



# Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Social og Sundhed  
Helhedsplejen Midt

Uanmeldt helhedstilsyn

November 2021

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.</b>	<b>OPLYSNINGER OM HELHEDSPLEJEN OG TILSYNET .....</b>	<b>4</b>
1.1	AKTUELLE VILKÅR .....	4
1.2	OPFØLGNING .....	5
<b>2.</b>	<b>HELHEDSTILSYN.....</b>	<b>7</b>
2.1	OVERORDNET VURDERING .....	7
2.2	SCORE .....	7
2.3	VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER .....	8
2.1	TILSYNETS ANBEFALINGER .....	15
<b>3.</b>	<b>MEDICINKONTROL .....</b>	<b>16</b>
3.1	OVERORDNET VURDERING .....	16
3.2	SCORE .....	16
3.3	VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER .....	17
3.4	TILSYNETS ANBEFALINGER .....	18
<b>4.</b>	<b>TILSYNETS VURDERINGSSKALA .....</b>	<b>19</b>

## 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: 2810 5680  
Mail: [bsq@bdo.dk](mailto:bsq@bdo.dk)

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

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



# 1. OPLYSNINGER OM HELHEDSPLEJEN OG TILSYNET

Generelle oplysninger om tilsynet
Navn og Adresse: Gribskov Helhedspleje Midt, Holtvej, 3230 Græsted
Leder: Camilla Köcher
Dato for tilsynsbesøg: Den 10. november 2021
Deltagere i interviews: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med leder</li><li>• Tilsynsbesøg hos 10 borgere</li><li>• Gruppeinterview med 3 medarbejdere (1 social- og sundhedshjælper, 1 social- og sundhedsassistent og 1 sygeplejerske)</li><li>• Gennemgang af dokumentation hos 10 borgere</li></ul>
Fordeling af borgerne er sket ud fra følgende udvælgelseskriterier: <ul style="list-style-type: none"><li>• 6 borgere med hjemmepleje</li><li>• 4 borgere med sygepleje, heraf er 1 borger i palliativ behandling</li></ul>
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Manager Gitte Duus Andersen, sygeplejerske Senior Manager Mette Norré Sørensen, sygeplejerske

## 1.1 AKTUELLE VILKÅR

Aktuelle vilkår
Flere af de faglige udviklingsområder beskrives under opfølgning på sidste års tilsyn og gennem rapporten, hvor der blandt andet redegøres for arbejdet med dokumentation, triageringen, de utilsigtede hændelser og instrukser. Ledelsen beskriver, at helhedsplejen i Græsted er en del af projektet ”I sikre hænder”, hvilket uddybes under opfølgning på anbefalinger for medicinområdet.
Gældende for alle tre distrikter er, at der er sket organisationsændringer, fx gennem ansættelse af ny leder for helhedsplejen, en sygeplejefaglig leder og en ny distriktsleder. Der har været fokus på at øge samarbejdet på tværs af distrikter, hvor der fx afholdes faste morgenmøder for lederne, hvor sygemeldinger og andre praktiske forhold drøftes. Hertil beskrives, at der hjælpes på tværs af distrikter ved sygemeldinger.
Sygeplejen for nat kører ud fra helhedsplejen Midt, og er derfor under distriktets ledelse.

## 1.2 OPFØLGNING

### Opfølgning

Tilsynet indledes med, at ledelsen redegør for opfølgning på anbefalinger fra sidste års tilsyn, hvor helhedsplejen modtog én samlet rapport for henholdsvis hjemmepleje og sygepleje på tværs af distrikter.

Helhedsplejen modtog en anbefaling vedrørende dokumentationen, hvor ledelsen beskriver, at enkelte journaler er gennemgået med medarbejderne ud fra praksis eksempler. Ledelsen fortæller, at der laves egenkontrol på dokumentationen en gang om ugen. Der er en løbende dialog med medarbejderne omkring dokumentationen og der deles viden gennem nyhedsbreve.

Der er en testborger i Nexus, som kan anvendes til undervisning i dokumentation. Der er afholdt undervisning i dokumentation for alle faggrupper, og der arbejdes systematisk med introduktion af nyansatte, som tilbydes undervisning og sidemandsoplæring.

Alle medarbejdere har håndholdte devices, således at dokumentationen kan registreres tidstro og alle nyansatte er grundigt introduceret til arbejdsgangen for tidstro dokumentation.

I forhold til opfølgning på anbefalingen om vikarer, kvalifikationer og kontinuitet beskriver ledelsen, at der er ansat flere nye medarbejdere. Dette bevirker, at der anvendes færre vikarer. Ledelsen fortæller, at distriktet er inddelt i tre mindre teams. Der afholdes faste møder hver morgen i hvert team, hvor alle faggrupper deltager. Her drøftes borgerne, hvilket medvirker til at øge medarbejdernes og vikarernes kendskab til borgerne. Herudover er der lavet en vejledning til vikarer med praktiske oplysninger, som fx telefonnumre.

Som opfølgning på anbefaling vedrørende rengøring fortæller ledelsen, at indsatserne primært varetages af en fast medarbejder. Dette medvirker til øget kontinuitet og høj kvalitet i opgaveløsningen. Alle indsatser til rengøring har for en periode været varetaget i samarbejde med en privat leverandør, men varetages nu igen af helhedsplejen Midt. Ledelsen oplyser, at der ikke har været klager på rengøringen.

Ved sidste års tilsyn blev der givet anbefaling målrettet triageringen. Hertil beskriver ledelsen, at der er fulgt op på anbefalingen, og at der afholdes fast triageringsmøde i hvert team en gang om ugen. Herudover udføres en kort gennemgang af de triagerede borgere hver morgen for alle medarbejdere, hvorefter sygeplejerskerne gennemgår de borgere, som er triageret rød.

