

# Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Social og Sundhed  
Medicintilsyn - SYD

Uanmeldt opfølgende tilsyn

Marts 2022

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.</b>	<b>OPLYSNINGER OM DISTRIKT SYD OG TILSYNET .....</b>	<b>4</b>
1.1	OPFØLGNING .....	4
<b>2.</b>	<b>MEDICINKONTROL .....</b>	<b>5</b>
2.1	OVERORDNET VURDERING .....	5
2.2	SCORE .....	5
2.3	VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER.....	6
2.1	TILSYNETS ANBEFALINGER .....	9
<b>3.</b>	<b>TILSYNETS VURDERINGSSKALA .....</b>	<b>10</b>

## Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt opfølgende medicintilsyn, 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 medicintilsynet i 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 den tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Herefter følger anbefalinger. Vurderingsskala findes sidst i rapporten.

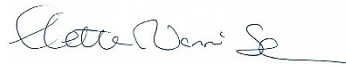
Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

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 D SYD OG TILSYNET

Generelle oplysninger om tilsynet
Navn og Adresse: Gribskov helhedspleje Syd, Parkvænget 20, 3200 Helsingør
Leder: Katarzyna Agnieszka Darling
Dato for tilsynsbesøg: Den 30.marts 2022
Deltagere i interviews: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med leder</li><li>• Tilsynsbesøg hos fem borgere</li><li>• Gruppeinterview med tre medarbejdere (to social- og sundhedsassistenter, en sygeplejerske)</li><li>• Gennemgang af dokumentation i forhold til medicinrådet hos fem borgere</li></ul>
Fordeling af borgere er sket ud fra følgende udvælgelseskriterier:  En borger, der modtager hjælp til medicindispensering. To borgere, der modtager hjælp til medicindispensering og hjælp til ikke dispenserbar medicin. To borgere, der modtager risikosituationslægemidler.
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Senior Manager Mette Norré Sørensen, sygeplejerske

## 1.1 OPFØLGNING

Opfølgning
<p>Tilsynet har opfølgende interview med leder og sygeplejefaglig leder.</p> <p>Efter sidste tilsyn er der igangsat en del nye tiltag. Blandt andet er medarbejderne blevet undervist i medicinhåndtering. Der har været afsat timer om eftermiddagen, hvor alle medarbejdere har været igennem et forløb målrettet medarbejdernes faggruppe. Ledelsen påpeger, at social- og sundhedshjælperne også har været med til undervisningen, og det er italesat, at alle har et ansvar for medicinhåndteringen. For social- og sundhedsassistenterne og sygeplejerskerne har der været særligt fokus på brugen af medicinmodulet i Nexus.</p> <p>Sideløbende er der implementeret en medicintjekliste, som medarbejderne har med ud ved alle medicindispenseringer, og som de efterfølgende skal aflevere til ledelsen. Helhedsplejens farmaceut har været med til at udforme tjeklisten, og farmaceuten står for den løbende opfølgning og udvikling i forhold til de afleverede sedler.</p> <p>Leder oplyser, at der ved møder i distriktet løbende følges op på medicinrådet, særligt har emner i forhold til, hvordan vikarer benyttes til medicinopgaver, været en gentagende problematik, idet vikarer ikke har mulighed for at opdatere i FMK. Der arbejdes nu på at finde en løsning på denne problemstilling.</p> <p>Leder oplyser, at det er svært at rekruttere sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Pt. mangler der to sygeplejersker og to social- og sundhedsassistenter i distriktet.</p>

Dertil er der en stigning i tilgangen af nye borgere, idet en privatleverandør af hjemmepleje lukker i kommunen. Leder oplyser, at der på tilsynsdagen bliver afholdt ansættelsessamtaler.

Fra 1. april er der ansat en faglig koordinator i distriktet, som skal være med til at løfte fagligheden i distriktet, blandt andet via undervisning, supervision, audit og praksisnær læring. Medarbejderen skal ikke være en del af den daglige bemanning, men udelukkende have fokus på kvalitetsudvikling.

Der er leders oplevelse, at der trods fortsat brug af vikarer, og en lang periode med COVID-19, er et godt arbejdsmiljø i distriktet, og at medicinområdet er velkvalificeret. Der henvises til, at samlerapporteringen på UTH-området ikke viser systematiske og vedvarende fejl og mangler.

