

**Tilsynsrapport**  
**Tune**  
**hjemmepleje**  
Center for Sundhed & Pleje  
2019

# 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 Fakta 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

Tune hjemmepleje

## Leder

Lene Tellstrøm

## Dato og tidspunkt for tilsynet

4. oktober 2019

## Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

## Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,  
Data kan være indsamlet via:

Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, informationsbreve til borgerne, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.

D. 2.oktober 2019 er der 249 borgere, der modtager hjemmehjælp og overleverede Sundhedslovsydelser i Tune hjemmepleje. Der er lavet jorunalgennemgang på 6 %, hvilket svarer til journalgennemgang af 15 journaler.

Interview: 2 borgere, som alle har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere samt stedfortræder for Digegruppen, der hører under Tune hjemmepleje og stedfortræder for Tune hjemmepleje

Observation: Borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag. 0 besøg er udført i aftenvagten.

## Tilsynspersoner

- 1 LLH
- 2 MIE
- 3

# Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Tune hjemmepleje:

## Godkendt med mangler

### 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

Der er generelt god stemning hos leverandøren blandt personalet. De er meget opmærksomme på hinanden og ringer til hinanden i løbet af dagen, for at hjælpe hinanden med at komme rundt og hjælpe alle borgerne. Personalet opleves, at være meget opmærksomme på borgerne og deres særlig behov, vaner og levevis. Personalet er gode til at rose hinanden og bruge hinanden som sparringspartnere ved tvivl eller manglende kendskab til en borger.

Personalet oplever, at det er meget givende at arbejdsgange og lignende gennemgås på ugentlige møder samt at der planlægges undervisning. Specifikt kan nævnes, at personale og ledelse oplever det, som meget positivt, at alle samarbejdspartnere i Center for sundhed og pleje deltager i Kompetenceløft på demensområdet i foråret 2019.

Personalet oplever, at der er god mulighed for udvikling via kompetenceplaner og der har i udpræget grad været stort udbytte af den undervisning som den kommunale læge har gennemført hos leverandøren. Leverandøren oplyser, at de har haft god gavn af sparring med den kommunale læge i dagligdagen. Det fremgår af skema på en dør på kontoret, at der er stor fokus på sygefraværet. Der er registrering af det procentvise fravær over en måned.

Der er tavler rundt på kontoret, hvor der er registreret, hvad der er vigtigt personalet gennemgår i journalen hver dag, for at sikre at nye oplysninger omkring borgeren ikke overses.

## Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

På tilsynet oplyses det, at de interne journalaudits ikke er gennemført de sidste to måneder på grund af travlhed hen over sommeren.

På tilsynet observeres det, at dele af de visiterede indsatser ikke bliver leveret til borgeren, da borgeren nogle dage selv klarer opgaverne. Der er behov for ensartet praksis for dokumentation, når en indsats ikke bliver leveret.

Det anbefales på tilsynet, at medarbejderen orienterer sig i information om borgeren fra myndighedens side, så helhedsindsatsen omkring borgeren har en rød tråd.

Tilsynet anbefaler, at leverandøren arbejder mere målrettet med indsatsmål, udfyldelses af Generelle oplysninger, .Observationer og at relatere skemaer til indsatser/tilstande.

Det anbefales i øvrigt, at personalet bliver undervist i hvilke procedure og arbejdsgange samt faglige metoder de kan finde informationer om på "Vores Greve".

Det anbefales, at der arbejdes mere målrettet og systematisk med dokumentation af vaner og ønsker generelt set samt dokumentation af ønsker for livets afslutning.

#### ANDRE OPLYSNINGER:

Det oplyses under lederinterview, at det er svært at få fat i systemadministrationen og at medarbejdere i flere tilfælde går flere dage uden at kunne komme ind og dokumentere i systemet under deres eget navn. Det oplyses endvidere, at det opleves problematisk, at medarbejderne selv skal kunne optage videoer af systemproblemer og sende til IT.

Det oplyses fra både borger, medarbejdere og ledelse, at ventetiden på hjælpemidler, der enten søges om, har behov for udskiftning eller reparation er meget lang, hvilket i nogle tilfælde kan skabe farlige situationer for borgerne, idet de benytter hjælpemidler, som er gået i stykker.

Mange medarbejdere hos leverandøren arbejder efter overordnet ledelsesmæssig beslutning udelukkende på tablet.

Tilsynet anbefaler, at opsætningen på Nexus mobile ændres, så det er muligt at se bl.a. samlet faglig vurdering og udredning. Det vil give medarbejderne flere oplysninger om borgeren, som er relevante for levering af de visiterede indsatser hos borgeren.

