norré Sørensen

Director

Mobil: 41 89 04 75

Mail: meo@bdo.dk

Projektansvarlig

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

1. Oplysninger om Helhedsplejen og tilsynet

Oplysninger om tilsynet

Navn og adresse: Gribskov Helhedspleje Nord, Fiskerbakken 17, 3250 Gilleleje

Leder: Karina Dinesen

Dato for tilsynsbesøg: Den 13. september 2023

Deltagere i interviews:

- Interview med leder
- Tilsynsbesøg hos ti borgere
- Gruppeinterview med tre medarbejdere (en social- og sundhedshjælper, en social- og sundhedsassistent og en sygeplejerske).
- Gennemgang af dokumentation i forhold til Sundhedsloven hos ti borgere
- Gennemgang af dokumentation i forhold til Serviceloven hos ti borgere
- Gennemgang af medicin hos syv borgere

Fordeling af borgerne er sket ud fra følgende udvælgelseskriterier:

Seks borgere med hjemmepleje og fire borgere med sygepleje

(1 stikprøve er en borger, der modtager hjælp fra sygeplejeklinik, 1 stikprøve er en borger, der modtager palliation, og 1 stikprøve er en borger, som har haft besøg fra akutfunktionen)

Tilsynsførende:

Mai Britt Helmsdal Henriques, Manager og sygeplejerske

Kristina Ovesen, Manager og sygeplejerske

Gitte Anderskov, Manager og sygeplejerske

1.1 Aktuelle vilkår

Ledelsen oplyser, at der har været fokus på at følge op på det reaktive tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed tidligere i år med fokus på kvalitetssikring af de sundhedsfaglige ydelser. Ledelsen oplyser, at der i 2022 er ansat en farmakonom som bringer sine særlige kompetencer på medicinrådet i spil, bl.a. ved egenkontrol, sparring, screening af borgere i forhold til bl.a. dosisdispensering mm. Ledelsen oplyser at være i en god proces ift. rekruttering af nye medarbejdere, og at de formår at fastholde medarbejderne i job i længere tid. Der er fokus på at ansætte flere ufaglærte medarbejdere for at sikre tilstrækkelige medarbejder-ressourcer.

1.2 Opfølgning

Ved det sidste tilsyn blev der givet anbefalinger for helhedstilsynet ift. dokumentationsområdet, VAR-portalen, UTH arbejdet og medarbejdernes deltagelse i triageringsmøder. Dertil blev der i forhold til medicinområdet givet anbefalinger for at sikre fokus på FMK-opdateringer, korrekt dokumentation i medicinskema, korrekt opbevaring af medicin og at sikre medicinbeholdningen samt kvittering for givet medicin.

Helhedstilsyn:

Ledelsen oplyser at have fulgt op på anbefalingerne for den sundhedsfaglige dokumentation ved en systematisk gennemgang og opdatering af alle journaler i forhold til de sundhedsfaglige ydelser. Ledelsen beskriver, at det på monofaglige møder med sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er gennemgået, hvorledes journaler skal opdateres, og hvorledes medarbejderne skal forholde sig til medicinskema og indikation for ordinationerne, og at medarbejderne hver har gennemgået otte til ti journaler.

Ledelsen beskriver, at der er fokus på at oprette relevante handlingsanvisninger, og at medarbejderne har et ansvar ift. at gøre opmærksom på, hvis der mangler en handlingsanvisning.

Ledelsen oplyser, at der ikke i samme grad er arbejdet systematisk med gennemgang og opdatering af den plejefaglige dokumentation, men at der nu er udarbejdet en skabelon for døgnrytmeplanerne, så disse fremover kommer til at fremstå med en ensartet struktur, og at indsatsen drøftes på monofaglige møder, samt at der er fokus på dette ifm. introduktion for nye medarbejdere.

Det er ledelsens oplevelse, at viden og praksis ift. dokumentationen fortløbende skal understøttes, så dokumentationspraksis fastholdes.

Ledelsen oplyser, at der endnu ikke har været afsat ressourcer ift. at arbejde med beskrivelser for sundhedsfremmende og forebyggende perspektiver i dokumentationen for døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger. Ledelsen oplever, at medarbejderne er gode til at "spotte" symptomer på UVI og vægttab, og at de er opmærksomme på generelle funktionsevnetab, såsom gangfunktion.

Ledelsen oplyser, at medarbejderne er introducerede til VAR. Ledelsen oplyser, at VAR ikke bruges systematisk i dokumentationen, da info er generel. Ledelsen ønsker individuelle beskrivelser for den enkelte borger, så det er en ledelsesbeslutning, at der ikke automatisk linkes til VAR. Ledelsen oplyser at anvende VAR ifm. introduktionen af ufaglærte til opgaver via videoer, samt at medarbejderne ligeledes anvender VAR som opslag og opdatering ift. faglige emner.

Ledelsen beskriver, at der er afholdt UTH-analyser på tværs af distrikterne, samt at de medarbejdere, som har været involverede ift. handleplanerne, har fået forståelse for de faglige problematikker. Dertil beskriver ledelsen, at der afholdes fire månedlige monofaglige møder, to for ikke autoriseret personale og to for autoriseret. Fokus på disse møder er faglig udvikling generelt og omhandler forskellige temaer. Dertil beskriver ledelsen, at der i de kommende uger er UTH kampagneuge for alle medarbejdere, hvor der vil være fornyet fokus tjeklisten for medicinbehandling og for registrering af fejl.

Ledelsen oplyser, at der er formuleret en instruks for Triage, hvordan der triageres, og hvorledes møderne afholdes. Triagemøderne afholdes ugentligt. Mødeleder er udpeget på forhånd, og der er formuleret et skema, hvor de borgere, som skal drøftes, skrives på, og det beskrives, hvad der skal drøftes.

Medicinkontrol:

Ledelsen redegør for, at der er etableret nye arbejdsgange omkring FMK opdateringer. En medarbejder tager dagligt alle Medcom-beskeder og sikrer, at der følges op. Medarbejderen har en tæt koordinering med planlægger i forhold til at sikre ekstra besøg til ændring af medicin. Opgaven ift., at medicinskemaer er udfyldt korrekt, er lagt til farmakonomen (opstartet i december 2022), og dette sikrer, at det af skemaet fx fremgår at være dosispakket medicin.

Ledelsen oplyser, at farmakonomen beskæftiger sig med introduktion og undervisning om medicinbehandling, fx om opbevaring af medicinen i de forskellige farvede poser. Hertil fortæller ledelsen, at brugen af poserne fremgår af de tjeklister, som anvendes som en del af egenkontrollen. En væsentlig del af introduktion til medicinbehandling ligger i den tværgående introduktion, som forestås af Helhedsplejens faglige koordinatore.

Dertil oplyser ledelsen, at medarbejderne er introducerede til at anvende medicindispenseringsmodulet i Nexus samt til at anvende tjeklisten ved alle dispenseringer. Ledelsen beskriver, at der fortsat ligger en pædagogisk opgave i at sikre, at medarbejderne anvender redskaberne systematisk.

Ligeledes oplyser ledelsen, at medicinopgaverne screenes i kompleks og ikke-kompleks efter Helsingør-modelle, og at der afsættes tid derefter.

