



Tilsynsrapport Helsingør Kommune

Center for Sundhed og Omsorg
Plejehjemmet Grønnehaven

Uanmeldt årligt ordinært tilsyn
Juni 2025



Indhold

Indhold	2
Forord	3
1. Oplysninger om plejehjemmet	4
2. Vurdering	5
2.1 Tilsynets samlede vurderinger	5
2.2 Tilsynets udviklings- og læringspunkter	7
3. Datagrundlag	8
3.1 Aktuelle forhold	8
4. Tilsynets formål og metode	23
4.1 Formål	23
4.2 Kontrolperspektivet	23
4.3 Lærings- og udviklingsperspektivet	23
4.4 Tilsynets metoder	23
4.5 Tilsynets tilgang	24
5. Vurderingsskala	24
5.1 Tilsynets tilrettelæggelse	24
Om BDO	25

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejehjem.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen



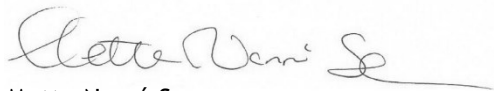
Niels Kristoffersen

Partner

Mobil: 28 99 80 63

Mail: nsk@bdo.dk

Partneransvarlig



Mette Norré Sørensen

Director

Mobil: 41 89 04 75

Mail: meo@bdo.dk

Projektansvarlig

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



1. Oplysninger om plejehjemmet

Oplysninger om plejehjemmet og tilsynet

Navn og adresse: Plejehjemmet Grønnehaven, Sundtoldvej 2, 3000 Helsingør

Leder: Christina Kobberdal

Antal beboere: 119

Dato for tilsynsbesøg: Den 30. juni 2025

På Plejehjemmet Grønnehaven bor beboerne på somatiske afsnit A, B og C samt i skærmede afsnit i Kysthuset. Tilsynet har foretaget seks interviews af beboere fra de somatiske afsnit og to interviews af beboere i Kysthuset. Dertil er der foretaget observationer ved rundgang på hele plejehjemmet.

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med plejehjemmets ledelse
- Rundgang på plejehjemmet, herunder dialog med medarbejdere og beboere
- Gennemgang af dokumentation SEL og SUL for otte beboere
- Gennemgang af medicinhåndteringen for otte beboere
- Tilsynsbesøg hos otte beboere
- Gruppeinterview med tre medarbejdere (to social- og sundhedsassistenter, en sygeplejerske)

Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløbet og identificerede lærings- og udviklingsområder

Tilsynsførende:

Mette Norré Sørensen, director, sygeplejerske
Gitte Anderskov, senior manager, sygeplejerske
Christina Ryel, manager, sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets samlede vurderinger

Det overordnede indtryk af Grønnehaven Plejehjem er, at der er tale om et plejehjem, hvor forholdene er

Utilfredsstillende

Tilsynet vurderer, at der er fulgt nogenlunde tilfredsstillende op på anbefalingerne fra sidste års tilsyn. Ledelsen fremstår engageret, og har arbejdet målrettet med at imødekomme anbefalingerne gennem etablering af arbejds gange, undervisning og interne audits - særligt inden for medicinhåndtering og sundhedsfaglig dokumentation. Det er dog tilsynets indtryk, at effekten af de iværksatte indsatser endnu ikke i tilstrækkelig grad afspejles i praksis. Under tilsynet konstateres der fortsat alvorlige og kritiske forhold, særligt på medicinområdet og i dokumentationen. Det tyder på, at organisationen enten fortsat er i implementeringsfasen, eller at der er behov for en mere vedvarende og fokuseret ledelsesindsats for at sikre forankring og efterlevelse. Det kan også indikere, at der er behov for at arbejde med den faglige kultur og den fælles forståelse af ansvar og kvalitet i opgaveløsningen.

Socialfaglig dokumentation SEL

Tilsynet vurderer, at den socialfaglige dokumentation er på et godt og tilfredsstillende niveau i forhold til Servicelovens krav og Helsingør Kommunes krav til dokumentation.

Tilsynet vurderer, at der sikres løbende opfølgning og revidering af dokumentationen, som fungerer som et aktivt redskab for hverdagens praksis. Det er dog tilsynets vurdering, at der er enkelte mangler til døgnrytmeplanerne - særligt for hjælp og støtte om natten samt enkelte mangler til funktionsevnetilstande.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejds gange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af den socialfaglige dokumentation.

Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Tilsynet vurderer, at den sundhedsfaglige dokumentation er utilfredsstillende i forhold til Sundhedslovens krav og Helsingør Kommunes krav til dokumentation.

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af dokumentationen er af varierende kvalitet, hvor der ses fyldestgørende elementer, men samtidigt vurderes det, at der er mangler til beskrivelse af behandlingsplaner, handlingsanvisninger samt til dokumentation af løbende opfølgning og evaluering af indsatser. Det er tilsynets vurdering, at manglerne i flere tilfælde er alvorlige med betydning for beboernes helbred og autonomi, og at de vil kræve en målrettet indsats at rette op på. Tilsynet vurderer, at medarbejderne generelt kan redegøre for udarbejdelsen af den sundhedsfaglige dokumentation, og at de har kendskab til de gældende faglige retningslinjer på området. Det er dog tilsynets opfattelse, at sygeplejerskerne - på baggrund af interviews - ikke har en central rolle i forhold til udarbejdelsen af den sundhedsfaglige dokumentation.

Personlig støtte og pleje/ praktisk hjælp

Tilsynet vurderer, at den personlige støtte, pleje og rengøring leveres på et godt og tilfredsstillende niveau i overensstemmelse med Serviceloven og Helsingør Kommunes kvalitetsstandarder. Beboerne fremstår soigneret og veltilpasse, og indsatsen vurderes at være i overensstemmelse med den enkeltes behov. Desuden vurderer tilsynet, at boliger, hjælpemidler og fællesarealer fremstår ryddelige og renholdt, hvilket bidrager til et godt og værdigt hverdagsmiljø for beboerne. Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt oplever at modtage individuelt tilrettelagt hjælp til pleje og støtte, og at de føler sig trygge i hverdagen. Der opleves overvejende kontinuitet i medarbejdergruppen, hvilket bidrager positivt til beboernes tryghed. Enkelte beboere giver dog udtryk for, at brugen af afløsere og vikarer i perioder kan påvirke oplevelsen af kontinuitet. I forhold til rengøring vurderer tilsynet, at beboerne generelt er tilfredse med den praktiske hjælp. Dog nævner én beboer et ønske om større grundighed i rengøringen.