Vedrørende opfølgning på anbefaling omkring de utilsigtede hændelser beskriver ledelsen, at en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent er ansvarlig for området. De utilsigtede hændelser indgår også som en del af projektet "I Sikre Hænder" på medicinområdet. Som en del af at skabe læring og dele viden, er der lavet faste mødeindkaldelser for indeværende samt næste år.

I forhold til delegering beskrives, at der er fokus på at dette er tydeligt dokumenteret i handlingsanvisningen og at distriktsleder kontrollerer dette gennem stikprøvekontroller. Distriktet har udelukkende faglærte medarbejdere ansat, og såfremt der anvendes ufaglærte afløsere, udarbejdes specifikke ruter, hvor der kun er planlagt opgaver som praktisk hjælp og rengøring.

Ledelsen fortæller, at instrukser og retningslinjer er gennemgået og opdateret. Der er afholdt møde for medarbejderne, hvor de er præsenteret for de nye instrukser. Herefter afsættes der tid til, at medarbejderne kan læse instrukserne, hvorefter der kvitteres for gennemgangen.

Ved sidste års tilsyn blev givet en række anbefalinger på medicinområdet. Ledelsen beskriver, at der arbejdes med området gennem projektet "I Sikre Hænder". Projektmetoden indebærer, at medarbejderne er nysgerrige på egen praksis, og iværksætter små forbedringer på baggrund af data. Ledelsen beskriver et eksempel med manglende medicinbestilling.

Her blev der arbejdet med, hvad årsagen til problemet kan være og iværksat små forbedringstiltag. Der er fx lavet en medicinbestillingsseddel, som anvendes af vikarer. Der er ligeledes lavet tjeklister, som kan anvendes under dispenseringerne. Ledelsen oplyser, at de værktøjer som fungerer godt, videregives til de øvrige distrikter.



## 2. HELHEDSTILSYN

### 2.1 OVERORDNET VURDERING

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

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 Helhedsplejen Midt er en velfungerende Helhedspleje med en engageret ledelse og medarbejdere med et fælles fokus på, at indsatsen tilrettelægges og leveres på borgernes præmisser.

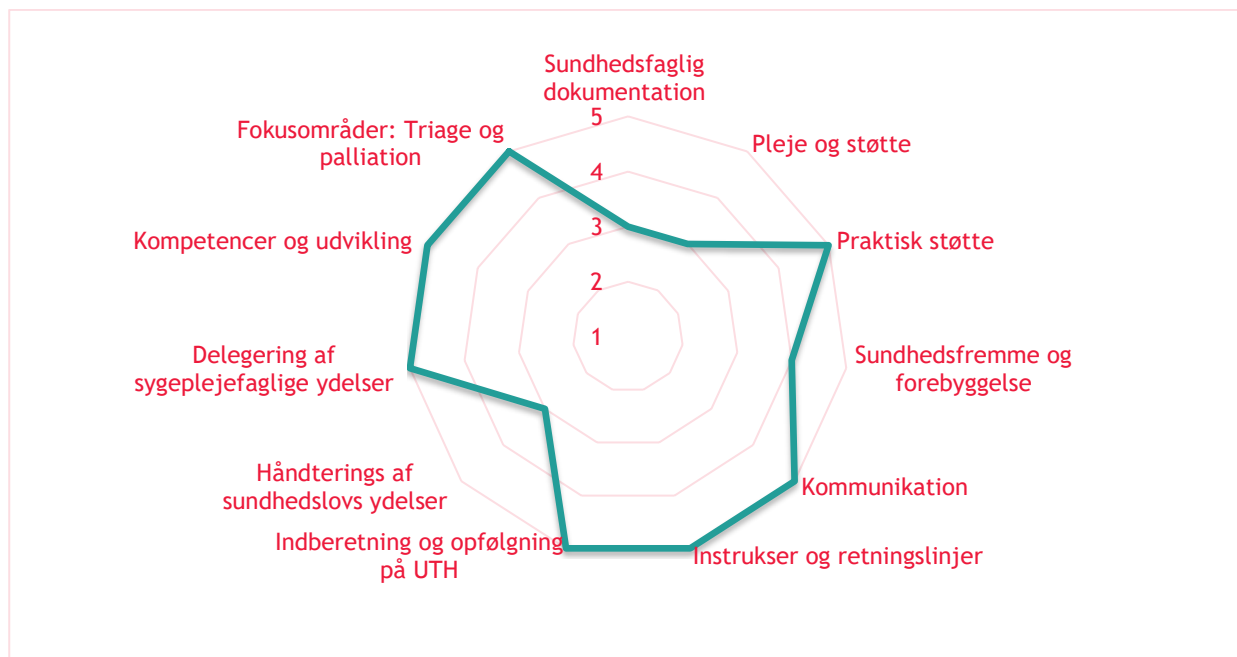
Dertil er det tilsynets vurdering, at Helhedsplejen Midt lever op til Gribskov Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau i forhold til størstedelen af emnerne. Tilsynet vurderer, at de visiterede ydelser, som borgerne modtager, leveres med god faglig kvalitet, men at der er udviklingsområder i fire af områderne. På dokumentationen konstateres fx mangler i døgnrytmeplanerne og helbredstilstande. I flere døgnrytmeplaner ses ligeledes sparsomme beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. I forhold til den personlige pleje oplever halvdelen af borgerne manglende kontinuitet, hvilket påvirker kvaliteten af hjælpen. Under håndtering af sundhedslovsydelser beskriver tre borgere, herunder en borger i palliativ behandling, oplevelser hvor en medarbejder ikke har haft de nødvendige kompetencer til at udføre sygeplejeindsatsen. Ingen af udviklingsområderne vurderes at have risiko for patientsikkerheden, og på flere områder er allerede igangsat en udvikling.