For at nedbringe antallet af efterdoseringer er det prioriteret, at faste medarbejdere dispenserer medicinen, og at medarbejderne er opmærksomme på at sikre, at der er den nødvendige medicin til rådighed, blandt andet ved at give klar besked til pårørende om at sikre afhentning af medicin.

Ledelsen oplyser, at der kvitteres for både tabletter og for ikke-dispensérbar medicin. Ledelsen beskriver at have foretaget kontrol af dette, og de finder, at der fortsat er medarbejdere, som ikke får kvitteret. Ledelsen fortæller, at opgaven er italesat som en ikke-svær opgave, hvor det fortsat undrer ledelsen, når det ikke gøres. Dette er til fortsat drøftelse med medarbejderne.

2. Helhedstilsyn

2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Gribskov Kommune foretaget et uanmeldt helhedstilsyn i Helhedsplejen Nord.

BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, dokumentation og observationer. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at Distrikt Nord er en velfungerende Helhedspleje med en engageret ledelse og medarbejdere med et fælles fokus på, at indsatsen tilrettelægges og leveres på borgernes præmisser. Tilsynets vurdering er dog også, at Helhedsplejen arbejder med en mindre grad af systematik og struktur i forhold til at sikre medarbejdernes tværfaglige sparring.

Tilsynet vurderer, at Distrikt Nord lever op til Gribskov Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne service-niveau. Praktisk hjælp leveres med en meget tilfredsstillende kvalitet. Pleje og støtte leveres ligeledes med en god faglig kvalitet i de sundhedsfaglige ydelser samt med en god kontakt og kommunikation borgere og Helhedsplejen i mellem.

Dertil er det tilsynets vurdering, at der er udviklingsområder i forhold til følgende undersøgte temaer; dokumentation, håndtering af sundhedslovsydelser, delegering af sygeplejefaglige ydelser, opfølgning på UTH, kompetencer og udvikling samt instrukser og retningslinjer.

På dokumentationsområdet konstateres det, at der for den sundhedsfaglige dokumentation fx ses manglende opdateringer for helbredstilstandene samt beskrivelse af, hvordan borgerens helbredsproblemer kommer til udtryk. For den plejefaglige dokumentation fremstår døgnrytmeplanerne uden en fast struktur og systematik, hvilket gør planerne mindre overskuelige. Dertil ses der mangler i fem journaler i forhold til opdatering. Indholdsmæssigt er der fokus på de konkrete opgaver og på borgerens fysiske tilstand, hvor der generelt savnes beskrivelser for borgernes deltagelse og øvrige ressourcer. Dertil konstateres det, at der vedr. dokumentationen gennemgående mangler beskrivelser for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Funktionsevnetilstande ses generelt fint beskrevet.

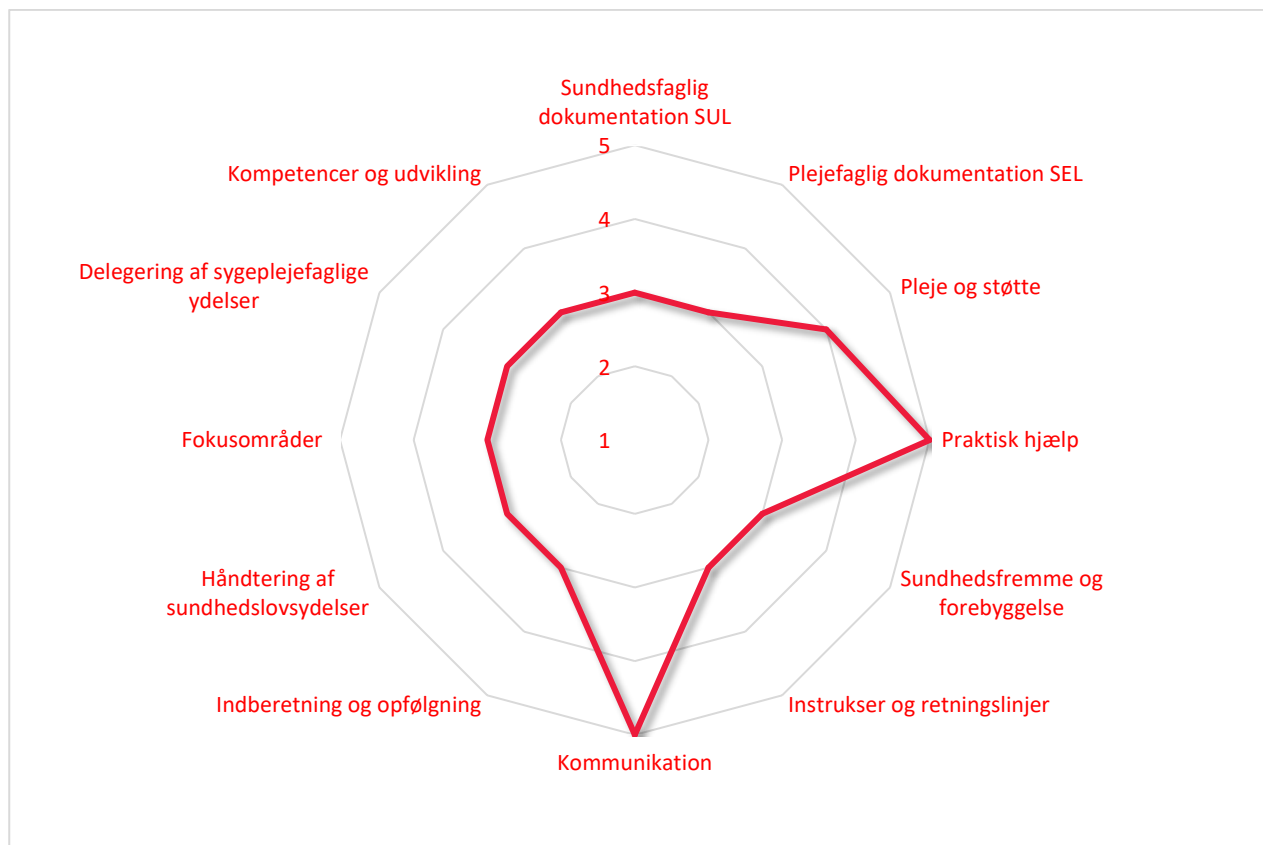
Tilsynet vurderer, at flere af borgerne oplever manglende kontinuitet i levering af sygepleje, og de er bekymrede ift., hvordan dette kan påvirke kvaliteten af behandlingen, fx for sårpleje. Dertil vurderer tilsynet, at der for delegering af de sygeplejefaglige ydelser er uklarhed i ledelsens og medarbejdernes beskrivelser for aftaler og arbejdsgange for delegation, hvor dette dog fremgår klart af journalerne. Hertil er det tilsynets vurdering, at der i forhold til opfølgning og læringsudbytte af UTH, er potentiale i en mere systematisk indsats med inddragelse af medarbejderne.

I forhold til årets fokusområde er det tilsynets vurdering, at der er enkelte mangler i forhold til alle tre områder. På det palliative område er der ikke fulgt op ift. et planlagt besøg hos en borger. På triageringsområdet, hvor en borger er triageret gul, ses der fx ingen opfølgende notater for en igangsat behandling, og dertil ses det, at en borger, der er udskrevet dagen før, er triageret grøn. Endelig ses der for den tidlige opsporing enkelte mangler ift. vejning og RRS, herunder beskrivelse af, hvis borgeren takker nej.

