

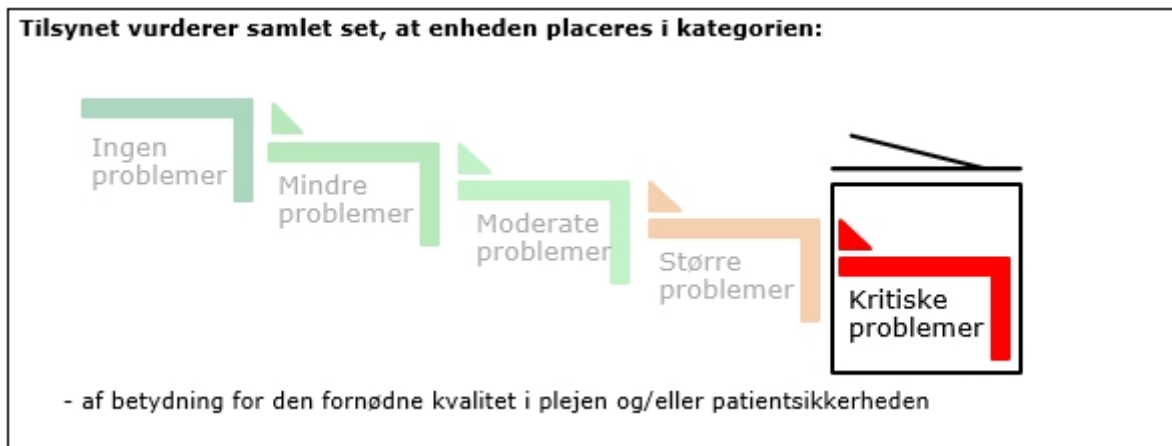


## Tilsynsrapport for det uanmeldte kommunale tilsyn på: Hjemmeplejen VEST

### Tilsynsrapportens indhold:

Tilsynets samlede vurdering .....	1
Måleområde: Personlig pleje og praktisk hjælp .....	3
Måleområde: Sygepleje .....	4
Måleområde: Medicinhåndtering .....	6
Interview/dialog med borgere og pårørende .....	6
Opfølgning på seneste tilsyn og eventuelle øvrige fund .....	8
Baggrund og oplysninger om tilsynet .....	10

### Tilsynets samlede vurdering



Vurderingen sker på baggrund af de samlede fund indenfor tilsynets tre fokusområder. I den forbindelse lægger tilsynet vægt på, at udredning af funktionsnedsættelser er ustruktureret og det er ikke tydeligt, hvilke behov borgeren ikke selv er i stand til at dække. Dermed er det ikke tydeligt, hvilke behov for støtte og hjælp, borgeren har. Den hjælp, der er beskrevet i besøgsplanerne, hænger ikke sammen med vurderingerne.

Borgernes helbredsmæssige problemstillinger er ikke struktureret udredt og de planer, der er lagt, hænger ikke sammen med de beskrevne problemstillinger. Det er ikke dokumenteret, hvilke helbredsmæssige problemstillinger borgerne får deres medicin mod eller hvordan de kommer til udtryk – det fremgår således ikke af dokumentationen, hvorfor borgerne får den medicin, de får eller hvad der skal observeres for og følges op på.

### Anbefalinger

På baggrund af tilsynets fund anbefaler tilsynet, at enheden arbejder med:

- 1. struktur og sammenhæng i funktionsevnetilstande**
- 2. struktur og sammenhæng i helbredstilstande**
- 3. fokus på medicin, dokumentation og risikosituationslægemidler**

### **Opfølgning**

Det er tilsynets vurdering, at problemstillingerne er af sådan en karakter, at der skal arbejdes med såvel organisatoriske som faglige kompetencer, for at sikre rammen for et fagligt løft.

Der skal arbejdes organisatorisk med at sikre de rette rammer og vilkår for medarbejderne, som en forudsætning for, at medarbejderne har mulighed for at løfte den faglige opgave, med den fornødne kvalitet. Tilsynsførende står løbende til rådighed for sparring i forbindelse med tilsynets anbefalinger.