Fra en medarbejder oplyses det, at der ikke er tid i dagligdagen til at orientere sig i arbejdsgange, procedure og Nexus vedrørende forhold, der gør sig gældende for den enkelte borger.

Fra en borger oplyses det, at personalet generelt har travlt og er presset på tid. Medarbejderen i hjemmet signalerede ikke at have travlt.

# Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

Lov om social service - Tilsynsystema	
<b>Aktiviteter og rehabilitering</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83</li><li>• Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86</li><li>• Tilbud om aktiviteter til borgere</li></ul>	Kritisable forhold
<b>Målgrupper og metoder</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug.</li><li>• Forebyggelse af magtanvendelse</li><li>• Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand</li><li>• Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere</li></ul>	Godkendt med mangler
<b>Organisation, ledelse og kompetencer</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Plejeenhedens organisering samt ansvars og kompetenceforhold</li></ul>	Godkendt med få bemærkninger
<b>Procedurer og dokumentation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Plejeenhedens dokumentationspraksis</li></ul>	Kritisable forhold

<b>Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet</li><li>• Pleje af borgere ved livets afslutning</li></ul>	Godkendt med mangler
<b>Trivsel og relationer</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Borgernes trivsel og relationer</li></ul>	Godkendt med få bemærkninger
<b>Delegeret sygepleje</b>	Godkendt med mangler



# Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer:

## Aktiviteter og rehabilitering

Leverandøren arbejder ikke med indsatsmål endnu.

Der er hos 1 borger et rehab forløb fra april, som der ikke er dokumenteret nogen planer eller mål for, der er fra visitationen bedt om svar for 1 måned siden og der er ikke kommet svar. Besøgene er i kalender men ingen dokumentation. Der er ingenting dokumenteret om RH hjælpen - kun da den afsluttes til varigt hjælp, som oplyses om i Samlet Faglig Vurdering fra myndighedens side, ingen andre steder. Der er ingen handleplaner, døgnrytmeplaner, .observationer eller andet.

Der er behov for, at der bliver kigget på, hvad der noteres i .observation. Der er f.eks. oplysninger om, at borger skal på posthus, at borgen har klaret sig som vanligt osv.

.observationer bliver ikke holdt åbne, så flere kan notere i samme skema om samme problematik.

.observationer bliver ikke relateret til tilstandene jf. arbejdsgangene.

På flere borgere ligger der to eller flere aktive døgnrytmeplan - aften.

Hos én borger er der i over én måned ingen observationer eller notater dokumenteret. Borgeren modtager daglig hjælp flere gange.

Der mangler generelt en rød tråd i de problemer, der beskrives omkring borgeren: identifikation af problem – handlinger - opfølgning.

Hos nogle borgere mangler der døgnrytmeplaner.

.observation benyttes til interne beskeder mellem vagtlag. Det skal ikke foregå i en .observation.

Ledelsen kan redegøre for, at forløbene bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret, men der bliver konsekvent ikke arbejdet med målfastsættelse for ydelser efter SEL § 83 og 86. Medarbejderne kan ikke tilgå de mål myndigheden har sat for indsatserne på deres tablet.

Der bliver ikke arbejdet aktivt med borgerens egne mål.

Medarbejderne arbejder ikke dokumentationsmæssigt ud fra mål, heller ikke de mål, der bliver sat i forbindelse med visitationen af indsatserne.

Medarbejderne kan ikke se myndighedens formål/mål med hjælpen på Nexus mobile.

Medarbejderne kender til borgerens ønsker og behov, men det bliver ikke noteret systematisk i journalen

I en journal er en handlingsanvisning omkring mad og ernæring er ikke fulgt op i 1½ måned. På samme borger er der ikke en handlingsanvisning omkring urininkontinens eller dokumenteret, hvilke tiltag der er omkring borgeren i relation til dette. Selvom det er relevant hos borgeren.

Hos en borger er noteret lavt BMI, under 20, men der er ingen tiltag i forhold til dette.

Der bliver i en .observation henvist til en handleplan der skal følges i relation til sårpleje. Handleplanen er ikke oprettet.

Generelle oplysninger bliver konsekvent ikke benyttet/opdateret.

Hos en borger mangler der tydelighed og en plan for borgerens udfordringer omkring indtag af mad.

Der mangler opfølgning på mange af de problematikker der noteres i .observationer. Der er i mange tilfælde dokumenteret i .observation, men ikke fulgt op på det der står.

