

# **Tilsynsrapport Hjemmesygeplejen Greve**

**Center for Sundhed & Pleje  
2020**

# Formål

Hovedformålet med at udføre tilsyn er at sikre, at opgaverne løses til borgerens bedste og i overensstemmelse med såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Tilsynene udføres med sigte på læring og refleksion for at medvirke til at skabe langsigtede forbedringer for borgerne.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

# Forord

Det uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med Tilsynsprocedurens krav. Målepunkterne er baseret på de krav Styrelsen for Patientsikkerhed stiller til kvaliteten i kommuner, og tilsynsrapporten er opbygget med sigte på læring og organisationsudvikling.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder deltagere, tidspunkt og antallet af borgere og medarbejdere, der er indgået i tilsynet.

Det samlede tilsynsresultat ses herefter i en oversigt, som efterfølgende bliver uddybet med, hvilke styrker og udfordringer, der er konstateret ved tilsynet samt tilsynets anbefalinger.

Sidste del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og ved gennemgang af dokumentation. Det er et omfattende materiale med konkrete oplysninger, som kan anvendes i det videre udviklingsarbejde.

De nærmere begrundelser bag vurderingsprincipper er beskrevet i proceduren for uanmeldte kommunale tilsyn i Greve Kommune.

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

# Fakta om tilsynet

## Leverandørens navn og adresse

Greve kommunes hjemmesygepleje  
Karlsunde Parkvej 27-35  
2690 Karlsunde

## Leder

Jeanette Buhl-Madsen

## Dato og tidspunkt for tilsynet

26. november 2020

## Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

## Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med visiterede sundhedslovs indsatser.

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, arbejdsgange samt kompetence-skemaer.
- Interview: 2 medarbejdere samt leder af sygeplejen.
- Observation: Medicindosering hos to borgere, observation af to hjemmesygeplejerskers udførelse af indsatsen i borgers hjem, samvær mellem medarbejder og borger og medarbejderadfærd i borgers hjem.

Tilsynet er gennemført over 2 hverdage, hvoraf én gik med journalgennemgang og én dag med tilsyn ved fysisk fremmøde hos borger og i hjemmesygeplejens lokaler på Karlsunde Parkvej 27-35.

Hjemmesygeplejen i Greve har 1106 borgere tilknyttet med indsatser efter Sundhedsloven § 138, heraf er der 465 borgere der har kontinuerligt aktive indsatser. Det er disse borgere, der har indgået i tilsynet.

De øvrige 641 borgere har udelukkende indsatserne opmåling af kompressionsstrømper eller opfølgning hos borgerne. Disse borgere har ikke indgået i tilsynet.

## Tilsynspersoner

1

Anne-Mette Sohnesen Møss

2

Miriam Ekström

# Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Hjemmesygeplejen:

## Godkendt med få bemærkninger

### Kategorier

#### Godkendt

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.

#### Godkendt med få bemærkninger

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er ikke konstateret betydelige mangler i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende.

#### Godkendt med mangler

Dette betyder, at der er i et eller flere målområder er betydelige mangler i den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

#### Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

# Opsummering af styrker og forbedringsområder

I skemaer herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret er til stede. For det andet beskrives det på temaniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

## Styrker

Under besøgene hos borgerne, blev sygeplejerskerne oplevet meget imødekommende samt fagligt kompetente i forhold til udførelsen af sygeplejeopgaverne.

Tilsynet oplever, at medarbejderen har et rigtig godt helhedssyn på borger. Der var god og respektfuld kontakt og kommunikation mellem borger og sygeplejerske, og kommunikation tilpasses rigtig fint borgers niveau.

De hygiejniske principper, herunder også brug af værnemidler, i forbindelse med udførelsen af besøg i borgers hjem blev opfyldt.

Under fællesinterview med 2 medarbejdere, oplevede tilsynet medarbejderne som fagligt kompetente. Det fremgik dog, at der ikke er så indgående kendskab til de konkrete procedurer og arbejds-gange i Greve kommune.

Tilsynet oplever, at leder har styr på og har udarbejdet personlige kompetenceskemaer på alle medarbejdere.

Leder kan klart redegøre for, og der er lavet kompetencebeskrivelser for de forskellige faggrupper og for arbejdsgang for overdragelse af opgaver.

Tilsynet oplever, at der er rigtig god styr på håndtering af medicin, men at der er forbedringspotentiale i forhold til dokumentation af medicin-indsatsen.

Persondata sikres fint, ingen bemærkninger.

## Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Tilsynet anbefaler, at der arbejdes med "Borgers retstilling", da der ikke er taget stilling til dette i en del journaler jf. "Arbejdsgang for dokumentation i Nexus - drift".

Hos nogle borgere ses det, at indsatser er afsluttede hos borgeren, men myndigheden er ikke orienteret.

Flere steder ses det, at handlingsanvisningen på overdragede indsatser ikke er lavet. Det er derfor uklart hvordan opgaven skal udføres, hvem opgaven er overdraget til og hvornår der er opfølgningen på opgaven fra sygeplejen.