Enheden VEST har til opgave at udarbejde en samlet handleplan for de tiltag, som iværksættes med afsæt i tilsynets fund. Handleplanen skal præsenteres og godkendes af Centerchef for Sundhed- og Omsorgscenter, inden udgangen af januar måned 2024.

Der vil blive planlagt et opfølgende tilsyn inden for en given periode, som bliver fastsat af tilsynsførende. Enheden vil blive varslet 4 hverdage, før det opfølgende tilsyn.

### Måleområde: Personlig pleje og praktisk hjælp

Måleområdet viser tilsynets vurdering af kvaliteten af den pleje og støtte, der gives, samt om dokumentationen lever op til gældende krav i forhold til den enkelte borgers bevilling, Høje-Taastrup kommunes kvalitetsstandarder og serviceloven.



#### Tilsynets overordnede vurdering af Personlig pleje og praktisk hjælp

Der ses forhold, som har betydning for den fornødne kvalitet, uden der er tale om alvorlige mangler, men forholdene kræver iværksættelse af ændringstiltag, inden for kort tid.

#### Baggrund for tilsynets vurdering af Personlig pleje og praktisk hjælp

Vurderingen er baseret på dokumentationsgennemgang, interview med borgere og pårørende og dialog med medarbejderne.

Måleområdet indeholder delvist opfyldte målpunkter.

#### Personlig pleje og praktisk hjælp

Udredning og dokumentation af funktionsevnetilstande, som anvendes til at identificere, hvilke behov borgerne ikke selv er i stand til at dække pga. funktionsnedsættelser fremstår generelt ustruktureret. Hvilket gør det vanskeligt at danne sig et overblik over, hvilke behov borgeren ikke kan dække pga. en funktionsnedsættelse eller hvad årsagen til funktionsnedsættelsen er. Dermed er det ikke tydeligt, hvad borgerne har brug for støtte/hjælp til i deres hverdag. Kendskab til årsagen til funktionsnedsættelsen anvendes til at iværksætte konkrete og målrettede indsatser, der tager udgangspunkt i den konkrete og individuelle borgers funktionsnedsættelser. Dette vanskeliggøres af det manglende kendskab til årsagerne og dermed øges risikoen for at hjælp og støtte ikke er målrettet borgerens individuelle behov.

#### Dokumentation og plan

Dokumentationen af de faglige vurderinger i funktionsevnetilstandene og beskrivelserne af planen for, hvordan besøget skal håndteres/leveres i besøgsplanen, hænger i store dele af dokumentationen ikke sammen. Det betyder, at når det er vurderet, at en borger har brug for hjælp til at få dækket behov for f.eks. at få mad, drikke og blive klædt på, er det ikke beskrevet i besøgsplanen, hvordan borgeren skal hjælpes. Det er i besøgsplanen medarbejderne orienterer sig i forhold til, hvad borgeren skal have hjælp/støtte til og hvordan. Når det ikke er beskrevet, er der en stor risiko for, at borgeren ikke modtager den hjælp/støtte som borgeren har behov for. Når det i funktionsevnetilstande er vurderet, at der er behov borgeren ikke kan få opfyldt pga. funktionsnedsættelser, skal det af besøgsplanen fremgå, hvordan borgeren hjælpes/støttes med udgangspunkt i beskrivelserne af, hvordan den konkrete borger motiveres.

### *Rehabilitering*

Borgers ønsker og mål for pleje og behandling er ikke konsekvent og struktureret vurderet og dokumenteret i funktionsevnetilstandene, og kan derved ikke indgå i tilrettelæggelsen af pleje og behandling ud fra en rehabiliterende tilgang.