## 2. MEDICINKONTROL

### 2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Gribskov Kommune foretaget et uanmeldt medicintilsyn hos 5 borgere i Helhedsplejen distrikt Syd

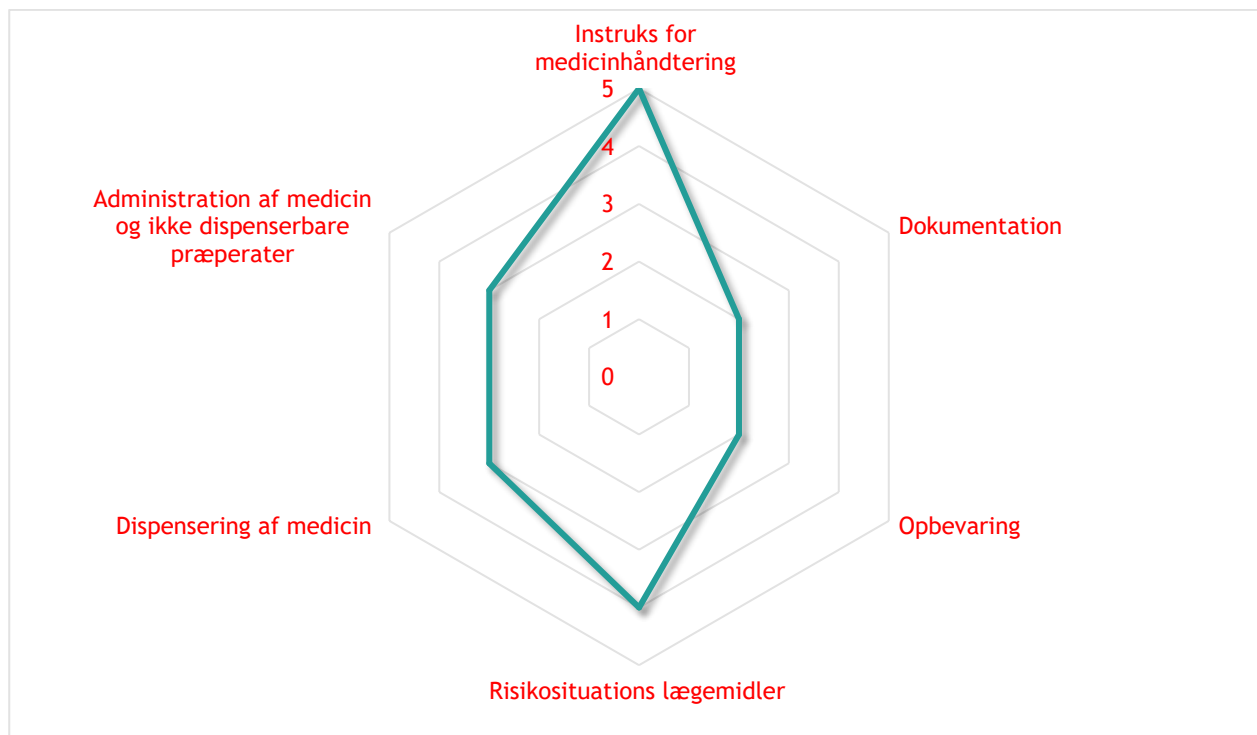
BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem kontrol, observationer og skriftligt materiale. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

Det er tilsynets vurdering, at Helhedsplejen distrikt Syd fortsat ikke lever op til gældende retningslinjer og procedurer for medicinhåndtering i forhold til de undersøgte områder.

Der er konstateret fejl og mangler i forhold til alle fem medicingennemgange. Flere af de konstaterede fejl kan, efter tilsynets vurdering, rettes op med en mindre indsats, men den samlede vurdering af medicinområdet i Helhedsplejen distrikt Syd er imidlertid fortsat, at det er nødvendigt med en faglig og målrettet indsats for at sikre systematisk dokumentation, opbevaring, dispensering og administration af borgernes medicin ud fra en tilgang, der sikrer høj patientsikkerhed i opgaveløsningen

### 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

Tema	Vurdering
Tema 1 Dokumentation Score: 2	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen distrikt Syd i <b>lav grad</b> lever op til indikatorerne. Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I 3 ud af 5 medicingennemgange er der overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisterne. I et tilfælde er et præparat ikke anført med korrekt handelsnavn på medicinlisten. I et andet tilfælde beskrives det, at borgeren skal have et ikke dispenserbart præparat tirsdag og lørdag. I bemærkningsfeltet på medicinskemaet beskrives det, at præparatet skal gives mandag og torsdag. Det er uklart, hvilke ugedage medicinen skal gives på.</li> <li>• I 3 ud af 5 medicingennemgange er medicinlisterne opdaterede. I to tilfælde konstateres det, at FMK ikke er opdateret. I det ene tilfælde har borgeren derved ikke fået den ordinerede smertestillende medicin gennem flere dage. I det andet tilfælde er korrespondancemeddelelse fra egen læge i forhold til medicinændringen kommet på tilsynsdagen. Tilsynet gør Helhedsplejen opmærksom på dette.</li> <li>• I 2 ud af 5 medicingennemgange foreligger der opdaterede medicinaftaler og handlingsanvisninger efter gældende retningslinjer. I et tilfælde mangler der en handlevejende beskrivelse i forhold til, hvordan et ikke dispenserbart præparat (antabus) skal administreres. I et andet tilfælde mangler der i handlingsanvisning for AK-behandling en beskrivelse af, hvornår der skal følges op på INR-måling næste gang. I et tredje tilfælde mangler der oprettelse af handlingsanvisning på et medicinsk præparat (injektion), som skal gives en gang om ugen.</li> </ul>