I forhold til årets fokusområde vurderer tilsynet, at den sygeplejefaglige indsats i forhold til den palliative pleje dokumenteres ud fra en høj faglig standard.

Ligeledes arbejdes der med triagering, herunder opfølgning på observationer og opgaver, hvortil der observeres en tydelig sammenhæng i dokumentationen.

### 2.2 SCORE

For hvert overordnede 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

Tema	Vurdering
<p>Tema 1: Sundhedsfaglig dokumentation</p> <p>Score: 3</p>	<p>Den sundhedsfaglige og plejefaglige dokumentation lever i <b>middel grad</b> op til gældende lovgivning og retningslinjer på området.</p> <p>Døgnrytmeplanerne indeholder for flere borgere kun sparsomme beskrivelser af den hjælp og støtte som borgerne modtager. Dette er også tilfældet for en palliativ borger. For to borgere konstateres, at ikke alle relevante tidsrum er udfyldt korrekt. Døgnrytmeplanerne kan derfor ikke i alle tilfælde anvendes som et aktivt redskab i plejen til borgerne.</p> <p>Hos flere borgere indeholder døgnrytmeplanen beskrivelse af særlige opmærksomhedspunkter, som fx at man skal tale langsomt, eller ringe fem minutter før besøg. Tilsynet mangler dog i flere tilfælde oplysninger om adgangsforhold.</p> <p>Døgnrytmeplanerne er opbygget ud fra en ensartet systematik. Tilsynet bemærker, at der for flere borgere er oprettet handlingsanvisninger på indsats til bad eller rengøring. Hertil ses, at flere af beskrivelserne til bad og rengøring er mangelfulde, og at der i enkelte tilfælde forekommer dobbeltdokumentation, idet indsatsen også er beskrevet i døgnrytmeplanen. Hos en borger ses ligeledes handlingsanvisninger for mad, toiletbesøg og komme i seng, som alle indeholder detaljerede beskrivelser af indsatsen.</p> <p>For en borger med indsatser til rehabilitering efter §83a ses handlingsanvisninger tilknyttet rehabiliteringsforløb. I døgnrytmeplanen ses ikke tydelig sammenhæng til de rehabiliterende indsatser, ligesom der ej heller sker systematisk opfølgning på indsatsen i observationsnotater.</p> <p>Hos flere borgere indeholder de generelle oplysninger enkelte mangler, idet der ikke er taget stilling til alle områder indenfor mestring, motivation, ressourcer, vaner og livshistorie.</p>



	<p>Funktionsevnetilstande ses opdaterede og aktuelle hos alle borgere. For en borger ses dog, at en enkelt tilstand ikke er vurderet/scoret.</p> <p>Den sundhedsfaglige dokumentation fremstår med en god faglig standard, hvilket særligt ses gennem aktuelle og opdaterede helbredsoplysninger og helbredstilstande. Hos tre borgere forekommer dog mindre mangler i helbredstilstande, idet der ikke er fuldstændig sammenhæng til den medicinske behandling.</p> <p>Der er udfyldt relevant samtykke for alle borgere. Samtykke er både beskrevet under "helbredsmæssige interesser" i de generelle oplysninger og i relevante handlingsanvisninger.</p> <p>For to borgere mangler handlingsanvisning for medicindispensering, mens handlingsanvisning for ernæring for en anden borger ikke vurderes aktuel.</p> <p>For de øvrige borgere ses, at der er oprettet handlingsanvisninger, svarende til de visiterede sygeplejeindsatser og videredelegerede opgaver (VD). Handlingsanvisningerne indeholder handlevejledende beskrivelser af indsatsen og opfølgning, som ses beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for arbejdet med dokumentationen, hvor de beskriver, at døgnrytmeplanerne skal indeholde detaljerede beskrivelser af indsatsen over hele døgnet samt særlige opmærksomhedspunkter. Medarbejderne tilføjer, at adgangsforhold kan dokumenteres i døgnrytmeplanen, men at de også kan fremgå af kørelisten, såfremt der er særlige forhold.</p> <p>Medarbejderne beskriver, at døgnrytmeplanerne opdateres ved ændringer, hvilket alle medarbejdere har ansvar for. Der oprettes handlingsanvisninger ved alle sygeplejeindsatser og delegerede indsatser, som indeholder en tydelig beskrivelse af hvordan indsatsen skal leveres.</p> <p>Medarbejderne henviser til tilstandshjulet, men tilsynet bemærker, at en medarbejder mangler kendskab til arbejdet i helbredstilstande.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre korrekt for regler i forbindelse med samtykke.</p>
<p>Tema 2 Pleje og støtte</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>middel grad</b> lever op til indikatorerne på området.</p> <p>Borgerne giver udtryk for at få de pleje- og omsorgsydelser, de har behov for, og er meget tilfredse med måden, plejen udøves på, når denne leveres af de faste medarbejdere. Borgerne er ligeledes trygge ved indsatsen, og finder de faste medarbejdere fleksible og velforberedte.</p> <p>En borger beskriver medarbejderne som ildsjæle.</p> <p>Halvdelen af borgerne beskriver manglende kontinuitet, idet hjælpen leveres af forskellige medarbejdere eller vikarer. Borgerne oplever, at dette påvirker kvaliteten af hjælpen. En palliativ borger oplever den manglende kontinuitet problematisk, idet borgeren og dennes pårørende oplever, at skulle forklare hvilken hjælp der skal udføres. Borgeren beskriver samtidig, at han bliver påvirket af, at flere medarbejdere virker fortravlede.</p> <p>Borgerne oplever at have mulighed for at anvende egne ressourcer under plejen. En borger som modtager rehabiliteringsindsats efter §83a beskriver, at indsatsen ikke fungerede de tre første uger, hvor borgeren ikke oplevede at få den nødvendige hjælp. Borgeren oplever, at det går bedre nu, men beskriver samtidig ikke at kende til det overordnede mål med indsatsen. Borgeren beskriver samtidig, at hun ikke altid har indflydelse på hjælpen, som fungerer bedst, når der kommer en fast medarbejder.</p>