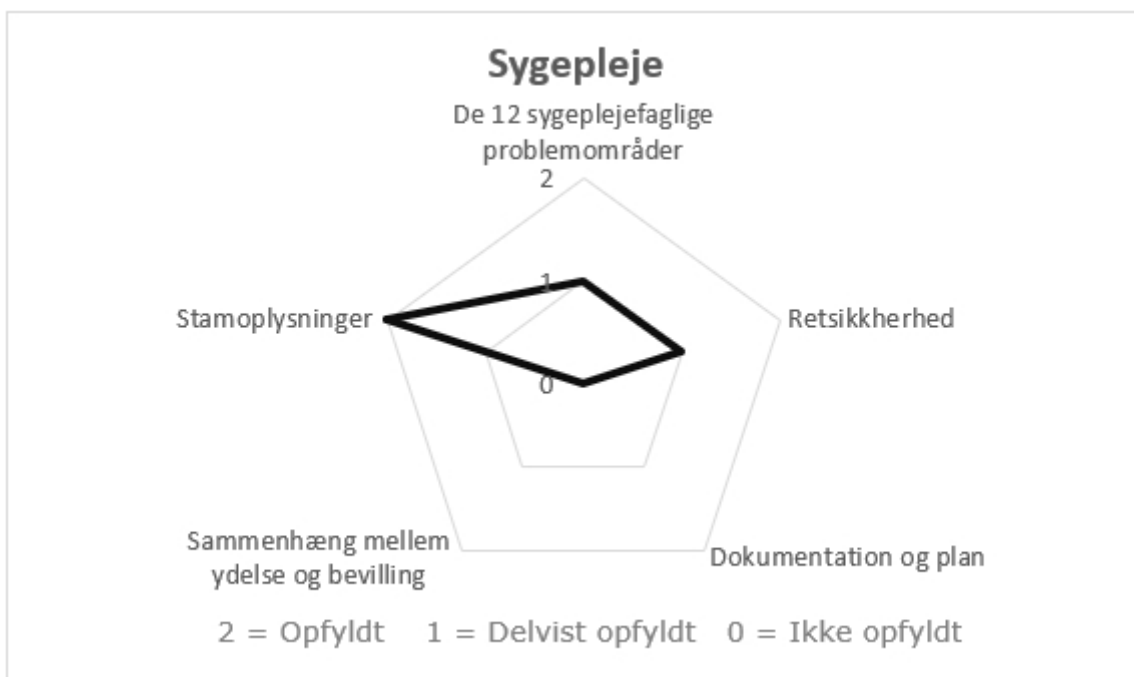
Generelle oplysninger om borgeren og borgerens motivation/mestring, ressourcer og baggrund er sparsomt dokumenterede. De oplysninger, der er, er dokumenteret i funktionsevnetilstandene, hvor det ikke skal beskrives. Når beskrivelserne ikke forefindes de korrekte steder, er der stor risiko for, at det ikke vil blive læst og dermed ikke anvendt i planlægningen og udførelsen af plejen.

### *Sammenhæng mellem bevilling og ydelse*

Når det ikke er tydeligt i funktionsevnetilstandene, hvilke behov borgeren ikke kan få dækket på grund af en funktionsevnenedsættelse, er det heller ikke tydeligt, hvorvidt den plejepakke, der er bevilget, hænger sammen med den ydelse, der leveres, da ydelsen leveres uden struktureret afdækning af borgernes behov.

## Måleområde: Sygepleje

Måleområdet viser tilsynets vurdering af om kravene til sygeplejen er opfyldt og beskriver betydningen for patientsikkerheden. Der er fokus på dokumentationen af borgerens helbred og handleplaner og øvrige data som forudsætning for at levere sygepleje af høj kvalitet.



### Tilsynets overordnede vurdering af Sygepleje

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om brist i den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden for en eller flere borgere, som kræver hurtig/øjeblikkelig handling.

### Baggrund for tilsynets vurdering af Sygepleje

Vurderingen er baseret på dokumentationsgennemgang, interview med borgere og pårørende og dialog med medarbejderne.

Måleområdet indeholder opfyldte, delvist opfyldte og ikke opfyldte målepunkter

#### De 12 sygeplejefaglige problemområder

Helbredstilstandene, hvor den sygeplejefaglige udredning af de 12 sygeplejefaglige problemområder dokumenteres, er ustrukturerede og hænger ikke sammen. Det er på den måde ikke tydeligt, hvordan de helbredsmæssige problemstillinger kommer til udtryk for den enkelte borger eller hvilke helbredsmæssige problemstillinger borgerne har. De behandlingsplaner, der er beskrevet, hænger ikke sammen med den beskrevne problemstilling og mål med behandlingen. Derved er det ikke muligt for medarbejderne at følge op på og evaluere om indsatsen har den forventede effekt. Der er derfor stor risiko for at pleje og behandling udføres, uden viden om, hvad problemstillingen er og hvordan den kommer til udtryk. Og medarbejderne kan ikke vurdere om behandlingen har den forventede effekt i forhold til borgernes helbredsmæssige problemstillinger.