	<p>I samme borgers journal konstateres det, at der foreligger relevante blodsukermålinger (BS), men at målingerne ikke i alle tilfælde ligger inden for normalområdet. I handlingsanvisning på området beskrives det ikke, hvordan der skal handles i forhold til insulingivning, når BS er højt eller lavt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De interviewede medarbejdere kan redegøre for retningslinjer for dokumentation af medicin.</li> </ul>
<p>Tema 2: Opbevaring Score: 2</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen distrikt Syd i <b>lav grad</b> lever op til indikatorerne. Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borgernes medicinbeholdning opbevares i kommunens medicinboks eller borgernes egne kasser. Kasserne fremstår med forskellig orden og systematik. Særligt en medicinkasse, som opbevares i aflåst skab i Helhedsplejen, fremstår rodet og ikke med en tilstrækkelig systematik.</li> <li>• I alle 5 medicingennemgange findes der fejl og mangler i forhold til, hvordan medicinen opbevares i kasserne. I tre tilfælde opbevares borgernes medicin ikke i korrekte poser til adskillelse af medicinen. I fjerde tilfælde opbevares borgernes aktuelle insulinpen ikke adskilt fra borgerens pn insulinpen. I femte tilfælde opbevares et præparat i aktuelbeholdningen, som ikke mere er aktuelt. Tilsynet bemærker, at præparatet nu gives i en anden dosis. Det rigtige præparat med korrekt dosis opbevares også i aktuelbeholdningen.</li> <li>• I alle 5 medicingennemgange er ugedoseringsæsker med ophældt medicin mærket korrekt.</li> <li>• I alle 5 medicingennemgange er der anbrudsdato på medicinske præparater (insulinpenne).</li> <li>• I 4 ud af 5 medicingennemgange er der overensstemmelse mellem pn medicinliste og borgerens pn beholdning. I et tilfælde mangler der dele af den ordinerede pn beholdning.</li> <li>• I 2 ud af 5 medicingennemgange er borgerens medicin mærket med borgerens navn og ordination. I to tilfælde mangler der label med navn og ordination på præparatet. I et tredje tilfælde stemmer ordination og label på præparatet ikke overens.</li> <li>• Medarbejderne, der interviewes, kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin. Medarbejderne oplyser, at de har fokus på at opbevare medicinen i korrekte poser, og samtidig sikre, at borgerens aktuelle medicin er samlet i en kasse. Dertil oplyser medarbejderne, at der i forhold til demente og borgere med misbrug arbejdes med låste medicinkasser. Medarbejderne kan redegøre for korrekt mærkning af pn medicin</li> </ul>
<p>Tema 3: Risikosituationslægemidler Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen distrikt Syd i <b>høj grad</b> lever op til indikatorerne. Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fremgår af dokumentationen (handlingsanvisningerne), at der arbejdes med risiko situationslægemidler, jf. retningslinjer på området. Det bemærkes dog, at der ikke arbejdes med synliggørelse af området ved fx at benytte kort i borgerens medicinkasse, som tydeligt signalerer, at borgeren er i behandling med et risikosituationslægemiddel.</li> <li>• Medarbejderne, der interviewes, kan redegøre for, hvordan der arbejdes med risikosituationslægemidler. Der henvises til, at der er to procedurer i forhold til AK-behandling. En hvor egen læge opdaterer ordinationen direkte på FMK, og en hvor lægen sender en korrespondancemeddelelse, hvor ordinationen er beskrevet. Medarbejderne oplyser, at de vil arbejde videre med, at medicinen frem over bliver ordineret direkte i FMK.</li> </ul>