Endeligt er det tilsynets vurdering, at der er behov for en yderligere indsats ift. at sikre medarbejdernes kompetencer og udvikling, herunder at sikre fokus på medarbejdernes grundlæggende viden til rammer og retningslinjer for opgavevaretagelsen.

2.2 Score

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



2.3 Vurdering i forhold til temaer

2.3.1 Sundhedsfaglig dokumentation omhandlende Sundhedsloven - Score 3

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i middel grad lever op til indikatorerne for sundhedsfaglig dokumentation omhandlende Sundhedsloven.

OBSERVATION

Der er foretaget gennemgang af ti borgeres journaler.

I forhold til dokumentationen for SUL ses alle helbredstilstande generelt relevant aktiverede med en rød tråd til medicinlisten. For tre journaler fremstår helbredstilstandene fyldestgørende beskrevet. I to journaler ses det dog, at flere helbredstilstande mangler beskrivelser af, hvorledes problemet kommer til udtryk, fx om borgeren er velbehandlet. I fem journaler ses manglende opdateringer på helbredstilstande, fx ses en helbredstilstand vedrørende sår med manglende opdatering af sårets udvikling den seneste måned. Borgeren modtager dagligt sårpleje. Ligeledes ses det fx, at helbredstilstande for cirkulation og for mave og tarm er beskrevet med medicinske behandlinger, som borgeren ikke længere har ordineret.

Dertil observerer tilsynet, at helbredsoplysninger ikke ses relevant beskrevet, men ledelsen fremviser i forbindelse med tilsynets tilbagemelding, at ved den rette aktivering af tilstandshjulet, med de rette overskrifter i feltet "nuværende vurdering", viser disse overskrifter en samlet oversigt over borgerens lidelser. Dette observeres for en journal.

Handlingsanvisninger ses med få mangler oprettede for relevante indsatser, såsom medicindispensering og varetagelse af kateterpleje og stomipleje. Det ses dog af en journal, at der mangler en plan for behandling af tryksår. Den sundhedsfaglige dokumentation ses beskrevet i et fagligt og

professionelt sprog, hvor der også af dokumentationen fremgår løbende evaluering og justering af de iværksatte indsatser. Desuden fremgår blandt andet handlingsanvisninger om borgerens samtykke til den enkelte sygeplejeydelse og fx samtykke til sygeplejerskens kontakt til en konkret samarbejdspartner.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejdet med dokumentationen ift. helbredstilstande, hvor *Tilstandshjulet* beskrives som hele arbejdsredskabet, hvorfra handlingsplanerne udgår. Medarbejderne beskriver, at de opretter alle de helbredstilstande, hvor der er en relateret medicinsk behandling. Medarbejderne beskriver, at ikke alle tilstande er problematiske, da borgeren kan være velbehandlet, men at disse tilstande dog er forbundet med potentielle risici. Medarbejderne beskriver, at der sikres opfølgning på borgernes behandling ved kontakt til den behandlingsansvarlige læge. Oplysninger og information om behandlingssansvar og aftaler for opfølgning og kontrol kan fremgå i et fagligt notat under helbredstilstande, og de kan også fremgå under bemærkningsfelterne i medicinskemaet.

Medarbejderne oplyser i nogen grad at savne et overblik i Nexus, da systemet opleves som vanskeligt at navigere i, og som ny medarbejder, at nye systemer skal læres at kende, hvilket kræver tid og tilvænning. Medarbejderne fortæller, at de hver især har ansvaret for at opdatere borgernes tilstande og døgnrytmeplaner, og at det er muligt at få tid til dette via planlægger.

Medarbejderne beskriver, ift. at sikre borgernes samtykke, at de spørger borgerne, om det fx er i orden at kontakte lægen eller yde hjælp til en specifik indsats, fx ved behandling af et sår.

2.3.2 Plejefaglig dokumentation - Score 3

Tilsynet vurderer at Helhedsplejen i middel grad lever op til indikatorerne for plejefaglig dokumentation.

OBSERVATION

Dokumentationen fremstår generelt med en god faglig standard, dog observeres der en del mangler. Døgnrytmeplanerne ses i to journaler med overskuelige og systematiske beskrivelser, men de er generelt opbyggede uden en fast systematik og struktur, hvilket kan gøre planerne uoverskuelige.

Døgnrytmeplanerne ses delvist opdaterede og aktuelle, hvor beskrivelserne for fire borgere, der ikke får støtte til personlig pleje, ses med overensstemmelse mellem ydelsesbeskrivelser og borgernes behov. For seks borgere, med behov for støtte til personlig pleje, ses tre døgnrytmeplaner i mindre grad opdaterede og aktuelle, hvor der fx af en plan ikke fremgår, at borgeren får hjælp til bad, og det fremgår ikke, at borgeren er halvsidig lammet. Af en anden døgnrytmeplan ses udelukkende beskrivelser af opgaverne, men ingen beskrivelser af borgerens egen indsats.

I forhold til beskrivelser af borgernes fysiske, psykiske og sociale ressourcer og begrænsninger ses der generelt tydeligere beskrivelser af borgernes fysiske ressourcer, men mere sparsomme beskrivelser af borgernes psykiske og sociale ressourcer, hvor det fx ikke fremgår, at borgeren er hukommelsesudfordret. I forhold til oplysninger og beskrivelser for særlige hensyn og opmærksomhedspunkter ses der fx en manglende beskrivelse af, at borgeren er vurderet terminal.

Dokumentationen indeholder beskrivelser ved afvigelser i borgernes tilstand, hvor der dog for en borger, der er udskrevet fra hospital dagen forinden, intet er beskrevet om borgerens tilstand, ud over at borgeren ikke ønsker bad. Dertil er borgeren diagnosticeret med Corona, hvilket Helhedsplejen ikke gør tilsynet opmærksom på forinden besøget.

Af handlingsanvisninger for opgaveoverdragede ydelser ses dette beskrevet med VD for en borger i forhold til medicinadministration og støttestrømper, og for en anden borger ses der slet ingen beskrivelse for påsætning af støttestrømper, hvor dette fremgår som en ydelse.

Funktionsevnetilstande ses opdaterede og aktuelle for otte ud af ti borgere. Felterne generelle oplysninger er fyldestgørende udfyldte for en ud af ti borgere. For ni borgere er felterne enten ikke udfyldte eller fremstår med sparsomme oplysninger.

Dokumentationen er delvist beskrevet i et fagligt og professionelt sprog med en delvis systematisk og helhedsorienteret tilgang.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne arbejder med en delvis forståelse og faglig indsigt for arbejdet med dokumentationen. Medarbejderne beskriver, at døgnrytmeplanerne mest anvendes ved ikke-kendte borgere, hvor medarbejderne orienterer sig i forhold til borgernes aktuelle ydelser og i de formulerede handlingsanvisninger for opgaverne for fx bad og sårbehandling. Medarbejderne beskriver, at døgnrytmeplanerne skal udarbejdes med beskrivelser, der er anvendelige for en ny medarbejder, og de to nyligt ansatte medarbejdere oplever, at planerne har været brugbare. Faste medarbejdere har ansvaret for løbende at opdatere døgnrytmeplanerne for de fast tilknyttede borgere. Medarbejderne fortæller, at der ikke er en skabelon for døgnrytmeplanen, men at aftalen er, at beskrivelser skal stå i punktform samt opdelt med beskrivelser for, hvad borgeren selv kan, og hvad medarbejderen skal gøre. Medarbejderne tilkendegiver ikke at anvende eller udfylde de generelle oplysninger, hvor en medarbejder dog fortæller at informationer om borgernes livshistorie kan være et godt arbejdsredskab. Medarbejderne mener, at ændringer i borgernes tilstand dokumenteres under døgnrytmeplanen eller under observationer, og hvis der er ændringer, som kræver yderligere handling, koordineres dette med planlægger, eller der kommunikeres med kommunen. Medarbejderne er usikre på, i hvilken udstrækning funktionsevnetilstande skal anvendes, og de mener, at det vil fremgå af døgnrytmeplanen, hvad borgeren kan.