Der er stor variation i forhold til, hvorvidt årsagen til en helbredsmæssig problemstilling er dokumenteret. Det påvirker muligheden for at tilrettelægge pleje og behandling, der retter sig mod årsagen til problemstillingen, samt medarbejdernes mulighed for at vurdere, hvorvidt der er potentielle problemstillinger, der skal forebygges.

Opfølgninger på de helbredsmæssige problemstillinger er sat langt frem i tiden. En forudsætning for at der kan laves en kvalificeret opfølgning er, at problemstillingen er beskrevet på en måde, der gør det muligt at følge op på, om der er ændringer og det skal være tydeligt, hvad målet med indsatsen er.

### *Retssikkerhed*

Der er ikke dokumenteret samtykke til alle ydelser, der leveres efter sundhedsloven, hvilket der er et lovgivningsmæssigt krav om. Der er dog ikke noget, der indikerer, at borgerne modtager pleje og behandling imod deres ønske.

Praksis for dokumentation af samtykke følges ikke konsekvent, således ses dokumentation af samtykke steder, hvor det ikke hører til, og hvor det derved vil være svært at genfinde ved behov. Dertil er dokumenteret samtykke, der ikke længere er gældende, ikke afsluttet, hvilket bidrager til, at dokumentationen kan virke uoverskuelig og irrelevant.

Der er indhentet og dokumenteret et generelt samtykke til, at medarbejderne må tage kontakt til samarbejdspartnere, hvilket er i strid med lovgivningen, hvor det beskrives, at et samtykke altid skal være til en konkret og aktuel handling og ikke til fremtidige endnu ikke aktuelle handlinger.

### *Dokumentation og plan*

Den faglige vurdering og beskrivelse af plan, hænger i mange tilfælde ikke sammen med beskrivelsen af den helbredsmæssige problemstilling, hvilket betyder, at der er beskrevet planer, hvor det ikke er tydeligt, hvilken problemstilling planen skal understøtte eller afhjælpe.

Målsætningen i forhold til, hvad planen skal bidrage til, bliver vanskelig at arbejde med, når de handlinger, der er i værkssat ikke hænger sammen med beskrivelsen af den helbredsmæssige problemstilling og derved er det ikke tydeligt, hvad det egentlig er for et problem, der behandles, plejes og arbejdes med.

Dato for opfølgninger på planer for pleje og behandling af de helbredsmæssige problemstillinger er sat langt ud i fremtiden og det vil også være vanskeligt for medarbejderne at følge op, når det i beskrivelserne af de helbredsmæssige problemstillinger ikke er beskrevet, hvad det er, der skal følges op på.

Der er visiteret ydelser efter sundhedsloven med baggrund i en faglig vurdering og plan, dog er den helbredsmæssige problemstilling, som ydelsen retter sig mod, ikke beskrevet og derved vil det være vanskeligt at vurdere, hvorvidt ydelsen understøtter målet med indsatsen.