	<p>Medarbejderne sikrer, at borgerne modtager den nødvendige pleje og støtte, samt at der arbejdes med at skabe kontinuitet og tryghed i plejen gennem mindre teams, flyver-funktion, opdateret dokumentation og triagering. Medarbejderne henviser til, at de anvender håndholdte devices og faste kørelister.</p> <p>Der arbejdes med at skabe en relation til borgerne, og medarbejderne fremhæver dialog, nødkald, uniform, id-kort og præsentation som tryghedsskabende faktorer.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvordan et rehabiliterende sigte indgår i det daglige samarbejde om plejen sammen med borgeren. En medarbejder kommer med et eksempel, hvor en borger motiveres til at gå ud med skraldet, og hvor der arbejdes med mål og delmål.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvordan der reageres på ændringer i borgernes tilstand, samt hvorledes der videndeles i hjemmeplejen. Hertil beskrives gode muligheder for sparring med kollegaer i hverdagen.</p> <p>Borgerne er velsoignerede, og den hygiejnemæssige standard er forsvarlig.</p>
<p>Tema 3 Praktisk hjælp</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at helhedsplejen i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for praktisk hjælp.</p> <p>Borgerne oplever at modtage praktisk hjælp svarende til deres behov. Borgerne er tilfredse med kvaliteten af den praktiske hjælp, og inddrages i det omfang de ønsker. En borger fortæller, at hun netop har skiftet leverandør til Helhedsplejen, hvilket hun er glad for og har store forventninger til. En anden borger beskriver imponeret, hvordan medarbejderne både kan nå at gøre rent og skifte sengetøj i den tid, de har til rådighed. Borgeren er meget tilfreds med hjælpen.</p> <p>Medarbejderne sikrer den daglige rengøring og oprydning i boligen, og kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for den praktiske hjælp til borgerne, og har fokus på den rehabiliterende tilgang. Medarbejderne henviser til kommunens kvalitetsstandarder, beskrivelser i handlingsanvisninger og muligheden for fleksibel hjemmehjælp som medvirkende til at sikre, at borgeren får den hjælp de har brug for.</p> <p>Medarbejderne beskriver, hvordan der anvendes værnemidler ved personlig pleje og at smitterisiko dokumenteres i borgerens journal.</p> <p>Den hygiejniske standard i boligen svarer til borgernes levevis, behov og livsstil.</p>
<p>Tema 4 Sundhedsfremme og forebyggelse</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>høj grad</b> lever op til indikatorerne for sundhedsfremme og forebyggelse.</p> <p>Borgerne oplever, at der bliver taget hånd om deres sundhedsmæssige udfordringer og giver udtryk for at være trygge ved indsatsen. Borgerne beskriver blandt andet medarbejderne som omhyggelige og observerende. En borger fortæller, at medarbejderne smører borgerens ben med creme, og at de kontakter lægen ved behov. En pårørende til en sengeliggende borger beskriver, hvordan medarbejderne motiverer borgeren til at komme ud af sengen og på toilettet.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvordan der arbejdes med observationer af forandringer i borgernes helbredstilstand, samt hvordan relevante tiltag og tværfaglige samarbejdspartnere benyttes for at sikre behandling og rette opfølgning.</p>

	<p>Medarbejderne beskriver fx vægt- og væskeregistreringer samt observationer af forandringer i borgernes hud. Hertil beskrives, at såfremt der observeres rødme iværksættes handlinger som kontakt til sygeplejerske eller læge, dokumentation og anvendelse af barrierecreme.</p> <p>Ved forandringer i borgerens tilstand beskrives, at der læses i journalen og måles værdier, og at der tages kontakt til sygeplejerske.</p> <p>Tilsynet observerer, at dokumentationen for halvdelen af borgerne indeholder beskrivelser af forebyggende indsatser i handlingsanvisninger og døgnrytmeplaner, og at der er fulgt op på disse. Beskrivelserne omhandler handlinger i forhold til påsmøring af fugtighedscreme, tilbyde væske og rens af mundhulen.</p> <p>Hos de øvrige borgere ses ingen beskrivelser i døgnrytmeplaner eller handlingsanvisninger af forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser.</p>
<p>Tema 5 Kommunikation</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for området.</p> <p>Borgerne oplever, at der er en god omgangstone og at medarbejdernes adfærd er respektfuld. Kommunikationen målrettes og tilpasses den enkelte borgers tilstand og behov. Borgerne beskriver medarbejderne som værende, søde, venlige, flinke, fleksible og ordentlige. En borger fremhæver, at det er et godt team, som borgeren kan mærke, har det godt sammen.</p> <p>En anden borger fortæller, at hun og hendes mand har en god relation til de faste medarbejdere, hvor der ofte laves meget sjov under besøget.</p> <p>Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med borgerne. Medarbejderne fremhæver, at de præsenterer sig ved ankomst i borgerens bolig, at de er lyttende og taler pænt i et roligt toneleje.</p> <p>Tilsynet foretager inden observationer af kommunikation mellem borgere og medarbejdere i hjemmet.</p>
<p>Tema 6: Instrukser og retningslinjer</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at helhedsplejen i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for instrukser og retningslinjer.</p> <p>Ledelsen kan redegøre for, hvordan der målrettet er arbejdet med at sikre relevante og opdaterede instrukser, som er præsenteret for medarbejderne, og hvor der på systematisk vis kvitteres, når en medarbejder har gennemgået instruksen.</p> <p>De gennemgåede instrukser overholder de formelle krav og indeholder blandt andet oplysninger om målgruppe, og hvem der er ansvarlig, samt tydelig beskrivelse af medarbejdernes opgave og ansvar. Instrukserne opbevares i en mappe, så de er let tilgængelige for medarbejderne.</p> <p>Tilsynet har gennemgået instruksmappen, som er inddelt i kategorier ud fra følgende overskrifter: Generelle instrukser, sundhedsfaglig dokumentation, videre-delegation af sygeplejeindsatser, medicinhåndtering, besøg i hjemmet, hygiejne, uforudsete situationer i hjemmet, palliation og magtanvendelse.</p> <p>Tilsynet har gennemgået instruksen for sundhedsfaglig dokumentation, hvor det tydeligt er beskrevet, hvilket ansvar hver faggruppe har. Ligeledes er de forskellige områder i dokumentationen kort beskrevet, herunder fravalg af livsforlængende behandling, generelle oplysninger og triage.</p>