<p>Tema 4: Dispensering af medicin</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen Syd i <b>middel grad</b> lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er overensstemmelse mellem ordineret medicin/medicinliste og den oplyste medicin. I et tilfælde konstaterer tilsynet, at der ikke er dispenseret planmæssigt hos borgeren. Borgeren har derved ikke fået sin morgenmedicin, jf. ordinationen. Tilsynet kontakter helhedsplejen, som straks kommer ud til borgeren og dispenserer medicinen for 14 dage.</li> <li>• I 2 ud af 5 medicingennemgange observeres det, at der er dispenseret fra korrekt medicinglas. I tre tilfælde er der taget hul på flere medicinglas af samme præparattype, og der er dispenseret fra disse.</li> <li>• Medarbejderne, som tilsynet interviewer, kan redegøre for retningslinjer for dispensering, herunder at Nexus benyttes i processen, og at der altid arbejdes med egenkontrol. Medarbejderne nævner ikke, at de benytter medicintjeklisten.</li> <li>• Borgerne, som tilsynet interviewer, er generelt tilfredse med håndteringen af medicinen, men flere borgere efterspørger mere kontinuitet og et ønske om, at medicin håndteringen varetages af mere faste medarbejdere. En borger nævner, at han finder det meget frustrerende, at medarbejderne kommer mellem dispenseringerne for at ordne medicinen. Borgeren er uforstående over for, at der skal så mange ekstra besøg til.</li> </ul>
<p>Tema 5: Administration af medicin og ikke dispenserbare præparater</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen distrikt Syd i <b>middel grad</b> lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I 3 ud af 5 medicingennemgange er medicinen administreret korrekt. I to tilfælde har borgerne ikke fået deres ordinerede morgenmedicin til tiden. I det ene tilfælde drejer det sig om ovenstående hændelse, hvor medicinen ved en fejl ikke var dispenseret, og i det andet tilfælde havde medarbejderen glemt at tage medicinen med ud til borgeren (medicinen opbevares hos Helhedsplejen).</li> <li>• I 4 ud af 5 medicingennemgange er der signeret, når ikke dispenserbar medicin er givet. I et tilfælde mangler der signering i forhold til insulingivning.</li> <li>• Borgerne oplever generelt at være inddragede, og de er trygge ved administrationen af medicinen.</li> <li>• De interviewede medarbejdere 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 Syd i <b>meget høj grad</b> lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledelsen sikrer, at medarbejderne er bekendte med medicin håndteringsinstrukser. Tilsynet taler med ledelsen om, at der mangler instruks for antabusbehandling.</li> <li>• Medarbejderne, der interviewes, kan redegøre for gældende instrukser og retningslinjer for medicin håndtering.</li> </ul>



## 2.4 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at der fortsat arbejdes med dokumentationsområdet, herunder at der altid sikres korrekt dokumentation på medicinlisten.  
Dertil anbefaler tilsynet, at der i forhold til udarbejdelsen af handlingsanvisninger er fokus på, at disse er handlevejledende og udarbejdet med tilstrækkeligt fagligt indhold, så de er med til at kvalificere og understøtte medarbejderens faglige indsats.  
Herunder er det tilsynets anbefaling, at der ledelsesmæssigt er fokus på at få etableret arbejdsgange, der sikrer, at der bliver fulgt op på daglige korrespondancemeddelelser, herunder FMK-opdateringer.
2. Tilsynet anbefaler, at der sikres korrekt opbevaring af medicinen, herunder at medicinkasserne fremtræder ryddelige og systematisk opbygget. Dertil at aktuel og ikke aktuel medicin er adskilt, fx ved brug af posesystemet. Desuden anbefaler tilsynet, at aktuelle insulinpen altid opbevares adskilt fra pn insulinpen.  
Ligeledes anbefaler tilsynet, at det sikres, at borgernes pn beholdning er i overensstemmelse med medicinlisten, samt at borgernes medicin er mærket med borgers navn og korrekte ordination.
3. Tilsynet anbefaler, at der i forbindelse med medicindispenseringerne arbejdes med at tilbyde mere kontinuitet i leveringen af disse ydelser for derved at øge borgernes tilfredshed og sikre øget faglig indsigt på opgaven.  
Dertil anbefales i forbindelse med dispenseringerne, at medarbejderne har fokus på, at der kun dispenseres fra et medicinglas, og at der ikke tages hul på flere medicinglas af samme præparattype.
4. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt er fokus på, at der er etableret arbejdsgange, der sikrer, at borgernes besøg altid er planlagt således, at der altid dispenseres medicin planmæssigt, herunder at borgerne får deres medicin på ordinationstidspunkterne.  
Dertil anbefaler tilsynet, at Helhedsplejen distrikt Syd er opmærksomme på, at der altid skal kvitteres i Nexus, når der er givet ikke dispenserbar medicin.

## 3. TILSYNETS VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala

Samlet vurdering
<p><b>5 - 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><b>4 - 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 borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul>
<p><b>3 - 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 borgerne</li> <li>• En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
<p><b>2 - 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 elementerne i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
<p><b>1- 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>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.