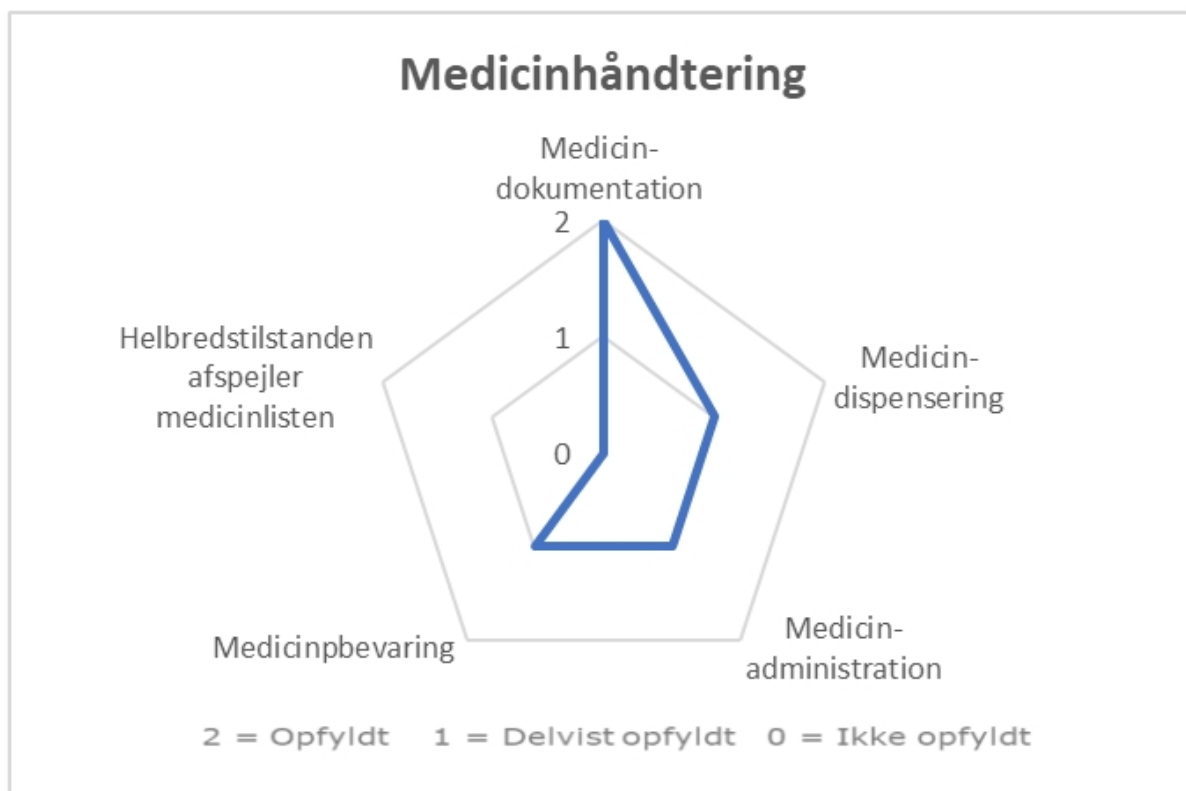
I handlingsanvisningerne, hvor det skal beskrives, hvordan planen skal udføres, er det beskrevet, at handlingen skal udføres, men ikke hvordan, i relation til den konkrete borger og specifikke problemstilling.

### *Sammenhæng mellem bevilling og ydelser*

Da grundlaget for bevillingerne ikke er tydelige og da de helbredsmæssige problemstillinger ikke er beskrevet i sammenhæng med de planer, der er lagt, er der ikke sammenhæng mellem det bevilgede og ydelserne.

## Måleområde: Medicinhåndtering

Måleområdet viser tilsynets vurdering af, hvordan medicin håndteres og betydningen af dette for patientsikkerheden, herunder også sammenhængen mellem den medicin, der er ordineret og beskrivelserne af borgerens helbred og handleplaner.



### Overordnet vurdering af Medicinhåndtering

Der ses forhold, som har betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, uden, der er tale om alvorlige mangler, men forholdene kræver iværksættelse af ændrings-tiltag inden for kort tid.

### Baggrund for vurdering af Medicinhåndtering

Vurderingen er baseret på gennemgang af medicin, kontrol af den dispenserede medicin og gennemgang af ordinationer og dokumentation i CURA.

Måleområdet indeholder opfyldte, delvist opfyldte og ikke opfyldte målepunkter

#### Medicindispensering

Medicinen er doseret korrekt i æskerne og der er visiteret ydelser til medicindispensering. Dog fremgår det ikke af dokumentationen, hvad baggrunden er for, at borgerne ikke selv er i stand til at varetage doseringen af egen medicin. For en borger er det beskrevet, at vedkommende har brug for at få hjælp til at dosere medicinen, som en del af planen for håndtering af smerter i knæ og for en anden er det beskrevet, at vedkommende får doseret sin medicin hver 2. uge, på trods af, at borgeren får dosispakket medicin fra apoteket.