	<p>Instruksen for magtanvendelse indeholder både begrebsafklaring og definition på forskellige former for magtanvendelse. Herefter indeholder instruksen en tydelig beskrivelse af handlinger med henvisning til relevante skemaer for indberetning.</p> <p>Medarbejderne kan fagligt reflekteret redegøre for, hvor de finder viden og information, samt i hvilke situationer de anvender de gældende instrukser og vejledninger. Medarbejderne fortæller, at der er afholdt møder, hvor de har gennemgået instrukserne sammen med den sygeplejefaglige leder.</p> <p>Medarbejderne er bekendte med VAR, men beskriver begge, at de endnu ikke har erfaringer med anvendelse af VAR i praksis.</p>
<p>Tema 7: Indberetning og opfølgning på UTH</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at helhedsplejen i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for indberetning og opfølgning på de utilsigtede hændelser.</p> <p>Der ses en detaljeret instruks for området, hvor det fremgår hvordan medarbejderne skal indrapportere utilsigtede hændelser med henvisning til, hvor skema for samlerapportering kan findes. Ligeledes indeholder instruksen beskrivelse af, hvad der sker, efter indrapporteringen er foretaget, og hvordan der arbejdes med at skabe læring.</p> <p>Ledelsen beskriver, at området varetages af en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent. Der arbejdes med samlerapportering indenfor medicin og fald, og der sikres videndeling gennem fastlagt mødestruktur.</p> <p>Medarbejderne kan med støtte redegøre for indrapportering af utilsigtede hændelser og for samlerapportering. Medarbejderne beskriver usikkerhed om, hvordan der konkret arbejdes med læring, men fremhæver, at området var på som emne til dagens personalemøde, som dog blev aflyst. Hertil bemærker tilsynet, at begge medarbejdere kun har været ansat i Helhedsplejen Midt i kort tid, og at deres viden på området er på et forventeligt niveau indenfor området.</p>
<p>Tema 8: Håndtering af sundhedslovs ydelser</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>middel grad</b> lever op til indikatorerne for området.</p> <p>Tilsynet har besøgt borgere som modtager støtte til forskellige sygeplejeindsatser som fx medicindispensering og administration, kompressionsbehandling, insulin givning, kateter- og stomipleje samt palliation.</p> <p>Fire borgerne beskriver tilfredshed med leveringen af sundhedslovsydelserne. Tre borgere kommer med forskellige eksempler på, at medarbejderne ikke altid har de rette kompetencer til at løse de sundhedsfaglige opgaver.</p> <p>En borger beskriver fx, hvordan ikke alle medarbejdere kan anlægge kompressionsforbinding. Samme borger oplevede at få forskellige oplysninger fra medarbejderne vedrørende et sår, hvorefter borgeren gik til egen læge.</p> <p>Hos en anden borger beskriver borgerens ægtefælle, at ikke alle medarbejdere kan administrere borgerens laksantiabehandling. Borger får klyx hver anden dag, hvilket skal administreres ud fra en fast fremgangsmåde. Ægtefælle oplever, at det særligt er vikarer, som ikke kan administrere behandlingen korrekt.</p> <p>En palliativ borger beskriver, at ikke alle medarbejdere har kompetencer til at varetage borgerens stomipleje. Dette bevirker, at posen i flere tilfælde er faldet af, efter at medarbejderen er gået igen. Borgerens hustru har efterfølgende måtte påsætte posen korrekt og sikre oprydning. Samme borger beskriver, at sygeplejerskerne tidligere ikke altid havde de rette remedier med til skylning af borgerens kateter. Borgeren har nu fået et større lager i hjemmet, og det er derfor ikke længere et problem.</p>