Aktiviteter og vedligeholdende træning

Tilsynet vurderer, at aktiviteter og vedligeholdende træning leveres på et særdeles tilfredsstillende niveau. Der tilbydes et bredt og hyppigt udvalg af aktiviteter, og på tilsynsdagen overværede tilsynet, at flere beboere blev tilbudt en gåtur i nærmiljøet. Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med aktivitetsudbuddet. Dog udtrykker én beboer, som ikke selv har mulighed for at opsøge aktiviteter, et ønske om mere opsøgende støtte fra medarbejderne. Beboeren oplever, at medarbejderne ofte har travlt, og derfor ikke altid har mulighed for at følge beboeren til og fra aktiviteter, hvilket medfører, at vedkommende ofte forbliver i egen bolig. Tilsynet vurderer desuden, at medarbejderne kan redegøre for betydningen af meningsfulde aktiviteter for plejehjemmets differentierede målgruppe. Der arbejdes bevidst med at sikre, at der - ud over de planlagte hverdagsaktiviteter - også tilbydes aktiviteter i weekenden med henblik på at forebygge ensomhed og skabe variation i beboernes hverdag.

Mad og måltider

Tilsynet vurderer, at der arbejdes med mad og måltider på et nogenlunde tilfredsstillende niveau i overensstemmelse med Serviceloven og Helsingør Kommunes kvalitetsstandarder. Beboerne giver generelt udtryk for stor tilfredshed med maden. Dog fremhæver én beboer utilfredshed med smag og kryddring samt et ønske om større selvbestemmelse i forhold til måltidets indhold og rammer. Beboeren modtager hjælp til spising, men oplever begrænset indflydelse på madsituationen. Gennem observationer vurderer tilsynet, at der er potentiale for udvikling i organiseringen af måltidet, herunder at skabe mere hjemlige og strukturerede rammer omkring spisesituationen. Derudover vurderes det, at der fortsat er udviklingsmuligheder i forhold til efterlevelse af de hygiejniske retningslinjer under måltiderne. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med 'det gode måltid' og for, hvordan beboerne inddrages i beslutninger vedrørende mad og måltider.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet vurderer, at der på plejehjemmet er en særdeles tilfredsstillende kommunikation mellem medarbejdere og beboere. Under tilsynsbesøget blev der observeret en respektfuld og anerkendende kommunikationsform, hvor medarbejderne udviste tydelig respekt for beboernes individuelle behov og integritet. Det er desuden tilsynets vurdering, at beboerne er særdeles tilfredse med medarbejdernes adfærd og måde at kommunikere på, hvilket bidrager til en tryk og værdig hverdag.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at medicinhåndteringen er utilfredsstillende, og ikke lever op til kravene i Sundhedsloven samt gældende retningslinjer for sikker medicinhåndtering. Ved gennemgang af otte medicinhåndteringer konstaterede tilsynet fejl i samtlige tilfælde. Kvaliteten af medicinhåndteringen spænder fra mindre fejl til alvorlige brud på procedurer, hvor centrale retningslinjer ikke er fulgt. Dette udgør en væsentlig patient-sikkerhedsmæssig risiko. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har behov for væsentlig mere træning, faglig støtte og opfølgning i det daglige arbejde med medicin.

Utilsigtede hændelser

Tilsynet vurderer, at arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) er på et nogenlunde tilfredsstillende niveau. Der er etableret rammer og strukturer, som har til formål at understøtte et systematisk og læringsorienteret arbejde med UTH, og både ledelse og medarbejdere udviser gode intentioner og engagement i forhold til området. Det er dog tilsynets vurdering, at arbejdet med UTH fortsat befinder sig i en tidlig fase, hvor de eksisterende tiltag endnu ikke har fundet et stabilt leje, der sikrer systematisk opfølgning, læring og udvikling på baggrund af de indberettede hændelser. Dette understøttes af fund ved tilsynet, herunder fejl i medicinhåndtering og dokumentation, hvor læringspotentialer ikke i tilstrækkelig grad omsættes til konkrete forbedringer i praksis. Der er således behov for at styrke synligheden og effekten af det arbejde, der allerede er igangsat, så det i højere grad bidrager til kvalitetssikring og patientsikkerhed i hverdagen.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation og observationer. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 Tilsynets udviklings- og læringspunkter

2.2.1 Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen styrker den igangsatte udviklingsindsats med særligt fokus på implementering, opfølgning og forankring af arbejds gange og faglige standarder - herunder medicinhåndtering og sundhedsfaglig dokumentation.
2. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssig fortsat er opmærksomhed på, at døgnrytmeplanerne indeholder beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over hele døgnet, særligt om natten, så det tydeligt fremgår, hvilken støtte og hjælp der skal ydes.
3. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssig straks iværksættes en målrettet indsats i forhold til at sikre, at den sundhedsfaglige journalføring efterlever kravene på området. Dertil anbefales, at ledelsen sikrer, at sygeplejerskerne i højere grad inddrages i udarbejdelsen af den sundhedsfaglige dokumentation, så deres faglige viden og kompetencer i højere grad kommer til udtryk i dokumentationen.
4. Tilsynet anbefaler, at der fortsat er en ledelsesmæssig opmærksomhed på at sikre kontinuitet i hjælpen. Det anbefales, at der i forhold til en konkret beboer følges op på beboerens oplevelse af, at rengøringen ikke leveres med tilstrækkelig grundighed.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at alle beboere - herunder dem med begrænset mobilitet - får den nødvendige støtte til at deltage i aktiviteter.
6. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt arbejdes videre med at styrke organiseringen af måltidet og at skabe mere hjemlige rammer omkring spisesituationen. Dertil at have fokus på at forbedre efterlevelsen af hygiejniske retningslinjer og at sikre større selvbestemmelse i forhold til mad og måltider.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen straks iværksætter en grundig gennemgang og opkvalificering af medicinhåndteringen. Herunder sikrer systematisk oplæring, tæt faglig opfølgning og vurdering af medarbejdernes kompetencer for at sikre overholdelse af gældende lovgivning og patientsikkerhed.
8. Tilsynet anbefaler, at ledelsen styrker implementeringen og synliggørelsen af arbejdet med utilsigtede hændelser, så læring og udvikling i højere grad omsættes til konkrete forbedringer i praksis.