2.3.3 Pleje og Støtte - Score 4

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i høj grad lever op til indikatorerne for pleje og støtte.

OBSERVATION

Borgerne fremtræder soignerede og veltilpasse i forhold til egne ønsker, og de oplever at være trygge ved indsatsen.

BORGERINTERVIEW

Borgerne giver udtryk for, at de generelt får den pleje- og omsorg, som de har behov for, og at de i meget høj grad er tilfredse med måden, plejen udøves på.

Borgerne oplever, at der generelt er kontinuitet og fleksibilitet i hjælpen, samt at aftaler overholdes. Fire borgere er mindre tilfredse med kontinuiteten i leveringen af hjælpen til personlig pleje, fx er en borger utryg ved, at der indimellem kommer mandlige medarbejdere og udfører personlig pleje. En anden borger er utilfreds med, at hjælpen ikke leveres til aftalt tid. Borgerne tilkendegiver ligeledes en oplevelse af at have mulighed for at anvende egne ressourcer under plejen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at de spørger ind til borgernes ønsker og vaner, samt at indsatsen tilrettelægges ud fra borgernes individuelle behov og tilstande. Fx fortæller medarbejderne, at der skabes tryghed for borgeren, idet medarbejderne kender til borgernes særlige behov, og at der sikres kontinuitet i leveringen. Pleje og omsorg leveres efter en god faglig standard, og medarbejderne kan redegøre for, hvordan et rehabiliterende sigte indgår i det daglige samarbejde omkring plejen sammen med borgeren. Der fortælles om et fokus på at motivere borgerne ift. konkrete opgaver samt at motivere til deltagelse i plejen for derved at vedligeholde borgernes egne ressourcer.

Medarbejderne redegør for, at der reageres på ændringer i borgernes tilstand, samt hvorledes der videresendes i hjemmeplejen. Direkte adspurgt giver medarbejderne udtryk for, at den tværfaglige sparring er uformel og individbaseret alt efter, hvem der er på arbejde.

2.3.4 Praktisk hjælp - Score 5

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i meget høj grad lever op til indikatorerne for praktisk hjælp.

OBSERVATION

Den hygiejniske standard i boligen svarer til borgernes levevis, behov og livsstil.

BORGERINTERVIEW

Borgerne oplever at modtage praktisk hjælp, svarende til deres behov. Borgerne er tilfredse med kvaliteten af den praktiske hjælp, og de inddrages i det omfang, de ønsker.

En borger beskriver kvaliteten af hjælpen som fleksibel, og at medarbejderne optræder imødekommende. Borgeren og medarbejderen hjælpes ofte ad med det praktiske arbejde, og borgeren fortæller; *"De gør det virkelig godt. Jeg er tilfreds med den hjælp, jeg får. Det er vigtigt at gøre de ting, man selv kan, så det gør vi sammen. Man skal holde sig i gang"*.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne sikrer den daglige rengøring og oprydning i boligen, og de kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for den praktiske hjælp til borgerne, og de har fokus på den rehabiliterende tilgang.

Medarbejderne beskriver en særlig opmærksomhed hos borgere med inkontinens eller ved smitterisiko. Her følges gældende procedurer, som tydeligt beskriver indsatser i forhold til fx skift af sengetøj og tøjvask.

2.3.5 Sundhedsfremme og forebyggelse - Score 3

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i middel grad lever op til indikatorerne for sundhedsfremme og forebyggelse.

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at dokumentationen i seks journaler generelt ses med sparsomme beskrivelser for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser for borgerne. Af en beskrivelse fremgår det, at der er opmærksomhed i forhold til fjernelse af limrester fra plaster. Hvor der af en anden beskrivelse fx ikke ses opmærksomhed i forhold til faldforebyggelse i forbindelse med borgerens mobilitetsudfordringer.

Der ses generelt opfølgende notater på borgernes triageringsniveau.

BORGERINTERVIEW

Borgerne oplever, at der generelt bliver taget hånd om deres sundhedsmæssige udfordringer, og de beskriver generelt at være trygge ved indsatsen. En borger beskriver, borgeren for kort tid siden havde feber, og borgeren oplevede at få hurtig hjælp. Dertil beskriver borgeren, at medarbejderne observerer borgerens hud og cremer huden ind, og at medarbejderne desuden spørger ind til borgers ernæring. En anden borger tilkendegiver, at medarbejderne spørger til borgerens generelle velbefindende, og en tredje borger fortæller, at der spørges ind til, hvordan maven fungerer, og at medarbejderne minder borgeren om at drikke væske.

En borger oplever dog, at medarbejderne har fokus på sår-behandlingen, og at der ikke spørges til eller tales om andre sundhedsmæssige forhold under besøgene. En anden borger oplever, at medarbejderne ikke har fokus på borgerens demens, da de ofte ikke er orienterede om sygdommen, og dermed ikke er opmærksomme og følger op på eventuelle udfordringer.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for, hvordan der arbejdes med observationer af forandringer i borgernes helbredstilstande, hvor det blandt andet drøftes i forbindelse med triagering, og at det sker som led i tidlig opsporing. Medarbejderne beskriver dertil, at de ikke kender til en formel aftale for det daglige samarbejde, men de beskriver, at der sker faglig sparring ved de uformelle møder medarbejderne imellem i fx fællesrummet, hvor alle faggrupper sidder samlet, og medarbejderne har mange væsentlige observationer, som verbalt videregives. Dertil er det også muligt at planlægge tid, hvis der er behov for at drøfte komplekse forhold omkring en borger.

Medarbejderne redegør for, i forbindelse med tidlig opsporing, fx at tilbyde borgerne vejning, og når der er identificeret et væggtab, kan der fx igangsættes en ernæringsindsats, som skal beskrives i døgnrytmeplanen og muligvis andre steder i journalen.

2.3.6 Instrukser og retningslinjer - Score 3

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i middel grad lever op til indikatorerne for instrukser og retningslinjer.

OBSERVATION

Tilsynet observerer på kommunens hjemmeside for gældende instrukser; vejledninger.gribskov.dk/, at der findes vejledninger, instrukser og arbejdsgange for fx medicin håndtering, faglig dokumentation og utilsigtede hændelser. Alle de åbnede dokumenter indeholder oplysninger om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og de er forsynede med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring, og hvornår der igen skal ske opfølgning. Dokumenterne indeholder alle en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige målgruppe, og dertil indeholder de åbnede dokumenter en beskrivelse af medarbejdernes opgaver og ansvar i forhold til dokumentation. Opbevaringen er elektronisk, og alle har adgang til disse via internettet, hvor adgangen ikke kræver et log-in. Det observeres, at størsteparten af instrukserne senest er opdaterede i juni 2021.