	<p>Ledelsen redegør for, hvordan der sikres de rette kompetencer til at udføre de sygeplejefaglige indsatser. Hertil beskrives, at medarbejdernes kompetencer er afklaret ved MUS-samtaler og fremgår af kompetenceoversigt. Der arbejdes ud fra en tilgang, hvor medarbejderne hjælper til på tværs af distrikterne.</p> <p>Ledelsen beskriver samtidig, at der er ansat flere sygeplejersker, således at bemanningen om dagen er fordoblet. I rekrutteringen har der været fokus på at ansætte sygeplejersker med forskellige kompetencer.</p> <p>Medarbejderne beskriver, at de har modtaget en god og grundig introduktion, hvor de har kørt sammen med en fast medarbejder. Samtidig beskrives, at der altid er mulighed for sparring ved en kollega, såfremt medarbejderne oplever tvivl. En medarbejder fortæller, hvordan hun fx kontakter sår-sygeplejersken ved behov for sparring omkring en borgers sår.</p> <p>Tilsynet foretager ingen situationsbestemte observationer af håndtering af sygeplejeydelser i hjemmet. I dokumentationen ses overensstemmelse mellem borgernes behov og de visiterede indsatser, hvortil der er oprettet relevante handlingsanvisninger med individuelle beskrivelser af indsatsen.</p>
<p>Tema 9: Delegering af sygeplejefaglige ydelser</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for delegering af sygeplejeydelser, hvor der tages afsæt i det skriftlige materiale samt interview fra ledelse og medarbejdere.</p> <p>I borgernes dokumentation fremgår det tydeligt i handlingsanvisningen hvilken faggruppe, der kan varetage opgaven og om indsatsen er videredelegeret.</p> <p>Ledelsen beskriver, at gældende instruks for området følges, og at sygeplejeindsatser delegeres ud fra en sygeplejefaglig vurdering af opgavens kompleksitet.</p> <p>Instruksen for videredelegation er gennemgået af tilsynet. Heri ses det tydeligt beskrevet, at det er en sygeplejerske, som er ansvarlig for vurderingen. Borgeren skal være triageret grøn og indsatsen vurderet stabil, før indsatsen kan videredelegeres. Instruksen indeholder en tjekliste for opfølgning, hvortil både det faglige notat og handlingsanvisningen skal gennemgås og evt. justeres.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med delegation. Hertil beskriver en medarbejder, at der er et tæt samarbejde mellem sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne, hvilket understøtter løbende opfølgning. Medarbejderen fortæller samtidig, at social- og sundhedshjælperne er oplært i at observere kompressionsforbindingen og tage kontakt til sygepleje, såfremt denne ikke er anlagt korrekt.</p>
<p>Tema 10: Årets fokusområder Triage og palliation</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for årets fokusområde.</p> <p>Otte borgere er triageret grøn, mens to borgere er triageret gul.</p> <p>Hos borgere med gul triagering ses tydelig sammenhæng til dokumentationen, hvor der i begge tilfælde er oprettet et observationsnotat med beskrivelse af årsagen til triageringen. Der ses ligeledes dokumentation af relevant opfølgning for de beskrevne problematikker.</p> <p>Tilsynet bemærker positivt, at der hos flere af borgerne med grøn triagering ses dokumentation i observationsnotater, at borger er triageret grøn, da de er tilbage i habituel tilstand.</p>

	<p>Hos borgeren i palliativ behandling ses, at der er oprettet handlingsanvisning tilknyttet sundhedslovsindsatsen. Handlingsanvisningen indeholder tydelig beskrivelse af fysiske, psykiske og sociale observationer tilknyttet det sygeplejefaglige besøg. Der ses dokumentation af tryghedsmedicin og terminalerklæring. Herudover ses tydeligt beskrevet, hvilke observationer der skal gøres under besøget, samt hvad borgeren skal spørges ind til.</p> <p>Ledelsen redegør for, hvordan der arbejdes med triagering gennem en "light-triagering" til morgenmøder, hvorefter sygeplejerskerne gennemgår alle borgere, som er triageret rød. Herudover afholdes faste ugentlige triageringsmøder i hvert team, hvor alle medarbejdere mødes.</p> <p>I forhold til det palliative område beskriver ledelsen, at distriktet har to sygeplejersker med særlige kompetencer indenfor området. Der samarbejdes i et netværk på tværs af distrikter, hvortil en sygeplejerske er tovholder.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvordan der arbejdes med observationer, og hvorledes der sker opfølgning på observationer og afledte opgaver.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvordan triagering er organiseret i Helhedsplejen Midt, og for hvordan der arbejdes med de forskellige triageringsinddelinger. Hertil beskrives triageringen som et godt arbejdsredskab.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for de palliative principper og arbejdsgange for forløbene. Medarbejderne har kendskab til distriktets palliative sygeplejersker og arbejdet med tryghedskasser. En medarbejder beskriver, at de palliative sygeplejersker samt tovholderen på området bistår med sparring og besøg hos borgerne ved behov.</p> <p>En medarbejder kan redegøre for inddragelse af borgerne og evt. pårørende under forløbet. Hertil beskrives, at der altid oprettes en handlingsanvisning for de palliative forløb, som også indeholder beskrivelser af relationen til borgerne og dennes pårørende. Medarbejderen oplever, at der er en stor fleksibilitet i den palliative indsats, som i høj grad tilpasses efter borgerens behov.</p>
<p>Tema 11: Kompetencer og udvikling</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for kompetence og udvikling.</p> <p>Ledelsen redegør for, hvordan der sikres sammenhæng mellem borgernes behov og medarbejdernes kompetencer, samt for hvordan der sikres kompetenceudvikling for medarbejderne. Hertil beskriver ledelsen, at der er ansat flere sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Fremmødet af sygeplejersker om aftenen er øget, og der arbejdes på nuværende tidspunkt med rekruttering således, at der i alt er tre sygeplejersker i aftenvagt.</p> <p>Kvalitets- og udviklingsarbejdet varetages primært af distriktslederen i samarbejde med den sygeplejefaglige leder.</p> <p>Der foretages gennemgang af tilfældigt udvalgte journaler hver uge, og der sikres læring på baggrund af mønstre til de fastlagte sygeplejefaglige møder.</p> <p>Medarbejderne indgår i forskellige faglige netværk og tilbydes løbende undervisning/kursus. Hertil beskrives, at flere sygeplejersker har deltaget i "godt fra start i primærsektoren", telemedicin, palliation, "uddannelse for akutsygeplejersker".</p> <p>Der arbejdes med buffer-kapacitet i planlægningen, således at sygdom kan håndteres. Ledelsen beskriver, at der hen over sommeren har været et lavt sygefravær, men at dette er øget grundet årstid og Covid-19.</p>