3. Datagrundlag

3.1 Aktuelle forhold

Data:

LEDERINTERVIEW

Ved sidste års tilsyn modtager Grønnehaven en række anbefalinger vedrørende journalføringspligt, vikarers og afløseres kendskab til beboernes individuelle behov, ventetid ved kald, rengøring af hjælpemidler, sammenhæng mellem visiterede og leverede sygeplejeydelser, medicinhåndtering, demensvenligt miljø samt håndhygiejne.

Ledelsen beskriver, at der er igangsat dokumentationsrunder med særligt fokus på kvaliteten af døgnrytmeplanerne. Det er identificeret, at flere planer er meget omfattende, men samtidig mangler præcise beskrivelser og konkrete handleanvisninger. Der er derfor igangsat et forbedringspotentiale i forhold til at gøre planerne mere målrettede og anvendelige i praksis. Som led i denne indsats er der gennemført undervisning i foråret med fokus på dokumentation og udarbejdelse af relevante og handlingsorienterede døgnrytmeplaner.

Ledelsen oplyser, at der på sundhedslovsområdet er igangsat en reorganisering, hvor sygeplejerskerne fortsat er tilknyttet en fast afdeling, men nu har base i et fælles kontor. Formålet med denne ændring er at styrke faglig sparring, fremme videndeling og øge kendskabet til beboerne på tværs af plejehjemmet. Den fælles placering understøtter samtidigt en mere koordineret og helhedsorienteret tilgang til dokumentation og sygeplejefaglige indsatser.

Sygeplejeopgaverne planlægges og fordeles hver morgen i fællesskab mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter med udgangspunkt i medarbejdernes kompetencer og beboernes aktuelle behov. Denne fælles planlægning bidrager til øget sammenhæng i opgaveløsningen, og understøtter en mere opsøgende tilgang ved kollegers fravær. Der er et ønske om at styrke strukturen yderligere efter sommerferien.

Derudover er der implementeret opgavefunktion i Nexus, som sikrer systematisk opmærksomhed på sygeplejeopgaver. Der arbejdes desuden henimod, at sygeplejerskerne får egne kørelister, hvilket skal skabe bedre overblik og struktur - særligt i forbindelse med sygdom og fravær.

Kaldesystemet er blevet opgraderet til at understøtte tovejskommunikation, hvilket giver personalet mulighed for at kommunikere direkte med beboerne ved opkald. Denne funktion bidrager til øget tryk og nærvær, da beboerne oplever at blive mødt og hørt med det samme, hvilket reducerer følelsen af at være overladt til sig selv, særligt i ventetiden før hjælpen ankommer.

For at sikre, at hjælpemidler rengøres korrekt og systematisk, vurderer ledelsen, at området kræver kontinuerlig ledelsesmæssig opmærksomhed. Det er serviceteamet, der har ansvaret for selve rengøringen, men deres arbejde forudsætter, at aftenvagterne placerer hjælpemidlerne uden for beboernes boliger. Denne praksis er afgørende for, at serviceteamet tydeligt kan identificere, hvilke hjælpemidler der skal rengøres og dermed sikre en effektiv og målrettet indsats.

Der arbejdes målrettet og systematisk med at styrke medicinhåndteringen på flere niveauer. Hver morgen gennemføres triagemøder, hvor der følges op på eventuelle hændelser og uoverensstemmelser fra det foregående døgn, herunder også på medicinområdet. Der er stor ledelsesmæssig opmærksomhed på medicinområdet, og der indsamles løbende data, blandt andet om kvittering for medicinadministration.

Der udføres ugentlige stikprøver og audits af medicinskabe - både for nye og eksisterende beboere - for at sikre, at alle aspekter af medicinhåndteringen er i overensstemmelse med gældende retningslinjer. I nogle tilfælde bytter social- og sundhedsassistenter midlertidigt afdeling for at auditere hinandens enheder og dermed identificere potentielle fejl eller mangler. I Kysthuset anvendes faste auditskemaer, hvilket har øget opmærksomheden og kvaliteten i medicinhåndteringen.

Der opleves generelt en positiv udvikling, selv om nogle af de samme udfordringer fortsat går igen - f.eks. manglende angivelse af anbrudsdatoer. Det er dog sjældent deciderede fejl, men snarere manglende opmærksomhed på detaljer. Der er konstant ledelsesmæssigt fokus på området.

Der er indført øget intern kontrol i forbindelse med medicindispensering, hvor flere lag af kontrol er implementerede for at sikre korrekt håndtering. Selv om disse tiltag kan opleves som omfattende, vurderes de som nødvendige for at opretholde patientsikkerheden.

Samtidigt arbejdes der med at ændre indretningen af medicinskabene, så medicinbeholdning og doseringsæsker opbevares adskilt. Formålet er at sikre, at kun autoriseret personale - sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter - har adgang til beboernes medicinbeholdning, mens øvrige medarbejdere alene har adgang til doseringsæskerne. Denne opdeling skal understøtte en klar ansvarsfordeling og reducere risikoen for fejl. Ledelsen oplyser desuden, at visse præparatgrupper overvåges særligt nøje med henblik på at forebygge svind. I samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed er der igangsat et projekt med fokus på at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin, hvilket allerede har ført til en positiv udvikling. Hver morgen følges der op på kvitteringer. Hvis der er medicin, der ikke er kvitteret for, kontaktes den ansvarlige medarbejder direkte af en udpeget "medicinkammerat", som sikrer, at der bliver fulgt op på eventuelle mangler.