LEDERINTERVIEW

Ledelsen redegør for, hvorledes arbejdet med instrukserne foregår i en arbejdsgruppe med deltagelse af de faglige koordinatore på tværs af kommunen. Planen for arbejdet er, at den løbende opdatering for instrukser skal ske hvert andet år, mod tidligere hvert år. Der er 46 instrukser, som det er kommunens tanke, skal ligge tilgængelige på kommunens hjemmeside, og som kan tilgås via en app. Det er ledelsens erfaring, at log-in kan være besværligt og langsommeligt.

Ledelsen oplyser, at der er formuleret en instruks vedr. triage for, hvordan der skal triageres, og hvorledes triagerings-møderne afholdes. Tilsynet kan konstatere, at der på kommunens hjemmeside ligger en instruks for triage dateret 2018.

Ledelsen oplyser, at der for medicinopgaven tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for medicin håndtering, og at medarbejderne modtager introduktion til dette af farmakologen og faglige koordinatore. Dertil følges der op på medicinfejl på de monofaglige møder, hvor der også ses på forbedringsmuligheder for opgaven. Ledelsen oplever dog på de monofaglige møder, at medarbejderne ikke i tilstrækkelig grad viser kendskab til indholdet i retningslinjerne.

Ledelsen oplyser at auditere på medicinopgaven, men at der aktuelt ikke er systematisk egenkontrol af dokumentationsopgaven. Tilsynet kan konstatere, at der på kommunens hjemmeside forefindes instrukser for medicin og dokumentation, og at der heri beskrives om kvalitetsopfølgning.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan fagligt redegøre for, at de på kommunens hjemmeside under "Bølgen", som er et offentligt tilgængeligt site, kan finde vejledninger for fx fald. Dertil beskriver medarbejderne, at der i fællesrummet findes fysisk printede vejledninger, instrukser og arbejdsgange. Desuden beskriver en medarbejder, at det på VAR er muligt at se beskrivelser for praktisk udførelse af kliniske opgaver, men at VAR ikke anvendes systematisk i arbejdet, hvor der fx ikke linkes til dette i handlingsanvisningerne. Medarbejderne fortæller, at der findes en vejledning for oprettelse af en handlingsanvisning.

2.3.7 Kommunikation - Score 5

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i meget høj grad lever op til indikatorerne for kommunikation.

OBSERVATION

Tilsynet møder ikke medarbejdere under tilsynsbesøg.

BORGERINTERVIEW

Borgerne tilkendegiver, at der er en god omgangstone, og at medarbejdernes adfærd er respektfuld. Kommunikationen målrettes og tilpasses den enkelte borgers tilstand og behov.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med borgerne. Medarbejderne nævner fx fokus på at præsentere sig, tale høfligt i et roligt toneleje samt at optræde i øjenhøjde med borgeren.

2.3.8 Indberetning og opfølgning på UTH - Score 3

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i middel grad lever op til indikatorerne.

OSERVATION

Tilsynet observerer, at der i fællesrummet er ophængt lister for samlerapportering på fald og ikke givet medicin.

LEDERINTERVIEW

Ledelsen oplyser, at arbejdet med utilsigtede hændelser er organiseret via distriktets patientsikkerhedskordinator, der indberetter distrikternes samlerapporteringer og efterfølgende modtager oversigten for UTH fra den kommunale risikomanager. Ledelsen beskriver, at patientkordinator er tovholder for to månedlige møder med afsæt i samlerapporteringerne med fokus på hændelser af mere alvorlig karakter.

Ledelsen beskriver, at der lokalt, ift. at skabe læring og vidensdeling for UTH arbejdet, er forbedringspotentialer og behov for at synliggøre dette mere. Der er fokus på UTH på monofaglige møder, og på personalemøderne fortælles der om arbejdet, hvorfor der er fokus på UTH, samt hvordan opgaven skal løses.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan redegøre for indberetning af utilsigtede hændelser, fx at dette sker via den ophængte samlerapporteringsliste, og at den lokale tovholder videreformidler data. Dertil nævner en medarbejder, at findes der medicinfejl ved håndtering af en opgaveoverdraget sygeplejeydelse, kontaktes planlægger, der sikrer, at fejlen håndteres af en autoriseret medarbejder, og dertil skrives UTH'en på listen for samlerapportering - medicin. Medarbejderne oplyser ikke at have været med til møder, hvor de har fået tilbagemeldinger på UTH registreringer. Medarbejderne oplyser, at det kan være vanskeligt at se værdien af UTH arbejdet, og at opretholde motivationen ift. at registrere, når de ikke kan få øje på udbyttet af deres arbejde.

2.3.9 Håndtering af sundhedslovsydelser - Score 3

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i middel grad lever op til indikatorerne for håndtering af sundhedslovsydelser.

OBSERVATION

Tilsynet foretager ingen situationsbestemte observationer af håndtering af sundhedslovsydelser i hjemmet. Tilsynet observerer, at der for borgere med sundhedslovsydelser, med en enkelt undtagelse, hvor der ikke er oprettet en handlingsanvisning for støttestrømpe, ses overensstemmelse mellem borgernes behov og visiterede sygeplejeydelser.

BORGERINTERVIEW

Otte ud af ti borgere modtager sundhedslovsydelser, såsom støtte til medicin, stomipleje, sårbehandling og administration af insulin. Fire af de otte borgere udtrykker tilfredshed ved støtten til blandt andet medicin, og de øvrige fire borgere udtrykker utilfredshed i forhold til hjælpen til sårpleje og stomipleje. En af disse borgere får støtte til sårbehandling via sygeplejeklinikken, og borgeren oplever, at den faste sygeplejerske løser opgaven fagligt kompetent, men borgeren oplever, at afløserne i klinikken er uforberedte, hvilket gør borgeren utryk i forhold til sin behandling.

De tre øvrige borgere beskriver lignende oplevelse, hvor de medarbejdere, som ikke kommer fast i hjemmet, ikke i tilstrækkelig grad opleves forberedte og orienterede i forhold til opgaverne. En borger fortæller, at medarbejdere ikke havde en handleplan for stomipleje på trods af, at denne af borgeren er rekvireret flere gange via ambulatorium. En anden borger beskriver, hvorledes medarbejderne fx ikke har de rette remedier med, og at opgaven dermed ikke kan løses som forventet.

LEDERINTERVIEW

Ledelsen oplyser, at der er arbejdet med kompetencevurderinger for medarbejderne i forhold til medicin håndteringen. Ledelsen oplyser at have fokus på at formulere et kompetencesnit/kompetencesnit for andre indsatser.

Ledelsen oplyser, at introduktion af nye medarbejdere i forhold til medicinopgaverne er lagt ud til farmakonomien, og at der på de monofaglige møder er fokus på medicinopgaverne, så medarbejderne er bevidste om, hvad de skal observere for at sikre, at opgaverne håndteres korrekt.