	<p>Medarbejderne oplever, at de har de rette kompetencer til at løse de opgaver, de stilles overfor, samt at de har modtaget grundig introduktion til opgaverne. En medarbejder beskriver fx oplæring i både dokumentation og medicin som en del af introduktionen. Herudover beskrives, at der er afholdt introduktionsdage ved den sygeplejefaglige leder og farmaceuten.</p> <p>Der afholdes opfølgende introduktionssamtaler med distriktslederen.</p> <p>Medarbejderne beskriver, at de har et tæt samarbejde med kollegaer, hvor der sparreres om borgernes tilstand.</p>
--	---

## 2.1 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
<p><b>Anbefaling 1:</b></p> <p>Tilsynet anbefaler, at der som en del af det fastsatte kvalitetsarbejde med dokumentationen, arbejdes målrettet med at sikre fyldestgørende og handlevejledende beskrivelser af den hjælp og støtte, som borgerne modtager. Hertil anbefales, at dokumentationen ensrettes, således at der ikke forekommer dobbeltdokumentation, samt at der sikres sammenhæng til rehabiliterende indsatser efter §83a.</p>
<p><b>Anbefaling 2:</b></p> <p>Tilsynet anbefaler, at der iværksættes arbejdsgange, som sikrer, at der oprettes handlingsanvisninger til alle sundhedslovsindsatser, og at handlingsanvisningerne inaktiveres, når indsatsen afsluttes.</p>
<p><b>Anbefaling 3:</b></p> <p>Tilsynet anbefaler, at der rettes en ledelsesmæssig opmærksomhed på at højne borgernes oplevelse af kontinuitet i hjælpen. Hertil anbefales, at ledelsen implementerer arbejdsgange som sikrer, at vikarer har kendskab til borgernes døgnrytmeplan og handlingsanvisninger, således at vikarerne er velforberedte til besøget og kan levere den hjælp og støtte, som borgerne har behov.</p>
<p><b>Anbefaling 4:</b></p> <p>Tilsynet anbefaler, at der arbejdes målrettet med at sikre dokumentation af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i borgernes døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger.</p>
<p><b>Anbefaling 5:</b></p> <p>Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt arbejdes målrettet med at sikre rette organisering og planlægning, således at borgerne oplever, at sundhedslovsydelse leveres af medarbejdere og vikarer med rette kompetencer til opgaven.</p>

## 3. MEDICINKONTROL

### 3.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har i forlængelse af tilsynet med Helhedsplejen foretaget medicinkontrol hos syv borgere.

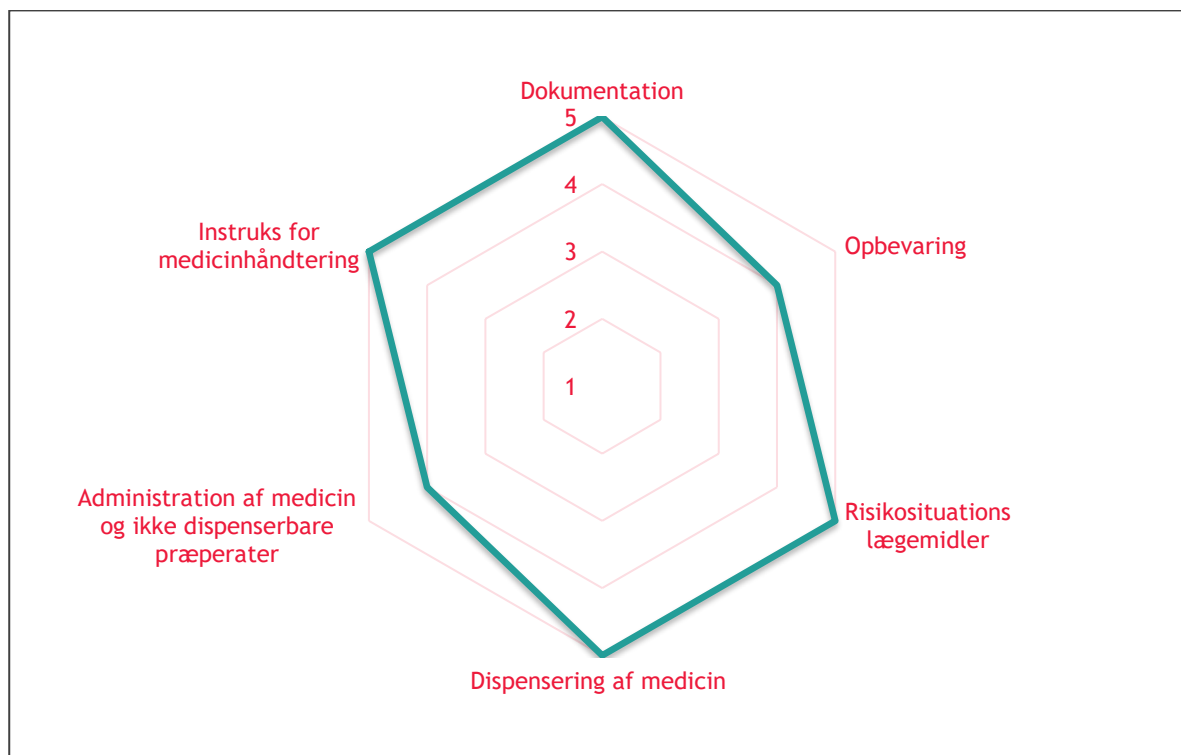
BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem kontrol, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets vurdering, at Helhedsplejen følger gældende retningslinjer og procedurer for medicin-håndtering i forhold til dispenseringen, dokumentationen, risikolægemidler og instrukser. Det er tilsynets vurdering, at der er udviklingsområder indenfor opbevaring og administration, idet der er fundet medicin med overskredet holdbarhed samt at der ikke konsekvent foretages kvittering for medicinadministrationen i borgerens journal. Tilsynet vurderer, at manglerne kan afhjælpes gennem en mindre indsats.