Som opfølgning på anbefalingen om at styrke det demensvenlige miljø har der været gennemført en afprøvning af afskærmning i fællesrummet i én af afdelingerne. Erfaringerne herfra er meget positive, idet afskærmningen har skabt mere ro og struktur for beboere med behov for afgrænsede og trygge rammer. Det giver mulighed for, at beboere, der har behov for at trække sig, kan opholde sig i mere afskærmede zoner, mens øvrige beboere fortsat kan benytte de åbne fællesarealer. Medarbejderne oplever, at denne inddeling skaber en bedre balance mellem fællesskab og individuel ro. Dog påpeges det, at de nuværende skærme fremstår institutionelle i udtrykket. Der arbejdes derfor på at finde mere æstetiske og hjemlige løsninger, som i højere grad understøtter en tryk og genkendelig atmosfære for beboerne. Derudover eksperimenteres der med ændringer i møblering og indretning, så fællesarealerne i højere grad kan tilpasses de aktuelle beboeres behov og adfærd. Dette arbejde er fortsat i udvikling og indgår som en del af den løbende indsats for at skabe et mere demensvenligt og sansestimulerende miljø.

Der er afholdt hygiejnekurser med fokus på korrekt anvendelse af handsker. Medarbejderne støttes i at anvende færre handsker, hvor det er fagligt forsvarligt, for at sikre beboerne kropsnær kontakt og omsorg. Der arbejdes med forståelse for, hvornår og hvorfor handsker skal anvendes.

Grønnehaven oplever i øjeblikket den laveste ledighed i personalegruppen i to år, med kun fem ubesatte stillinger. Der modtages mange uopfordrede ansøgninger, og der er opbygget en stabil gruppe af timelønnede medarbejdere. For at sikre kvalitet og kontinuitet i introduktionen af nye timelønnede er der udarbejdet en tjekliste, som omfatter blandt andet døgnrytmeplaner og forflytningsvejledninger. Introduktionen varetages som udgangspunkt af de samme faste medarbejdere for at sikre ensartethed og kontinuitet i oplæringen.

Anvendelsen af eksterne vikarer er reduceret betydeligt, og forekommer nu kun i begrænset omfang. Når eksterne vikarer anvendes, bliver de altid sat sammen med fast personale, og får adgang til relevante oplysninger i Nexus via tildelte brugerkoder. Der er dog endnu ikke etableret en struktureret introduktion for denne gruppe, hvilket er et område, der fortsat arbejdes med.

Ledelsen oplyser, at der pr. 1. januar 2025 er gennemført en ny organisering, som siden er blevet justeret med henblik på at skabe en mere overskuelig struktur og tydeligere ansvarsfordeling. Et centralt fokus har været at opdele de tidligere større ledelsesområder i mindre, mere håndterbare enheder og samtidigt sammensætte et nyt ledelsesteam. Der er ansat flere nye afdelingsledere og ny udviklingssygeplejerske. Der arbejdes målrettet med at finde fælles fodfæste og udvikling, så det bliver en velfungerende og harmonisk ledergruppe.

Foråret har været præget af høj aktivitet, herunder undervisningsforløb i palliation og længerevarende sårpleje, hvilket har bidraget til faglig opkvalificering. Der er fortsat mange udviklingsområder, og organisationen befinder sig i en løbende forandringsproces med konstant fokus på forbedring.

Der er desuden afholdt temadage med fokus på arbejdsglæde, motivation og samarbejde. Her er der blandt andet arbejdet med, hvordan man som team kan styrke fællesskabet og håndtere negativ adfærd på en konstruktiv måde. Et humoristisk element har været introduktionen af en "virtuel møgspreder", som symbolsk placeres i kælderen - med budskabet om, at negativitet ikke skal tages med ind i arbejdsfællesskabet. En afdelingsgruppe har desuden indført en daglig "high five"-rutine efter morgenmødet som et udtryk for fælles engagement og professionalisme.

Ledelsen oplyser til tilsynet, at der aktuelt behandles to klagesager, som tages meget alvorligt. Der arbejdes systematisk med opfølgning og læring i forbindelse med klager, og der er stor opmærksomhed på at sikre, at både beboere og pårørende bliver hørt og inddragede i relevante forhold omkring hverdagslivet og den leverede pleje.

Som led i dette arbejde har ledelsen blandt andet afholdt møder med pårørende under overskriften "Hvad er vigtigt for dig?". Her inviteres pårørende til at give feedback på deres oplevelser og komme med input til, hvordan hverdagen på plejehjemmet kan styrkes yderligere. Der opleves stor tilid og åbenhed i disse møder, og mange pårørende giver udtryk for, at de føler sig mødt og lyttet til.

De tilbagemeldinger, der gives, bliver samlet og drøftet i ledelsesgruppen, og relevante pointer omsættes til konkrete tiltag i praksis. Flere pårørende har fremhævet en positiv oplevelse af Grønnehaven, særligt i forhold til medarbejdernes imødekommethed, nærvær og evne til at møde beboerne i øjenhøjde. Ledelsen arbejder målrettet på at sikre, at ingen oplever at blive overset, og at både klager og feedback anvendes aktivt som grundlag for udvikling og forbedring af kvaliteten i plejen.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at der er fulgt nogenlunde tilfredsstillende op på anbefalingerne fra sidste års tilsyn. Ledelsen fremstår engageret, og har arbejdet målrettet med at imødekomme anbefalingerne gennem etablering af arbejds gange, undervisning og interne audits - særligt inden for medicinhåndtering og sundhedsfaglig dokumentation. Det er dog tilsynets indtryk, at effekten af de iværksatte indsatser endnu ikke i tilstrækkelig grad afspejles i praksis. Under tilsynet konstateres fortsat alvorlige og kritiske forhold, særligt på medicinområdet og i dokumentationen. Det tyder på, at organisationen enten fortsat er i implementeringsfasen, eller at der er behov for en mere vedvarende og fokuseret ledelsesindsats for at sikre forankring og efterlevelse. Det kan også indikere, at der er behov for at arbejde med den faglige kultur og den fælles forståelse af ansvar og kvalitet i opgaveløsningen.

3.1.1 Socialfaglig dokumentation - SEL

Data:

OBSERVATION

Data er indsamlet i journal fra otte beboere.