Ledelsen oplyser, at for at sikre de faglige ydelser hos borgerne, indledes samarbejdet altid med et startbesøg, hvor en sygeplejerske foretager en sygeplejefaglig udredning. Dette besøg følger en fast arbejdsgang, der ligger som en digital skabelon. Ved startbesøget sikres det, at den sundhedsfaglige dokumentation startes korrekt op.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplyser, at der for de forskellige opgaver findes kvalitetsstandarder, som de dog beskriver, at de ikke har nærmere kendskab til. Medarbejderne beskriver ifm. introduktionen at have fået læsestof, og de kan oplyse, at der i fællesrummet forefindes en mappe med materiale, som de kan orientere sig i. Medarbejderne beskriver, at der for fx sår kan oprettes en handlingsanvisning, hvori der er punkter til afkrydsning, som beskriver opgaven. Og dertil er det muligt at tilgå VAR.

Medarbejderne beskriver flere muligheder, der kan bidrage til at sikre en god faglig standard. Medarbejderne beskriver, hvorledes de gør brug af kommunens sårsygeplejerske, som fysisk befinder sig på adressen. Medarbejderne vurderer som udgangspunkt selv opstart af en sårbehandling, og de oplever derefter at kunne få sparring ved sårsygeplejersken. Dertil beskriver en medarbejder, hvorledes medarbejderen for nylig, ved en palliativ borger, fik sparring ved en palliationssygeplejerske, og på den led fik sikret den faglige tilgang i brugen af EORTC-skema samt styrket egen viden og kompetence.

2.3.10 Delegering af sygeplejefaglige ydelser - Score 3

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i middel grad lever op til indikatorerne for delegering af sygeplejefaglige ydelser.

OBSERVATION

Af borgernes dokumentation fremgår det tydeligt af handlingsanvisningerne, at indsatsen er videredelegeret ved et anført "VD". Hertil ses det beskrevet, hvilken faggruppe der kan løse opgaven.

LEDERINTERVIEW

Ledelsen beskriver, at der er få opgaveoverdragede ydelser, som består af medicinadministration og kompressionsstrømper. Derudover er der enkeltstående delegerede opgaver til specifikke medarbejdere, hvor der er presserende årsager, fx ved en borger med demenssygdom, hvor opgaven vanskeligt kan løses på anden vis.

Alle medarbejdere, som skal varetage medicinadministration, skal have et "medicinkørekort". Medarbejderne gennemgår oplæring om, hvordan medicinen skal gives, og dette skal ses udført i praksis, før medarbejderen selvstændigt kan løse opgaven. For at sikre afdækning af borgerens behov, foretages det indledende møde hos borgeren gerne af en sygeplejerske, der vurderer opgavens kompleksitet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at støttestrømper er en opgave, der kan videredelegeres, og de udtrykker herefter en usikkerhed i forhold til omfanget af andre opgaver, der kan videredelegeres, hvor opgaver som øjendrypning og administration af laksantia nævnes.

En medarbejder udtaler, at man som fagperson har et selvstændigt ansvar for at frasige sig en opgave, man ikke har kompetencer til at udføre. Medarbejderne er opmærksomme på, at enkelte medarbejdere oplæres til at administrere fx øjendrypning hos en fast borger.

2.3.11 Kompetencer og udvikling - Score 3

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i middel grad opfylder indikatorerne for kompetencer og udvikling.

LEDERINTERVIEW

Ledelsen redegør for introduktionen, og hvordan der lægges vægt på medarbejdernes tryghed, adfærd, og hvorledes der er fokus på dokumentationsopgaven fra start. Nye medarbejdere introduceres til, hvilke opgaver der er, og hvilke retningslinjer der skal følges for dokumentationen. Ikke autoriserede medarbejdere får en halv dag med introduktion til medicinopgaver.

Ledelsen oplyser at være mere tydelige i kravene, der stilles til medarbejderne ift. opgaveløsningen. Dertil oplyser ledelsen, at der ansættes flere ufaglærte, som alle gennemgår et introduktionsforløb og derefter gennemgår kompetenceforløb, hvorefter det vurderes, hvilke opgaver medarbejderen kan løse selvstændigt eller i samarbejde med en kollega.

Helhedsplejens planlægger har et godt kendskab til medarbejdernes faglige forudsætninger, og der tages udgangspunkt i dette for at sikre sammenhængen mellem borgernes behov og medarbejdernes kompetencer. Ledelsen fortæller, at de stræber efter, at medarbejdergruppen har ensartede kompetencer, og dertil oplyser ledelsen, at medarbejderne selv har et ansvar for at kunne vurdere egne kompetencer og at frasige sig opgaver, de ikke har kompetencer til at løse.

Ledelsen beskriver, hvorledes der, på baggrund af et årshjul, er planlagt med undervisning og kurser på tværs af kommunen. Der er fem årlige tretimers kurser med forskellige temaer, som fx palliation og en heldagsundervisning i sårbehandling. Hver tredje måned mødes sygeplejerskerne på tværs af organisationen, hvor der er fokus på at styrke det sygeplejefaglige perspektiv på opgaverne.

Desuden har Helhedsplejen i Gribskov mulighed for årligt at sende seks medarbejdere på uddannelsen "Godt fra start i primær sektor".

Ledelsen beskriver, hvorledes Helhedsplejen ved deltagelse i projekter - senest omkring sårheling - også sikrer, at medarbejdernes viden og kompetencer styrkes.

Ledelsen fortæller, at medarbejderne opfordres til at byde ind med deres viden og at byde ind med, hvad de kunne tænke sig af ny viden og nye kompetencer.

Ledelsen oplyser, at de gerne vil have en ergoterapeut med til triageringsmøderne, da dette kunne understøtte den rehabiliterende tilgang, og kunne bidrage med et udvidet fagligt perspektiv. Ledelsen beskriver, at der i efteråret er planlagt undervisning af en praksiskonsulent for den autoriserede medarbejdergruppe i forhold til "den sårbare borger", fx borgere der falder.

Dertil nævner ledelsen, at front-medarbejderne har gode observationskompetencer, og de fremhæver, at en social- og sundhedshjælper observerede, at en borger var mere siddende i sin sofa, hvor der nu er bevilget en ydelse, så medarbejderen kan støtte til vedligeholdende træning i hjemmet.

Ledelsen beskriver, i forhold til, hvordan der sikres opfølgning mellem vagttagene, at der ikke er en instruks eller arbejdsgang for dette, blandt andet er der ikke en praksis for, at medarbejderne dagligt orienterer sig i observationer. Det er ledelsens opfattelse, at medarbejderne ved, at de skal sikre opfølgning, fx ved en borger, der er triageret rød, men ledelsen erkender, at Helhedsplejen ikke har en systematisk og struktureret tilgang i forhold til opfølgning, og ledelsen erkender, at der ikke altid bliver fulgt godt nok op.

Der er etableret en ny funktion, hvor en autoriseret medarbejder blandt andre opgaver læser observationsnotater for de seneste 24 timer og sikrer, at nye opgaver tilknyttes i planen.

MEDARBEJDERINTRVIEW

Medarbejderne oplever alle, at der er sammenhæng mellem deres kompetencer og de opgaver, som skal løses. Dertil beskriver medarbejderne, at der er gode muligheder for at sparre med hinanden om morgenen, og når medarbejderne i øvrigt mødes på adressen, og at der er fokus på at sikre koordinations i opgaverne. En medarbejder oplyser dog, at der ikke er overlap vagttagene imellem i forhold til at sikre overlevering. Medarbejderne nævner muligheden for at rekvirere/ringe til ressourcepersoner i kommunen, hvor en medarbejder nævner at have fået oplæring i forhold til en specifik faglig opgave af en kollega fra et andet hjemmeplejedistrikt. Medarbejderne nævner flere specifikke faglige opgaver, hvor der vil være mulighed for kompetenceudvikling, eller hvor der ville være behov for ny viden, skulle disse opgaver blive aktuelle.