Der er i flere journaler oprettet 2-4 .observation for hver "emne" som der følges op på – dvs. arbejdsgang om, at man ikke låser skema, men følger skemaet uden at låse, bliver ikke overholdt og gør at dokumentationen er uoverskuelig.

Der bliver dagligt og systematisk arbejdet med tidlig opsoring, triage og TOBS

Medarbejderne bruger hinanden til at reflektere over de forløb, de har hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug, men de kender ikke til specifikke metoder og arbejdsgange.

Medarbejderne kender ikke til specifikke metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse

## **Organisation, ledelse og kompetencer**

Der bliver givet udtryk for, at der ved mange ændringer i indsatser, bliver nedsat overblik i planlægningsdelen i Nexus. Det øger risikoen for, at ny-visiteringer på borgere drukner i mængden. Der er et ønske om at der ved fremtidige ændringer i mange indsatser på sammen tid, bliver givet besked på forhånd til leverandørerne, som bliver berørte.

Medarbejderen har via tablet ikke adgang til samlet faglig vurdering, plejeforløbs plan eller udskrivningsrapport. Informationer i overgang fra sygehus til kommune risikerer dermed ikke at nå ud til borgeren. Det drøftes på morgenmøde dagligt, hvem der udskrives fra sygehuset, men information om forhold i overgangen har medarbejderen ikke adgang til.

## **Procedurer og dokumentation**

Afvisninger i indsatser og i forhold til borgerens stabile situation er flere steder beskrevet, men der mangler opfølgning på en del observationer/oplysninger.

Hos en borger er beskrevet følgende: "JP har vaskeordning, men vil ikke benytte sig af dette, da han hellere vil spare pengene". Myndigheden er ikke orienteret om, at denne skal lukkes.

Indsatsmål er generelt ikke udfyldt jf. arbejdsgangene.

Generelle oplysninger er ikke udfyldt af leverandøren af hjemmepleje.

Der er flere tilfælde hvor der ingen døgnrytme planer eller anden dokumentation er på borger.

Arbejdsgangene for dokumentation i driften er først kommet i midten af juni og er først ved at blive implementeret nu grundet sommer-travlhed.

Arbejdsgang for dokumentation i driften i Greve kommune er ved at blive implementeret, men der arbejdes konsekvent ikke med implementering af brug af indsatsmål samt relation af skemaer til indsatser/tilstande.

Ved interview med ledelse fremgår det at Nexus og FS3 metoden er stadig ny og det kan være svært at se sammenhængen i, hvor man skal dokumentere hvad og hvad der skal relateres til hvad.

## **Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død**

Generelle oplysninger, hvor vaner har sit eget felt er ikke udfyldt, men der kan findes nogle oplysninger i døgnrytme omkring vaner og ønsker.

Der står i flere tilfælde lidt om hvad borger plejer, men ingen steder er ordene "ønsker og vaner" dokumenteret. Den individuelle snak om vaner og ønsker er ikke dokumenteret.

Oplyser at det hovedsageligt er sosu assistenterne der tager snakken med borger om livets afslutning. I denne proces mangler de en synlig palliativ sygeplejerske som er opsøgende og koordinerende ift. palliativ pleje til borgere.

Leverandøren kontakter sygeplejersken, når der er behov for palliativ pleje, så de får vejledning i palliativ pleje til den specifikke borger.

## **Trivsel og relationer**

Hos enkelte borgere er der ingen informationer omkring samarbejdet eller kontakten med de pårørende.

## Delegeret sygepleje

På én borger ligger der to aktive handleplaner på øjendryp.

Der er hos en borger dokumenteret i juni, at der er mundsvamp og sygeplejerske vil følge op dagen efter. Det kan ikke ses, at det er gjort og ej heller, at der er dokumenteret siden.

Hos en borger har der gennem flere dage været fejl i medicingivningen. Der er oprettet en .observation på det hver gang det er sket. Det mindsker overskueligheden, at der ligger så mange .observationer om samme emne.

Der er flere borgere, hvor der mangler handleanvisninger på overleverede indsatser. Arbejdsgangen er, at hjemmeplejen ikke må overtage en overleveret opgaven, uden at sygeplejen har oprettet og udfyldt en handlingsanvisning.

Der ligger flere handlingsanvisninger om diabetes på én borger. Den ene er ikke opdateret.

Der mangler handleplan om behandling af hudproblem hos én borger.  
Hos samme borger er der handleplaner som ikke er opdateret.