DØGNRYTMEPLANER

Døgnrytmeplanerne er opbyggede efter samme systematik, og fremstår opdaterede og aktuelle for alle otte beboere. Døgnrytmeplanerne indeholder generelt handlevejledende beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over døgnet, fraset flere døgnrytmeplaner til natten, hvor det ikke fremgår tydeligt, hvordan hjælpen gives. I enkelte døgnrytmeplaner til dag og aften mangler enkelte beskrivelser, så der er overensstemmelse til funktionsevnetilstande. Dette vedrører fx manglende beskrivelse af, at beboeren skal nødes til at drikke, eller hvordan beboeren støttes til hvile/søvn. Døgnrytmeplanerne fremstår med beskrivelser af beboernes ressourcer og særlige opmærksomhedspunkter som fx, at beboeren har nedsat hørelse, at beboeren kan fremstå forvirret, og at lyset skal være tændt. Dertil ses der beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag som fx, at beboeren er i faldrisiko, at beboeren er i risiko for dehydrering og tryksår. Ved alle eksempler er det beskrevet, hvilke forebyggende handlinger der skal udføres. Dertil ses der ved alle beboere beskrivelser af, hvordan der kommunikeres med beboerne, og ved beboere med nedsat kognitiv funktion er beskrivelserne detaljeret beskrevet med, hvilken pædagogisk tilgang der anvendes, fx at der skal kommunikeres kortfattet og en ting ad gangen, idet beboeren ellers kan blive forvirret og frustreret og sige nej til hjælpen, eller at beboeren skal motiveres på en bestemt måde for at acceptere hjælpen til bad.

OBSERVATIONER

For alle otte journaler ses det, at der generelt beskrives observationer ved afvigelser i beboerens tilstand, observeret under plejeindsatserne, og at der er evalueret på observationerne. Fx beskrives

kvalme og opkast, hvorefter det i den efterfølgende vagt beskrives, at disse symptomer er passeret. En journal mangler opfølgning på beboerens søvnproblematik, som beboeren er triageret gul for.

FUNKTIONSEVNETILSTANDE

I alle otte journaler fremgår funktionsevnetilstandene generelt relevant aktiverede med beskrivelser af beboernes udfordring på det pågældende funktionsområde. I en journal mangler der dog en aktiveret tilstand på mentale funktioner, idet beboeren har problemstillinger hertil. Flere funktionsevnetilstande ses dog teksttunge med handlevejledende beskrivelser, som ligeledes fremgår af døgnrytmeplanerne, hvorfor det kommer til at virke som dobbeltdokumentation.

GENERELLE OPLYSNINGER

I alle otte journaler fremgår generelle oplysninger fyldestgørende med relevante beskrivelser under feltet Livshistorie, som giver værdi for beboerforløbet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at der arbejdes systematisk med dokumentationen i overensstemmelse med Serviceloven, og at der er klare ansvarsområder i forhold til de enkelte lovgivningsområder. Kontaktpersonerne har en central rolle i udarbejdelsen og opdateringen af døgnrytmeplaner, og de modtager løbende sparring og støtte fra kollegaer og faglige nøglepersoner. Døgnrytmeplanerne udarbejdes ud fra en fast skabelon med definerede overskrifter. På afdelingerne anvendes en lokal vejledning - kaldet "smart-bibelen" - som beskriver, hvad planerne skal indeholde. Målet er at sikre, at beskrivelserne er både individuelle og handlevejledende. Planerne opdateres med faste intervaller eller ved ændringer. Ved indflytning afholdes der samtaler, hvor der indsamles oplysninger til blandt andet livshistorie og funktionsevnevurderinger. Disse oplysninger danner grundlag for døgnrytmeplanen, og sikrer sammenhæng i den samlede indsats. Det er ofte de pårørende, der bidrager med oplysninger til livshistorien. Medarbejderne er opmærksomme på at undgå dobbelt dokumentation, og de anvender derfor henvisninger mellem funktionsevnevurdering og døgnrytmeplan. Det understreges, at disse dokumenter skal hænge tæt sammen. Funktionsevnetilstande udarbejdes i samarbejde mellem kontaktperson og social- og sundhedsassistenten på afdelingen. Der afholdes daglige triagemøder, hvor ændringer i beboernes tilstand drøftes. På nogle afdelinger suppleres dette med grøn triage senere på dagen, hvor også stabile beboere gennemgås. Der arbejdes med særligt fokus på udvalgte beboere, f.eks. ved ændringer i helbredstilstande eller ved opstart af ny medicinsk behandling. Observationer dokumenteres i faglige notater, og der tilføjes ofte konkrete handlingsanvisninger ved særlige problematikker. Der oprettes desuden opgaver i Nexus, som understøtter kontinuitet og opfølgning i indsatsen. Et eksempel er en borger med søvnproblemer, som triageres gul, og som følges tæt - både med henblik på observation og eventuel medicinsk justering. De generelle observationer læses dagligt af medarbejderne, og forværingsnotater gennemgås i fællesskab. Kontaktpersoner har et særligt ansvar for at følge op på dokumentationen for de borgere, de er tilknyttede.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at den socialfaglige dokumentation er på et godt og tilfredsstillende niveau i forhold til Servicelovens krav og Helsingør Kommunes Krav til dokumentation.

Tilsynet vurderer, at der sikres løbende opfølgning og revidering af dokumentationen, som fungerer som et aktivt redskab for hverdagens praksis. Det er dog tilsynets vurdering, at der er enkelte mangler til døgnrytmeplanerne, særligt for hjælp og støtte om natten, samt enkelte mangler til funktionsevnetilstande.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.1.2 Sundhedsfaglig dokumentation - SUL

Data:

OBSERVATIONER

Data er indsamlet i journal fra otte beboere.

GENERELLE OPLYSNINGER

I alle otte journaler er der i feltet Helbredsoplysninger udarbejdet en liste med beboerens helbredsproblemer og handicaps, hvor der på flere områder ses sammenhæng til medicinliste og den sygeplejefaglige udredning (helbredstilstande). I mere end halvdelen af journalerne ses dog enkelte til flere mangler, så der ikke er tilstrækkelig sammenhæng til medicinliste. Fx mangler problemstillinger såsom; lavt kalium, vandladningsbesvær, obstipation, periodevis smerter, tryksår og kosttilskud.