Medarbejderne oplever, at den faglige koordinator er lyttende og opmærksom, når medarbejderne giver udtryk for at ville lære nyt og udvikle sig.

2.3.12 Årets fokusområder: Triage, tidlig opsporing og palliation - Score 3

Tilsynet vurderer. At helhedsplejen i middel grad lever op til indikatorerne for fokusområderne.

OBSERVATION

Borgernes triageringsniveau fremgår tydeligt for samtlige borgere, hvor ni borgere er triagerede grønne, og en borger er triageret gul. For borgeren, der er triageret gul, ses der for den igangsatte antibiotiske behandling ingen opfølgende notater eller observationer de efterfølgende to uger. En borger, der er udskrevet fra hospital dagen forinden, er triageret grøn, hvor borgeren burde være triageret rød. Dertil er der ingen opfølgende observationer på borgerens tilstand, hvor borgeren er udskrevet med Corona, men det anføres, at borgeren frabeder sig et bad. For to af de ti borgere er der ikke angivet RSS eller vægt, og der er ej angivet om borgerne har fået tilbuddet. To af de ti borgere er vurderet palliative, hvor der for den ene borger ses en beskrivelse af samtale om blandt andet borgerens ønske om livets afslutning, hvor der for den anden borger ses, at der planlægges med et besøg af palliations-sygeplejersken, hvor dette dog ikke er dokumenteret sket efter syv måneder.

BORGERINTERVIEW/PÅRØRENDEINTERVIEW

Fire borgere oplever i mindre grad sammenhæng i forløbene for sygeplejeydelserne, hvor borgerne oplever, at medarbejderne er uforberedte - se under felt Håndtering af sundhedslovsydelser.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne har viden om triagering, og de beskriver, hvorledes de observerer ændringer i borgerens tilstand og fx kan triagere borgeren op fra grøn til gul. Medarbejderne fortæller, hvorledes borgerens tilstand drøftes i et tværfagligt forum på triageringsmøderne, og hvor indsatser planlægges. Når det vurderes, at borgerne igen er i habituel tilstand, aftales det med sygeplejersken, at borgerne kan triageres grøn.

Medarbejderne redegør for tidlig opsporing, hvor borgerne tilbydes månedlig vejning og RSS, samt at medarbejderne er opmærksomme på borgernes generelle velbefindende.

Medarbejderne beskriver arbejdsgange og samarbejde for borgere i palliative forløb med en indledende korrespondance fra det Palliative team. Helhedsplejen aftaler et indledende palliationsbesøg med borgeren, hvor der orienteres om muligheder og tilbud. Borgerne kan fortælle, hvad de har af behov, og der sikres en forventningsafstemning. Det er et tilbud, som borgerne kan vælge til eller fra, og borgerne kan kontakte Helhedsplejen pr. telefon ved behov. Medarbejderne vurderer, ved besøg, borgerens tilstand ud fra EORTC-skema, og i dialog med borgerne finder de ud af, hvorledes borgerne kan lindres ved fx smerter eller kvalme. Medarbejderne, som kommer i hjemmet, har medicinkompetence, og de kan administrere den lindrende medicinske behandling ved behov.

2.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder fokus på at sikre den faglige dokumentation, herunder:
 - At der for den sundhedsfaglige dokumentation sikres opdatering af helbredstilstande og beskrivelser af borgernes helbredsproblemer med sammenhæng til medicinliste.
 - At der for den plejefaglige dokumentation sikres overskuelighed i beskrivelserne i døgnrytmeplaner ved brug af en fast systematik ved fx strukturerede overskrifter, at der sikres beskrivelser af borgernes fysiske, psykiske og sociale ressourcer, at der sikres beskrivelse af særlige opmærksomhedspunkter, og at der sikres beskrivelse af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.
 - At generelle oplysninger udfyldes med relevante oplysninger med værdi for borgerforløbet
 - At medarbejderne kontinuerligt inddrages i dokumentationsarbejdet med fokus på ovenstående udviklingsområder.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder den igangværende indsats på kontinuitet i besøgene til pleje og støtte samt ved levering af sundhedslovsydelser.
3. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt sikres systematik, formelle rammer og aftaler for medarbejdernes tværfaglige sparring.
4. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt fastholdes fokus på at sikre synlighed i opfølgningen på UTH, samt at ledelsen sikrer, at medarbejderne oplever læring og vidensdeling i forbindelse med deres indberetninger.
5. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt fortsat er fokus på arbejdsgange ved triagering, herunder at dokumentationen tydeligt beskriver baggrund for triagering, hvilke tiltag der er iværksat samt opfølgning på disse. Dertil, at borgere, med ændret helbredstilstand, bliver triagerede korrekt.
6. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt sikres fokus på den tidlige opsporing og dokumentation heraf samt dokumentation for, hvis borgeren ikke kan indgå i eller ikke ønsker tilbuddet.

7. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt sikres, at medarbejderne kender til rammerne ift. videredelegering af sygeplejefaglige opgaver.
8. Tilsynet anbefaler, at der rettes et ledelsesmæssigt fokus på at sikre tydelige rammer for opgavevaretagelse generelt, og at medarbejderne sikres grundlæggende viden om indholdet i retningslinjer, instrukser og arbejdsgange for arbejdet, og at de opnår mere sikker forståelse for indhold og retning for arbejdet.