Det er uklart, hvor information om behandlingsansvarlig læge skal noteres. Det anbefales at der kommer en arbejdsgang på dette, som følges af både myndighed og sygeplejen.

Den sygeplejefaglige udredning (relevant og opdateret dokumentation af helbredstilstande) mangler hos mange borgere og der ses mangler i udfyldelsen af helbredsoplysninger under generelle oplysninger.

Det observeres, at der i flere journaler mangler opfølgning på dokumenterede problematikker hos borgerne.

Hos nogle borgere ses det, at der er visiteret en indsats til, at der skal laves sundhedsfaglig udredning, men det er ikke udført.

Der er mange skemaer i Nexus, der mangler relationer, hvilket gør at dokumentation "forsvinder" og det ikke er muligt at finde den råde tråd. Man bør overveje om man systemmæssigt kan sikre oprettelse af relationer bedre, idet der er en meget stor risiko for at dokumentation "forsvinder", hvis man ikke til en hver tid er skarp på at få relateret. Det opleves, at der er mange faldgruber i denne arbejdsgang.

Det anbefales at det i organisationen afklares om overdragelse af sundhedslovsindsatser kan ske til en hjemmeplejeleverandør eller om overdragelsen skal ske til en bestemt faggruppe (SSA eller/og SSH).

Det anbefales, at der udarbejdes en sikker arbejdsgang for medicinadministration, så det til enhver tid er nemt at se, hvornår en given medicin er givet.

# Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelte området i tilsynet

| Sundhedsloven - Tilsystema  |                              |
|---|------------------------------|
| <b>Fagligt fokus</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Særligt sygdomme, fx diabetes og skizofreni</li><li>- Den sundhedsfaglige dokumentation</li><li>- Beskrivelse af borgerens helbredstilstande</li><li>- Behov for information og undervisning</li><li>- Fravalg af livsforlængende behandling</li></ul> | Godkendt med mangler         |
| <b>Hygiejne</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Krav til den skriftlig instruks for hygiejne</li><li>- Personalet kender og anvender de hygiejniske principper.</li><li>- Forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme</li></ul>   | Godkendt                     |
| <b>Medicin håndtering</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Medicinordination</li><li>- Medicindosering</li><li>- Medicinadministration</li><li>- Medicinopbevaring</li></ul>   | Godkendt med få bemærkninger |
| <b>Organisering</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer</li><li>- Brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.</li></ul>    | Godkendt                     |
| <b>Borgers retstilling</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Det fremgår om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke.</li><li>- Der er indhentet informeret samtykke når relevant.</li></ul>  | Godkendt med mangler         |

# Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer:

|   |
|---|
| <b>Fagligt fokus</b>  |
| <p>Fagligt fokus handler meget om hvorvidt dokumentationen på borgerens relevante problemstillinger er beskrevet, så der er en rød tråd og det er overskueligt at orienterer sig i borgerens sag.</p> <p>Generelt er der mangler her og det konstateres, at arbejdsgangene og FS3 metoden for dokumentation ikke følges konsekvent.</p> <p>Der er indenfor dette fokusområde også fokus på, om de 12 sygeplejefaglige problemområder er udfyldt relevant og det er de i mange tilfælde ikke.</p>  |
| <b>Hygiejne</b>   |
| <p>Medarbejderne kunne gøre rede for gældende procedure og benyttede relevante værnemidler ved besøget i borgeren hjem</p>  |
| <b>Medicinhåndtering</b>  |
| <p>Håndteringen af medicindoseringen hos borgeren er godkendt.</p> <p>Men dokumentationen af medicinhåndteringen er ikke tilstrækkelig.</p> <p>Det ses mangler i mindst 15 af de gennemgåede journaler.</p> <p>Hos én borger gives injektion Vibeden, men det står ikke i det fælles medicinkort og der er heller ingen registrering i journalen af om det er givet eller ej.</p> <p>Hos én anden borger stemmer ordination, bestilling og planlægning af indsats til medicin ikke. Der er ikke sammenhæng i det som er dokumenteret.</p> <p>En borger får pn Fragmin i forbindelse med INR-måling, men det er uklart hvornår borger har fået det.</p> <p>Dette er et lille udsnit af de eksempler vi har observeret.</p> <p>Hos flere borgere er der ikke noteret, hvem der er medicinansvarlig.</p> <p>Det er ikke fastlagt hvem der skal tage initiativ til, at der laves medicingennemgang med faste intervaller.</p> |
| <b>Organisering</b>   |
| <p>Der foreligger kompetenceskemaer for alle sygeplejersker.</p> <p>Medarbejderne er trygge ved at sige til og fra ved opgaver de skal udføre.</p> <p>Der opleves at være gode muligheder for oplæring og kompetenceudvikling.</p>  |



Sygeplejerskerne kender til rammedelegering og efterspørger flere indsatser, hvor det kan være en mulighed.

Sygeplejerskerne oplyser, at de ikke ved, hvor de finder proceduren for overdragelse af opgaver, men de har nogle kort, hvor der står hvilken dokumentation der skal være til stede ved overdragelse og de er klar over hvilke opgaver og hvornår opgaver kan overdrages.