HELBREDSTILSTANDE

I alle otte journaler fremgår det generelt, at der har været udført en sygeplejefaglig udredning, hvor der overordnet er taget relevant stilling til aktuelle og potentielle helbredstilstande. Flertallet af helbredstilstandene fremgår med fyldestgørende, systematiske og strukturerede beskrivelser i forhold til udtryk, medicinsk behandling og plan, hvor der ses sammenhæng til medicinliste, indsatser og handlingsanvisninger.

Flere helbredstilstande mangler beskrivelse af og opfølgning på behandlingsplan, idet flere tidsangivelser om opfølgning med behandlingsansvarlig læge er passeret, fx i februar og maj 2025. Flere journaler mangler at få oprettet enkelte helbredstilstande, og der mangler enkelte til flere beskrivelser af problemstillinger, som fx tryksår, periodevis smerter, ødemer og luftvejsproblematikker eller mangler evaluering af behandlingen efter, at beboeren fx er opstartet med sovemedicin i maj 2025. Derudover ses der i to tilfælde manglende beskrivelse af behandlingsplan relateret til behandling med et til tre risikosituationslægemidler (kaliumklorid, blodfortyndende og digoxin), hvor behandlingsplan og aftaler med den behandlingsansvarlige læge ikke er tilstrækkeligt beskrevet, herunder aftaler om opfølgning, blodprøver etc. Dertil ses manglende beskrivelse af en beboers tendens til smerter og obstipation. Beboeren har pn medicin ordineret til begge problemområder.

HANDLINGSANVISNINGER

Alle otte journaler fremstår med handlingsanvisninger i varierende kvalitet, og i flertallet af journalerne mangler enkelte til flere handlingsanvisninger helt. Enkelte handlingsanvisninger til medicindispensering og medicinadministration ses fyldestgørende og handlevejledende beskrevet ift. den konkrete beboer med link til VAR. Men flere handlingsanvisninger fremstår med manglende beskrivelser, hvorfor sygeplejeindsatsen fremgår utydeligt, fx fremgår handlingsanvisninger hos en beboer, som behandles med flere typer af medicinsk salve, hvoraf den ene er stærkt smertestillende, uden angivelse af, hvor, hvornår og hvordan disse behandlinger anvendes. Dertil mangler der fyldestgørende handlingsanvisninger på tryksår hos en beboer, som beskrives med tryksår to steder på kroppen.

Flertallet af alle handlingsanvisninger mangler dokumentation af beboerens samtykke til sygeplejeindsatsen samt mangler link til VAR. Dertil mangler flertallet af journalerne handlingsanvisninger til pn medicin, såsom smertestillende, inhalationsmedicin og parkinsonmedicin, hvorfor det ikke er tydeligt, i hvilke tilfælde, herunder hvilke symptomer, der udløser behandling med pn medicin. En beboer beskrives i døgnrytmeplanen at have en indsats på måling af urin, hvilket ikke ses udført konsekvent.

TRIAGE

De otte beboere er henholdsvis triagerede grøn og gul. Årsagen til den gule triagering fremgår tydeligt, idet det er beskrevet i bemærkningsfeltet i triage-skemaet. To beboere som er triagerede grønne ses samtidig med observationsnotater med beskrivelser af forværring, som ikke er fulgt op på eller lagt en plan for, hvorfor disse to beboere, jf. retningslinjer for triage, skulle have været triagerede gule.

OBSERVATIONER

For alle otte journaler ses det, at der i flere tilfælde beskrives observationer ved afvigelser i beboerens tilstand samt ved udførelse af sygeplejeydelser. Men i flere journaler ses det, at der mangler opfølgning på observeret forværring, herunder evaluering af problemet samt iværksat sygeplejeindsats, hvilket ses sammenhængende med manglerne i helbredstilstande og i handlingsanvisninger. Fx mangler en beboer udredning, plan og opfølgning på to forskellige tryksår. En anden beboer har en behandlingsplan, hvor der skal registreres afføring samt gives laksantia pn. Ifølge skema ses flere perioder, hvor beboeren har symptomer som, jf. plan, skal behandles med pn medicin, hvilket ikke fremgår dokumenteret. Beboeren beskrives i disse perioder med forværring i sin trivsel. En anden beboer beskrives med forværring ift. fejlsynkning, hoste samt påvirket humør, hvilket der ikke ses opfølgning på ved en sygeplejefaglig udredning. Samme beboer har været til ambulans kontrol, hvor behandlingsansvarlig læge har skrevet en anbefaling om at iværksætte et samarbejde med Kommunikationscenter ift. at udarbejde en plan for kommunikation med beboeren i form af kommunikationsredskaber og aftaler med beboeren. Dette ses der ikke handlet på.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at der arbejdes systematisk med helbredstilstande, hvor hver tilstand afspejler beboerens aktuelle helbredsoplysninger. Tilstandene udarbejdes med udgangspunkt i blandt andet medicinlister og observationer, og der tilstræbes en tydelig sammenhæng mellem dokumentationen og den medicinske behandling. I nogle tilfælde inddrages den behandlingsansvarlige læge i en gennemgang af beboerens helbredssituation for at sikre, at alle relevante oplysninger er opdaterede og korrekt dokumenterede.

Til hver helbredstilstand, hvor der identificeres en problematik, tilknyttes en handlingsanvisning. Helbredstilstandene skal være korte, præcise og beskrive, hvordan problemstillingen kommer til udtryk, samt hvorfor borgeren eventuelt er i medicinsk behandling. Helbredsoplysningerne giver et klart overblik over beboerens samlede helbredssituation, og at det fremgår, hvem der er behandlingsansvarlig.

Et eksempel på en akut ændring i tilstanden kan være en beboer, der pludselig får hævede ben. I sådanne tilfælde dokumenteres observationen, og der tages kontakt til læge med henblik på vurdering og eventuel behandling. Helbredstilstanden opdateres, og der oprettes en handlingsanvisning, hvis det er relevant.

Handlingsanvisninger udarbejdes med en konkret beskrivelse af, hvordan opgaven skal udføres. De skal være individuelle og handlevejledende, og der henvises desuden til relevante procedurer i VAR-portalen.