Når medicin som ikke gives fast, men efter behov (PN) doseres i æsker, skal der bl.a. anføres udløbsdato, for at sikre, at borgeren ikke får medicin, der har overskrevet medicinens udløbsdato. For en borger var der dispenseret PN til 14 dage, uden at udløbsdato var anført på æskerne.

#### Medicinadministration

Hvordan ikke – dispenserbar medicin administreres (gives til borgeren) skal fremgå af handlingsanvisningen til medicinadministrationsydelsen. Beskrivelsen skal rettes mod den enkelte borgers behov og håndteringen af det specifikke præparat. I handlingsanvisningerne er det udelukkende beskrevet, at borgeren skal have medicinen, men det er ikke beskrevet, hvordan det sikres, at denne specifikke borger, får det specifikke præparat, hvilket øger risikoen for at medicinen ikke bliver håndteret korrekt i relation til borgeren.

At en borger skal have hjælp til at få den medicin, der er doseret i æske eller poser, skal fremgå af besøgsplanen og det skal fremgå hvordan. Den dokumentation mangler for flere borgere og derved øges risikoen for, at borgeren enten ikke blive tilbudt medicinen, eller at det ikke gives ud fra et konkret kendskab til, hvordan den konkrete borger skal have medicinen og dermed øges risikoen for, at borgeren ikke får sin medicinske behandling.

I dokumentationen hos en af borgerne er det beskrevet, at det er personalet, der skal administrere borgerens medicin. Et andet sted står beskrevet, at borgeren selv gør det – uoverensstemmelser i dokumentationen, øger risikoen for fejl i håndteringen af medicinen.

#### *Medicinopbevaring*

Der findes medicin i hjemmet uden navnelabel og anbrudsdato. Al medicin skal være anført med borgerens navn, for at sikre, at medicinen ikke forveksles med andres medicin og for at kunne sammenholde medicinen med lægens ordination. Der skal anføres anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter anbrud, for at sikre, at borgeren ikke får medicin, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet.

Der findes medicin som borgere ikke længere får sammen med borgerens aktuelle medicin. Aktuel og ikke-aktuel medicin skal opbevares adskilt, for at minimere risikoen for at komme til at dosere medicin, som borgeren ikke længere skal have. Når aktuel og ikke-aktuel medicin er blandet sammen, øges risikoen altså for, at borgeren får dispenseret forkert medicin.

#### *Helbredstilstande afspejler medicinlisten*

Når den medicinske behandling skal fremgå af dokumentationen i helbredstilstandene, er det fordi den medicinske behandling er en del af den faglige vurdering og plan til pleje og behandling af de helbredsmæssige problemstillinger borgeren har. Og når der skal følges op på, om en plan har den forventede effekt i forhold til pleje og behandling af den helbredsmæssige problemstilling, er det relevant at vide, om borgeren er i medicinsk behandling, hvilken læge, der har behandlingsansvaret i forhold til den medicinske behandling og hvilke bivirkninger medarbejderne skal være opmærksomme på. Der er flere præparater, der slet ikke fremgår af dokumentationen og der er store dele af dokumentationen, hvor det medicinske præparat er skrevet ind som en del af planen, men det er ikke beskrevet, hvilken helbredsmæssig problemstilling borgeren får medicinen imod og det er derfor ikke muligt for medarbejderne at følge op på, om behandlingen har den forventede effekt.

Der er en gruppe af medicinske præparater, som udgør en særlig risiko i forbindelse med håndteringen af disse præparater og hvor der er særlige krav til dokumentationen, for at sikre en sikker håndtering. For de borgere, hvor de fik et af disse risikosituationslægemidler, fremgik det ikke af dokumentationen, at der var tale om et risikosituationslægemiddel eller hvilke forholdsregler medarbejderne skulle tage i forbindelse med håndtering af præparater og/eller hvordan borgeren skulle observeres.