### 3.2 SCORE

For hvert overordnede 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

Tema	Vurdering
<p>Tema 1 Dokumentation Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for dokumentation i forhold til medicinområdet.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisten, fraset et præparat hos en borger, hvor handelsnavn ikke ses opdateret.</li> <li>• At medicinlister er opdaterede.</li> <li>• At der foreligger opdaterede medicinaftaler efter gældende retningslinjer</li> <li>• At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dokumentation af medicin.</li> </ul>
<p>Tema 2: Opbevaring Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>høj grad</b> lever op til indikatorerne for opbevaring af medicin.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der hos to borgere ses enkelte præparater med overskredet holdbarhedsdato. For den ene borger drejer det sig om et præparat i aktuelbeholdningen, mens det for den anden borger drejer sig om flere præparater, som opbevares i pose for seponeret medicin.</li> <li>• At der hos en borger ses et præparat, som ikke er mærket korrekt med borgers navn og cpr-nummer.</li> <li>• At den ordinerede medicin opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende inkl. pn medicin. I flere tilfælde ses anvendelse af medicinkasse.</li> <li>• At ugedoseringsæsker med ophældt medicin er mærket korrekt.</li> <li>• At der er angivet anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter åbning inkl. pn medicin.</li> <li>• At pn medicin er mærket korrekt.</li> <li>• At der er overensstemmelse mellem pn medicinliste og borgers pn beholdning.</li> <li>• At medarbejderen kan redegøre for korrekt mærkning af pn-medicin.</li> <li>• At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin.</li> </ul>
<p>Tema 3: Risikosituationslægemidler Score: 5</p>	<p>Tilsynet foretager ingen gennemgang af medicinbeholdninger med risikolægemidler. Vurderingen er dermed givet på baggrund af medarbejderinterview.</p> <p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for arbejdet med risikosituationslægemidler.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At medarbejderne kan redegøre for, hvordan der arbejdes med risikosituationslægemidler.</li> </ul>
<p>Tema 4: Dispensering af medicin Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for dispensering af medicin</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der er overensstemmelse mellem ordineret medicin/medicinliste og den ophældte medicin. Hos en borger ses dog, at alle doseringsæsker er tomme. Medicinen blev dispenseret for under to uger siden, og der er derfor ikke planlagt</li> </ul>

	<p>dispensering hos borgeren på tilsynsdagen. Borgeren administrerer selv sin medicin. Hændelsen er videregivet til ledelsen, som planlægger opfølgende besøg hos borgeren samme aften.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dispensering.</li> <li>• At borgerne er tilfredse med håndteringen af medicinen.</li> </ul>
<p>Tema 5: Administration af medicin og ikke Dispenserbare præparater</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i <b>høj grad</b> lever op til indikatorerne for administration af medicin og ikke dispenserbare præparater.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der ikke konsekvent kvitteres for administrerede medicin i journalen. Der ses eksempler med manglende kvittering for udlevering af tabletter samt anden medicin, herunder insulin.</li> <li>• At medicinen er uddelt til tiden.</li> <li>• At ophældt medicin er mærket korrekt.</li> <li>• At borgerne er inddragede i og trygge ved medicinadministrationen.</li> <li>• At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for administration af medicin.</li> </ul>
<p>Tema 6: Instruks og medicin håndtering</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen Midt i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne for instruks og medicin håndtering</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At ledelsen sikrer, at medarbejderne er bekendte med medicin håndterings instrukser og følger disse i hverdagen. Hertil beskrives, at distriktsleder hver måned gennemgår dokumentationen for at sikre korrekt dokumentation af medicinområdet.</li> <li>• At medarbejderen kan redegøre for gældende instrukser og retningslinjer for medicin håndtering.</li> </ul>

### 3.4 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
<p><b>Anbefalinger 1:</b></p> <p>Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes en skærpet opmærksomhed på at sikre, at medarbejderne kontrollerer holdbarhed på alle præparater i aktuelbeholdningen ved hver medicindispensering. Samtidig anbefales, at der ligeledes kontrolleres holdbarhed på seponerede præparater med faste intervaller, samt at der sikres aftale med borgerne om korrekt afskaffelse af ikke-holdbar medicin.</p>
<p><b>Anbefalinger 2:</b></p> <p>Tilsynet anbefaler, at der iværksættes en indsats, som sikrer at der kvitteres korrekt i borgerens journal efter hver medicinadministration.</p>

## 4. TILSYNETS VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala

Samlet vurdering
<p>5 - Særdeles tilfredsstillende</p> <p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.</li> </ul>
<p>4 - Meget tilfredsstillende</p> <p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgere</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul>
<p>3 - Tilfredsstillende</p> <p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgere</li> <li>• En del af elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
<p>2 - Mindre tilfredsstillende</p> <p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få af elementer i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det mindre tilfredsstillende samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen</p>
<p>1- Ikke tilfredsstillende</p> <p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li> <li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li> <li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det ikke tilfredsstillende 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 plejecentre, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

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