Det er social- og sundhedsassistenterne på afdelingerne, der har det primære ansvar for den sundhedsfaglige dokumentation, men de har mulighed for sparring, og har tilknyttet en navngiven mentor, som de kan rådføre sig med. Der er tre sygeplejersker tilknyttet Grønnehaven, hvor de dog ikke arbejder fuld tid, og desuden har weekendvagter hver fjerde uge, hvorfor det opleves lidt udfordrende i forhold til at skabe sammenhængende forløb. Weekendarbejdet er primært fokuseret på akutte opgaver.

For at sikre sammenhæng og kvalitet i dokumentationen arbejdes der med den "røde tråd". Hver tredje måned gennemføres en systematisk journalgennemgang, hvor hele dokumentationen gennemgås. Her har social- og sundhedshjælperne (SSH) ansvar for dokumentation efter Serviceloven (SEL), mens social- og sundhedsassistenterne (SSA) har ansvar for dokumentation efter Sundhedsloven (SUL).

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at den sundhedsfaglige dokumentation er utilfredsstillende i forhold til Sundhedslovens krav og Helsingør Kommunes krav til dokumentation.

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af dokumentationen er af varierende kvalitet, hvor der ses fyldestgørende elementer, men samtidigt vurderes det, at der er mangler til beskrivelse af behandlingsplaner, handlingsanvisninger samt til dokumentation af løbende opfølgning og evaluering af indsatser. Det er tilsynets vurdering, at manglerne i flere tilfælde er alvorlige med betydning for beboernes helbred og autonomi, og vil kræve en målrettet indsats at rette op på. Tilsynet vurderer, at medarbejderne generelt kan redegøre for udarbejdelsen af den sundhedsfaglige dokumentation, og at de har kendskab til de gældende faglige retningslinjer på området. Det er dog tilsynets opfattelse, at sygeplejerskerne -

på baggrund af interviews - ikke har en central rolle i forhold til udarbejdelsen af den sundhedsfaglige dokumentation

3.1.3 Personlig pleje og praktisk hjælp

Data:

OBSERVATION

Flere beboere kan ikke deltage i interview, grundet kognitive funktionsnedsættelser, herunder hukommelsesmæssige problemstillinger. Disse beboere observeres i stedet for. Observationerne viser, at beboerne fremstår velsoignerede og veltilpasse. De er iført tøj, der er afstemt med årstiden, håret er fri-seret, og negle er klippede. Den tildelte indsats vurderes at være i overensstemmelse med beboernes aktuelle behov.

Beboernes boliger fremstår rene og ryddelige med respekt for deres individuelle ønsker og vaner, og hjælpemidler er rene og korrekt placeret.

Der observeres generelt rene og ryddelige fælles omgivelser. Flere steder ses det, at dørene ud til ter-rassen står åbne, og terrasserne fremstår indbydende med møbler og blomsterkrukker.

I Kysthuset er der på gangarealerne etableret små malede felter på gulvet, udført på en diskret og æstetisk måde. Medarbejderne oplyser, at disse er designet til at aflede opmærksomheden fra yderdø-ren, og dermed bidrage til at reducere vandringsadfærd hos beboere med kognitive udfordringer. Den nærliggende dør ud til et afgrænset udeområde står åben, og området giver mulighed for korte gåture i sikre rammer.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne giver generelt udtryk for stor tilfredshed med den personlige pleje og støtte, de modtager. Flere fremhæver, at medarbejderne gør sig umage, er imødekommende og udviser forståelse for deres individuelle behov og helbreds-mæssige situation. Der opleves en høj grad af selvbestemmelse i hverda-gen, og beboerne føler sig inddragede i beslutninger om egen pleje og støtte. En beboer udtrykker det således: *'Jeg kan gøre, hvad jeg vil - jeg kan tage til og fra stedet, som det passer mig'*.

Der er også fokus på at anvende beboernes egne ressourcer i den personlige pleje, hvilket flere oplever som positivt. En beboer fortæller, at vedkommende tidligere modtog hjælp til personlig pleje, men nu klarer mere selv, fordi helbredstilstanden er forbedret - og fremhæver, at *'rammerne og nærværet har været godt for mig'*.

Flere beboere nævner, at de har faste medarbejdere/kontaktpersoner, hvilket skaber tryghed og konti-nuitet. I perioder, hvor disse har ferie, oplever beboerne, at det er andre kendte medarbejdere, der træder til. Dog nævnes det, at der har været en del afløsere, hvilket i mindre grad påvirker oplevelsen af kontinuitet. En beboer bemærker; *'Der har været en del afløsere, men jeg synes, jeg har set dem før'*.

I forhold til rengøring er der overvejende tilfredshed. Flere beboere beskriver rengøringspersonalet som dygtige og venlige. En beboer siger; *'Rengøringen er perfekt'*. En anden fremhæver, *'Mange er meget dygtige til at gøre rent, og er meget imødekommende'*. Dog nævner én beboer, at rengøringen kan være svingende, og ikke altid opleves som grundig nok.

Der er generelt tillid til medarbejderne, også når det gælder responstid ved kald. En beboer fortæl-ler; *'Nogle gange går der lidt tid, før de svarer, men jeg ved, at de kommer - så jeg er ikke nervøs'*.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at der tilstræbes en høj grad af kontinuitet i plejen, hvor beboerne møder faste og kendte medarbejdere i hverdagen. På Kysthuset arbejdes der primært ud fra kontaktpersons-princippet, hvor hver beboer har en fast kontaktperson. Ifølge medarbejderne bidrager dette til at skabe tryghed og mulighed for at opbygge en tillidsfuld og nær relation til den enkelte beboer.

For at understøtte kontinuiteten læser medarbejderne beboerens døgnrytmeplan grundigt, og især af-løsere opfordres til at sætte sig godt ind i planen, inden plejen iværksættes. Det tilstræbes desuden, at afløsere placeres på afdelinger, de i forvejen kender, så beboerne møder genkendelige ansigter.