### **Interview/dialog med borgere og pårørende**

Nogle pårørende giver udtryk for, at hvis der er noget de er utilfredse med eller utrygge ved, så har der været en god dialog med hjemmeplejen, hvor der er fundet en løsning, som de er trygge ved.

En pårørende udtrykker manglende tillid til, at hendes mor modtager den hjælp hun egentlig har behov for og om hun modtager de besøg, der er planlagt. Hun er utryg ved, om medicinen vil blive givet på korrekt indikation og om de hjælpere, der kommer i hjemmet, har de rette kompetencer til at vurdere det. Den pårørende undrer sig over, hvorfor den mad, der bliver tilberedt, ikke bliver serveret, den bliver stillet i køleskabet og ifølge den pårørende, bliver maden, så ikke spist. Borgeren selv fortæller, at det er hende selv, der beder om at få sat maden i køleskabet.

### **Opfølgning på seneste tilsyn og eventuelle øvrige fund**

I 2022 blev der gennemført to tilsyn i Hjemmeplejen Vest, første tilsyn var i april 2022. Andet tilsyn, var et opfølgende tilsyn med fokus medicin håndtering, da den samlede medicin håndtering blev vurderet til i større udstrækning ikke at leve op til gældende krav og der var forhold med betydning for patientsikkerheden. Det opfølgende tilsyn blev gennemført i december 2022.

I forbindelse med tilsynet i april 2022, var anbefalingerne:

1. Sikre arbejdsgange, der understøtter sikker medicin håndtering.
2. Identifikation og dokumentation af borgers mestring, motivation og ressourcer, for at kunne tilrettelægge plejen under hensyntagen til borgers ønsker og behov.

Efter det opfølgende tilsyn i december 2022, hvor tilsynet udelukkende havde fokus på Medicin håndtering, var anbefalingerne:

1. Sikre arbejdsgange, der bidrager til sikker medicin håndtering.
2. Arbejde med korrekt dokumentation, som understøtter sikker medicin håndtering

Det arbejde der er iværksat siden det seneste tilsyn med at sikre arbejdsgange for medicin håndtering og dokumentation, der understøtter sikker medicin håndtering, har ikke bidraget til det tilsigtede kvalitetsløft. Og det har ikke bidraget til et løft af kvaliteten af den samlede dokumentation.

Der kan være mange årsager hertil, bl.a. vanskeligheder med fastholdelse af medarbejdere og rekruttering af nye medarbejdere, med de fornødne faglige kompetencer.

Det er tilsynets vurdering, at arbejdet med korrekt dokumentation, som understøtter sikker medicin håndtering ikke har ført til, at det faglige niveau er blevet løftet – den enkelte social – og sundhedsassistent står med for stor en opgave, både med hensyn til mængden af opgaver, men også i den sygeplejefaglige kompleksitet, som social – og sundhedsassistenterne fagligt ikke er i stand til at løfte.

På baggrund af tilsynsresultatet har hjemmeplejen udarbejdet en handleplan for, hvordan der vil blive arbejdet med at sikre, at borgerne får den hjælp eller støtte til personlig pleje eller praktisk hjælp og pleje eller behandling, samt hvordan der sikres hvordan eller hvornår der sker en systematisk vurdering af borgernes behov for hjælp eller støtte på baggrund af, en vurdering af funktionsnedsættelser, der medfører, at der er grundlæggende behov, som borgeren ikke selv er i stand til at dække.

Det er tilsynets vurdering, at der både skal arbejdes med medarbejdernes faglige – og organisatoriske kompetencer, hvor fokus ikke blot skal være på hjemmeplejen vest og de enkelte medarbejdere, men på den samlede hjemmepleje og samarbejdet på tværs af grupper og faggrupper, hvis det skal være muligt at løfte det faglige niveau til et acceptabelt niveau.