På en del borgere, er der ikke opdateret handlingsanvisninger for overleveret sygepleje inden for de seneste 6 mdr.

På én borger er der dokumenteret det samme i handleanvisninger og .observation (copy paste). Dette tyder på, at der ikke er aftaler, hvor hvad skal stå.

# Vurderingsprincipper

De 6 overordnede måleområder har 11 temaer, der hver har 5-15 indikatorer. Stikprøvestørrelsen afhænger af antallet af borgere som plejeenheden leverer ydelser til, samt om tilsynspersonerne har adgang til plejeenhedens egne kvalitetsvurderinger eller ikke. Hver plejegruppe (Der er fx flere plejegrupper på et plejeenhed/center) foretager systematisk kvalitetsvurdering på minimum 24 borgere om året, og sikrer herved, at de fleste væsentlige kvalitetsproblemer bliver identificeret. I tilfælde hvor tilsynspersonerne ikke har adgang til plejeenhedens kvalitetsvurdering, anvendes en større stikprøve til tilsyn.

Tilsynet gennemføres som en kombination af journalgennemgang og tracermetoden, hvor tilsynspersonerne gennemgår borgerforløbet, ved hjælp af interview med borgeren, medarbejdere og ledelsen. Se evt. detaljer i procedure for uanmeldte tilsyn.

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, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

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.

# Kommentarer fra tilsynsstedet

Kommentarer fra tilsynsstedet efter høring.

Opmærksomhedspunkter i rapporten:

Det anbefales yderligere fra tilsynet at personalet bliver undervist i hvilke procedure og arbejdsgange der findes på voresgreve.dk. Dette ses bla. I dokumentation, hvor det flere gange i rapporten nævnes at der ikke ses en rød tråd i dokumentationen, og at der er mange .observationer på samme observation.

Det skal her nævnes at arbejdsgangen for dokumentation i driften først er udsendt d 21/6-19, altså 7 måneder efter vi er gået i driften med Nexus. Arbejdsgangen for dokumentation for hverdagsrehabilitering er udsendt 1/7-19. Der er på baggrund af dette, forsøgt på bedste vis at dokumentere de steder personalet har fundet det hensigtsmæssigt, de første mange måneder uden en konkret arbejdsgang at forholde sig til. Implementeringen af de nye arbejdsgange er først rigtig trådt i kraft pr 15/8-19 i Tune hjemmepleje, da de er sendt ud ligesom hovedferien er startet (fredag i uge 25), og det derfor ikke har været muligt at tilbyde undervisning pga. stort ferie fravær. Arbejdsgangen har været tilgængelig for personalet i sommeren, men der har ikke været sidemandsoplæring. Allerede her ses der mange arbejdsgange bla personalet, som skal aflæres og herefter oplæres i de nye, hvilket også vil fremgå af journalerne igennem en længere periode, måske op til flere år.

Problematikken omkring .observationer, som bliver låst, opstår i forbindelse med at Nexus mobile ikke understøtter den nye arbejdsgang. Som tidligere beskrevet benytter SSH'er tablet til dokumentationen, da de ikke er oplært til andet, og når de opretter en .observation, skal de aktivt ændre 'gem som låst' til 'gem

som udfyldt'. Hvis Nexus mobile understøttede denne arbejdsgang, ville det klart forbedre dokumentationen så den ville opleves sammenhængende. Dette må tages med i Nexus superbrugergruppen, at feltet bør ændres for at hjælpe medarbejderne til at gøre det korrekt.

Det nævnes i rapporten at der i en journal ikke ses nogen notater eller observationer i over én måned, trods det at borgeren modtager hjælp flere gange dagligt.

Her skal det nævnes at eksterne vikarer IKKE har adgang til Nexus via vikarkoder, og de derfor ikke har mulighed for at beskrive de observationer/notater der måtte være på den enkelte borger. Her skal vikaren selv huske at videregive information til en fast medarbejder, som så skal lave dokumentationen. På den måde mistes der meget vigtig dokumentation, særligt henover vores hovedferier.

Endvidere er der lagt op til med FS111 metoden og Nexus, at der ikke skal dokumenteres, medmindre der er afvigelser fra de visiteret indsatser. Oplever medarbejderen at borgeren er i sit habituelle funktionsniveau i længere tid, vil der hermed heller ikke blive dokumenteret. Den eneste dokumentation, hvor det vil fremgå at borgeren får den visiteret indsats er den som at medarbejderen har trykket på et leveret besøg.

Jeg har yderligere vedhæftet handleplan på tilsynsrapporten.