3. Medicinkontrol

3.1 Overordnet vurdering

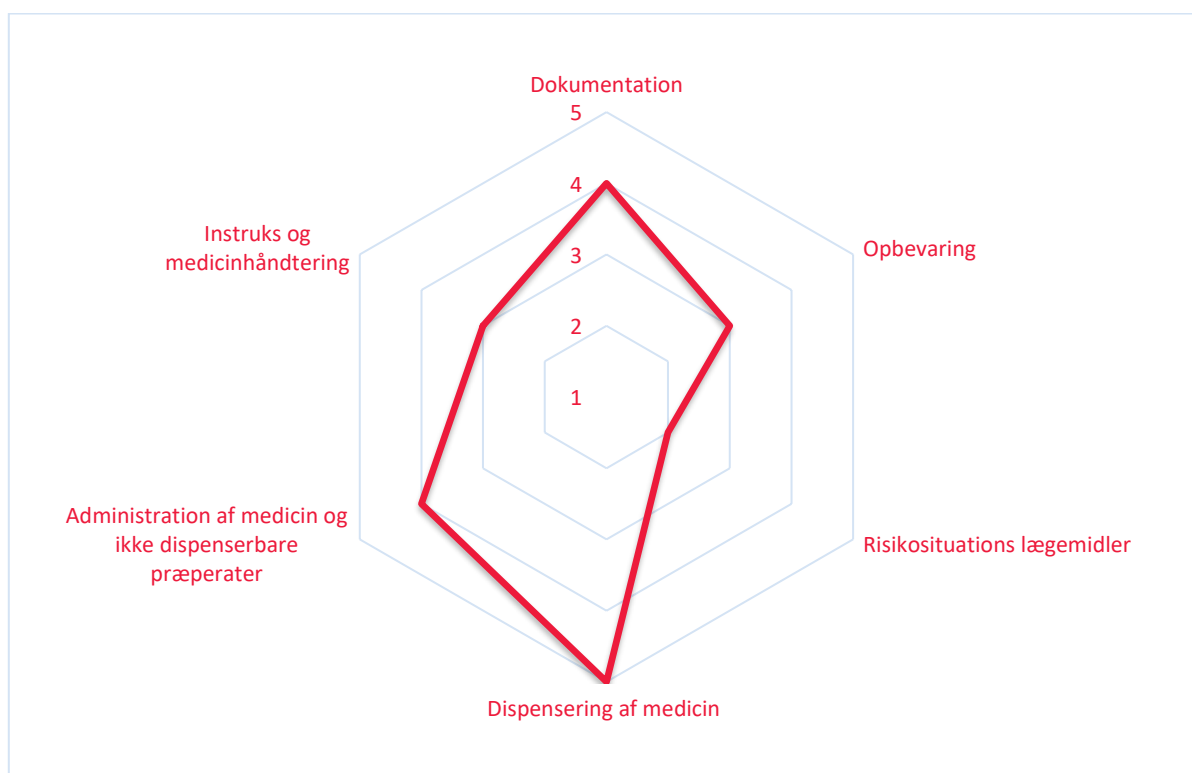
BDO har i forlængelse af tilsynet med Helhedsplejen foretaget medicinkontrol hos syv af ti interviewede borgere, hvor der blev fundet fejl ved alle syv medicingennemgange.

BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem kontrol, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets vurdering, at Helhedsplejen følger gældende retningslinjer og procedurer for medicinbehandling i forhold til dispensering. Der er fundet enkelte til flere mangler inden for områderne dokumentation og administration, som tilsynet vurderer relativt nemt kan udbedres. Dertil er der fundet flere mangler inden for området opbevaring, instruks og medicinbehandling samt risikosituationslægemidler, som det vil kræve en mere målrettet og systematisk indsats at udbedre.

3.2 Score

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



3.3 Vurdering i forhold til temaer

3.3.1 Dokumentation - Score 4

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i høj grad lever op til indikatorerne for dokumentation i forhold til medicinområdet.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At der konstateres uoverensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisten i tre journaler, fx af den ene medicinliste forekommer kalktabletter to gang.
- At medicinlister er opdaterede, men at det dog af en medicinliste ikke fremgår, at borgeren selv administrerer medicinen.
- At der foreligger opdaterede medicinaftaler efter gældende retningslinjer. At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dokumentation af medicin.

3.3.2 Opbevaring - Score 3

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i middel grad lever op til indikatorerne for opbevaring af medicin.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At den ordinerede medicin opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende, inkl. pn medicin.
- At medicin, som ikke er i brug ved to borgere, ikke opbevares adskilt i dertilhørende farvet plasticpose.
- At holdbarhedsdatoer i et tilfælde ikke er overholdt på faste medicinske præparater.
- At ugedoseringsæsker med ophældt medicin er mærkede korrekt, fraset ved to borgere.
- At der er angivet anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter åbning, inkl. pn medicin.
- At holdbarhedsdato for et præparat er overskredet med seks måneder.
- At pn medicin er mærket korrekt.
- At der er overensstemmelse mellem pn medicinliste og borgers pn beholdning.
- At ophældt pn medicin ved tre borgere ikke er mærket med præparatets navn, styrke og dosis samt dato for ophældning og udløbsdato.
- At medarbejderne kan redegøre for korrekt mærkning af pn medicin.
- At medarbejderne delvis kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin.

3.3.3 Risikosituationslægemidler - Score 2

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i lav grad lever op til indikatorerne for arbejdet med risikosituationslægemidler.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At medarbejderne delvist kan redegøre for, hvordan der arbejdes med risikosituationslægemidler.
- At der ved fire borgere med opioider ses mangler, fx er der ved en borger ikke kvitteret tidstro for smertepaster ved seneste to skift.
- At der ved en borger mangler anbrudsdato på to insulinpenne, hvor der tillige ses forskellig angivelse af blodsuktermåling i hhv. helbredstilstand og handlingsanvisning.
- At det ikke konsekvent fremgår af dokumentationen, at der arbejdes med risikosituationslægemidler, jf. retningslinjer på området.

3.3.4 Dispensering af medicin - Score 5

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i meget høj grad lever op til indikatorerne for dispensering af medicin.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At der er overensstemmelse mellem ordineret medicin/medicinliste og den ophældte medicin.
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for dispensering.
- At borgerne er tilfredse med håndteringen af medicinen.

3.3.5 Administration af medicin og ikke dispensérbare præparater - Score 4

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i høj grad lever op til indikatorerne for administration af medicin og ikke dispensérbare præparater.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At der for medicinen for to borgere ikke er kvitteret tidstro/uddelt til tiden, hvor der for en borger ikke er kvitteret for medicinen i fem ud af 14 dage.
- At ophældt medicin er mærket korrekt.
- At uddelt medicin er registreret korrekt i journalen på tilsynstidspunktet.
- At borgerne er inddragede i og trykke ved medicinadministrationen.
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for administration af medicin.

3.3.6 Instruks og medicin håndtering - Score 3

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i middel grad lever op til indikatorerne for instruks og medicin håndtering.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At ledelsen ikke i nødvendigt omfang sikrer, at medarbejderne er bekendte med medicin håndteringsinstrukser og følger disse i hverdagen
- At medarbejderne kun delvist kan redegøre for gældende instrukser og retningslinjer for medicin håndtering.

3.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes opmærksomhed på arbejdsgange for dokumentationen, herunder at der sikres overensstemmelse i borgernes aktuelle ordinationer og medicinliste.
2. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes en opmærksomhed på at sikre korrekt opbevaring af medicinen, så der sikres korrekt mærkning af doseringsæsker, at medicinen holdes systematisk adskilt ved brug af de farvede poser, samt at ophældt pn-medicin sikres korrekt mærkning med alle relevante oplysninger.
3. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes opmærksomhed på at sikre, at anbrudsdato påføres medicin med begrænset holdbarhed.

4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen synliggør opgaven med risikosituationslægemidler ved fx at lade risikosituationslægemidler fremgå med bemærkning på medicinlisten og fx at sikre skiltning på medicinbokse.
5. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at medarbejderne har kendskab til og kan redegøre relevant for gældende retningslinjer for medicinhåndteringen, herunder at ledelsen, i forhold til at følge op på instruksen for risikosituationslægemidler har fokus på og sikrer, at medarbejderne er bekendte med de syv risikosituationslægemidler, som er identificerede af Styrelsen for Patientsikkerhed, hvor ledelsen eventuelt kan hente inspiration fra Styrelsens hjemmeside.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne har viden om og kan redegøre for de gældende instrukser og retningslinjer vedrørende risikosituationslægemidler.
7. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssig fastholdes opmærksomhed på, at der kvitteres i borgers journal efter hver medicinadministration.

4. Vurderingsskema

I tilsynene i Gribskov Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	<p>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	<p>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	<p>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	<p>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
Score: 1	<p>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

Om BDO

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

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

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