### **Borgers retstilling**

Hos 6 borgere er der ikke udfyldt samtykkeerklæring

Hos 5 borgere er der ved kontakt til lægen ikke dokumenteret at borgeren har givet informeret samtykke til denne kontakt.

### **Øvrige fund**

Ved besøg hos den ene borger er Marevan-dosis ikke tilgængelig.

Sygeplejerske hos egen læge har ikke givet besked til hjemmesygeplejen efter måling og det informeres telefonisk (der var ikke plads på det orange kort i hjemmet). Der er ikke givet en ny tid af sygeplejerske hos egen læge og hjemmesygeplejen må bede om en ny tid.

Et præparat kan ikke findes i hjemmet ved medicindosering hos samme borger og det blev derfor ikke doseret. Borger havde ikke afhentet på apoteket efter aftalen og apoteket sendte det derfor retur til Havdrup apotek. Der er leveret anden medicin til hjemmet forleden dag, men apoteket vidste ikke at præparatet skulle medsendes. Medicinen bestilles igen telefonisk til levering i hjemmet og medicinen efterdoseres ved senere besøg.

Sygeplejen oplever indimellem, at enkelte læger ikke oplyser relevante helbredsoplysninger om borgeren ved opstart af behandling, medmindre der ansøges om og betales for disse lægeoplysninger.

# Vurderingsprincipper

De 6 overordnede måleområder har 11 temaer, der hver har 5-15 indikatorer. Stikprøvestørrelsen afhænger af antallet af borgere som der leveres ydelser til, samt om tilsynspersonerne har adgang til kvalitetsvurderinger eller ikke.

Tilsynet gennemføres som en kombination af flere auditmetoder.

Der foretages vurderinger på 4 niveauer:

- Niveau 1: Den enkelte stikprøve
- Niveau 2: Den enkelte indikator
- Niveau 3: Det enkelte tema
- Niveau 4: Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. På alle niveauer baseres vurderingen på lovgivningen. Vurderingsprincipperne gennemgås nedenfor.

## OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 1: VURDERING AF DEN ENKELTE STIKPRØVE

Der er indsat vejledende tjekpunkter under den enkelte indikator i rapporten. Tjekpunkterne tilpasses efter forholdene under tilsynsbesøget, således at indikatorerne bliver bedst muligt belyst. Kvalitative data: Positive og negative fund indskrives under "Beskrivelse", så vidt mulig med uddybende oplysninger til brug for det videre udviklingsarbejde.

Kvantitative data: Den enkelte stikprøve vurderes som Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Ud fra antallet af relevante beregnes % af mulige point. Point tildeles efter følgende kriterier: Der gives 1 point, hvis indikatoren er vurderet Opfyldt, ½ point ved Delvist Opfyldt, 0 point ved Ikke Opfyldt. Enkelte forhold indvirker på den kvantitative beregning, herunder

a. Antallet af borgere, der indgår i tilsynet er som ovenfor beskrevet 20 borgere. I forhold til det enkelte målepunkt, kan antallet af relevante være mindre end 20, idet nogle borgere ikke modtager en ydelse, ikke kan deltage i interview, at indikatoren ikke er relevant for borgeren samt lignende vilkår.

b. Et enkelt fund kan være fuld dokumentation for, at eksempelvis en instruks for en delegeret opgave foreligger. I så tilfælde markeres med Opfyldt. Såfremt der er mangler, markeres med Delvist Opfyldt, og såfremt der er betydelige mangler eller instruksen ikke foreligger markeres med Ikke Opfyldt.

c. For enkelte indikatorer er opfyldelsesprocenten angivet samlet for stikprøverne.

#### OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATOR

Indikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvis Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Indikatoropfyldelsen vurderes på baggrund af beskrivelserne af de positive og negative fund i stikprøverne samt den kvantitative målopfyldelse. En kvantitativ målopfyldelse på over 75% giver mulighed for at indikatoren kan vurderes som Helt Opfyldt.

Analysen af de kvalitative fund er afgørende, idet få negative fund kan have betydning for borgerens helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er "Delvist Opfyldt" eller måske "Ikke Opfyldt", selvom de kvantitative data viser målopfyldelse på over 75%.

Begrundelsen vil i så fald fremgå af rapporten.

Alvorlige fejl og mangler indebærer alvorlige konsekvenser for borgeren. Det omhandler forhold, hvor der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og de tildelte eller leverede ydelser eller der eksempelvis konstateres sundhedsskadelige hygiejniske forhold i hjemmet med alvorlig risiko for borgerens helbred.

Det kan tillige omhandle forhold hvor kvaliteten i den personlige pleje medfører risiko for borgerens helbred eller hvor borgeren er udsat for dokumenterbare alvorlige krænkelse i forhold til personlige grænser.

#### OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 3: VURDERING AF DET ENKELTE MÅL

Målopfyldelsen vurderes på baggrund af resultaterne fra de enkelte indikatorer sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

#### OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 4: DET SAMLEDE TILSYNSRESULTAT

Det endelige tilsynsresultat vurderes på baggrund af resultaterne fra de 6 målområder sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.