## Baggrund og oplysninger om tilsynet

Tilsynet er udført d. 08.11.2023 af

- Sine Pedersen, Sundhedsfaglig konsulent
- Rikke Stenholt Røpke, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent

## Ved dialog og dokumentationsgennemgang deltog

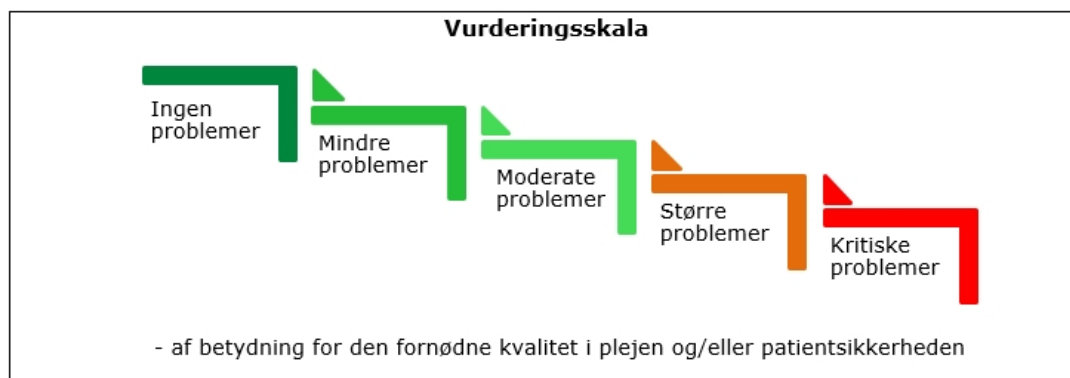
- Nancy Buch Olsen, Daglig leder
- Udviklingssygeplejerske
- Tre medarbejdere

## Om tilsynskonceptet

Tilsynet består af i alt 15 målepunkter, der er inddelt i tre fokusområder. Område ét omhandler *pleje og praktisk hjælp* efter serviceloven. Her vurderes fund i relation til deres betydning for kvaliteten i plejen. Område to og tre omhandler *sygepleje og medicin håndtering*. Her vurderes fund i relation til en eventuel risiko for patientsikkerheden.

For hvert målepunkt vurderes om det er *opfyldt*, *delvist opfyldt* eller *ikke opfyldt* ud fra en helhedsvurdering af flere elementer, baseret på interviews, dokumentation og observationer. Hvert element kan have større eller mindre betydning for patientsikkerheden/kvaliteten.

På baggrund af de 15 målepunkter tildeles enheden en kategori på nedenstående fem-trinsskala. Tilsyn i kategorierne *Større problemer* eller *kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet i plejen og/eller patientsikkerheden* vil blive fulgt op af et reaktivt tilsyn.



## Tilsynets metode

Tilsynet er foretaget ved stikprøver og skal ses som et øjebliksbillede. Tilsynet består af:

1. Individuelt interview og dialog samt observation og gennemgang af medicin hos de 2 borgere, udvalgt af enheden samt interview evt. via telefon med pårørende.
2. Dialog og interview med medarbejdere og ledelsen.
3. Dokumentationsgennemgang med medarbejdere og evt. ledelse, med afsæt i de 2 borgere, som er udvalgt af enheden.
4. Tilsynet foretager selvstændigt dokumentationsgennemgang på yderligere 2 borgere i dagene efter tilsynet. Borgerne har fundet ved stikprøvekontrol
5. Afsluttende dialogmøde d. 17.11.2023 med ledelse og medarbejdere om fund og læring

## Baggrund for det uanmeldte kommunale tilsyn

Kommunerne har efter Lov om Social Service (SEL) § 151 pligt til at foretage uanmeldte tilsyn mindst en gang om året på plejecentre, i hjemmeplejen og hos private leverandører. Tilsynet skal sikre at personlig pleje, praktisk hjælp og madlavning samt rehabilitering og genoptræning (SEL §§ 83, 83a og 86) lever op til Byrådets bestemmelser.

Tilsynet i Høje-Taastrup kommune er desuden suppleret med et fokus på sygepleje og medicin håndtering (Sundhedsloven §§ 138 og 139).

Tilsynet har et todelt formål:

1. At undersøge om opgaverne lever op til lovgivning, serviceniveau og bevilling.
2. At bidrage til udvikling og læring ved at fokusere på styrker og udviklingspotentiale.