Dette vurderes som særligt vigtigt i Kysthuset, hvor nærvær og relationer vægtes højt. Medarbejderne redegør for, hvordan der arbejdes med personcentreret omsorg, hvor beboerens livshistorie, ønsker og behov er i centrum. Et konkret eksempel, som fremhæves, er en beboer, der ikke bryder sig om at modtage pleje. Her er det afgørende at tage udgangspunkt i beboerens tempo og behov samt at opbygge en tillidsfuld relation. Plejen tilpasses individuelt, og der arbejdes i små skridt - nogle dage ydes der kun nedre hygiejne, mens det på andre dage er muligt at støtte beboeren til et bad. Der arbejdes med udgangspunkt i "Blomsten", som anvendes som et pædagogisk redskab til at se hele mennesket og identificere beboerens ressourcer og behov. Medarbejderne anvender Blomsten aktivt i samspillet med beboerne for at fremme relationer og at skabe meningsfulde hverdage.

Rehabilitering er en integreret del af den daglige pleje. Medarbejderne vurderer løbende beboerens dagsform og funktionsevne. F.eks. kan en beboer med demens have både gode og mindre gode dage - nogle dage kan beboeren selv børste tænder, mens de andre dage kræver støtte. Medarbejderne understreger vigtigheden af at tilpasse indsatsen og at undgå unødigt belastning, da dette kan påvirke beboerens livskvalitet negativt. Ved akutte ændringer i beboerens tilstand følges faste procedurer - der tages relevante værdier, og den ansvarlige sygeplejerske kontaktes. I aftentimerne varetages det umiddelbare ansvar af en social- og sundhedsassistent (SSA), hvilket medarbejderne beskriver som en velfungerende og tryk praksis. Sygeplejerskerne er fortsat tæt tilknyttede de enkelte afsnit, og har et indgående kendskab til beboerne, hvilket sikrer faglig opbakning og kontinuitet - også uden for dagtimerne. Den praktiske hjælp varetages af rengøringspersonalet, som står for den ugentlige hovedrengøring. Den daglige vedligeholdelse håndteres af det faste personale, som også sørger for, at nødvendige hjælpemidler stilles frem, så rengøringsopgaverne kan udføres effektivt og med respekt for beboerens hjem.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at den personlige støtte, pleje og rengøring leveres på et godt og tilfredsstillende niveau i overensstemmelse med Serviceloven og Helsingør Kommunes kvalitetsstandarder.

Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og indsatsen vurderes at være i overensstemmelse med den enkeltes behov. Desuden vurderer tilsynet, at boliger, hjælpemidler og fællesarealer fremstår ryddelige og renholdt, hvilket bidrager til et godt og værdigt hverdagsmiljø for beboerne. Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt oplever at modtage en individuel tilrettelagt hjælp til pleje og støtte, og at de føler sig trygge i hverdagen. Der opleves overvejende kontinuitet i medarbejdergruppen, hvilket bidrager positivt til beboernes tryghed. Enkelte beboere giver dog udtryk for, at brugen af afløsere og vikarer i perioder kan påvirke oplevelsen af kontinuitet. I forhold til rengøring vurderer tilsynet, at beboerne generelt er tilfredse med den praktiske hjælp. Dog nævner en beboer et ønske om større grundighed i rengøringen.

3.1.4 Aktiviteter og vedligeholdende træning

Data:

OBSERVATION

Under tilsynet observeres flere meningsfulde aktiviteter, hvor både faste medarbejdere og aktivitetsmedarbejdere deltager aktivt sammen med beboerne. Blandt andet går medarbejdere ture med beboerne i det gode vejr, hvor målet er nærområder, såsom stranden og havnen. Aktiviteterne tilpasses beboernes formåen, og fremstår som både relationsskabende og livskvalitetsfremmende. På afdelingerne hænger synlige aktivitetsplaner, hvoraf det fremgår, at der dagligt tilbydes aktiviteter både formiddag og eftermiddag. Flere af aktiviteterne foregår i dagcentret, og der planlægges også ud-af-huset-aktiviteter, såsom gåture og cykelture. En gang ugentligt afholdes der stolegymnastik som en del af det fysiske aktivitetstilbud. I Kysthuset observeres et dedikeret aktivitetslokale, hvor medarbejderne oplyser, at der afholdes målrettede aktiviteter for beboerne én gang ugentligt. Under rundgangen på plejehjemmet ses medarbejdere til stede i fællesarealerne. Særligt i Kysthuset bemærkes en-til-en-situationer, hvor medarbejderne er tæt omkring beboerne, og udviser nærvær, støtte og skaber tryghed i samspillet.

BEBOERINTERVIEW

Flere beboere giver udtryk for tilfredshed med de aktivitetsmuligheder, der tilbydes, mens én beboer udtrykker utilfredshed med graden af støtte til deltagelse. Beboeren fortæller, at det kan være svært at overskue at deltage i aktiviteter, da vedkommende ikke selv kan opsøge dem, og savner mere opsøgende støtte fra medarbejdernes side. Beboeren oplever, at medarbejderne har travlt, og derfor ikke altid har mulighed for at følge til og fra aktiviteter, hvilket medfører, at vedkommende ofte bliver i egen bolig. Beboeren modtages vederlagsfri fysioterapi to gange ugentligt, og deltager lejlighedsvis i stolegymnastik, dog med udfordringer i forhold til kontinuitet, når der er afløsere. Andre beboere beskriver, at de deltager i fællesaktiviteter, såsom banko, fællesspisning og grillarrangementer. En beboer fortæller, at vedkommende netop er tilmeldt træning to gange ugentligt, og i øvrigt holder sig aktiv med gåture på egen hånd. Enkelte beboere vælger ikke at deltage i aktiviteter, enten grundet helbredsmæssige forhold eller manglende interesse, men de giver udtryk for, at de trives med at underholde sig selv i boligen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at der arbejdes systematisk og varieret med aktiviteter på plejehjemmet, både i og uden for afdelingerne. I Kysthuset er der tilknyttet et demensdagcenter, hvor der er etableret en fast aktivitetsdag, som planlægges og afvikles af medarbejderne på skift. Her udvælges beboere fra Kysthuset til at deltage i aktiviteter, såsom sang, bevægelse og ture ud af huset. Derudover foregår der dagligt aktiviteter i det andet dagcenter, og på afdelingerne fremgår det tydeligt af ophæng, hvilke aktiviteter der tilbydes. Ved morgenfordelingen tages der højde for bemanningen, og hvis det er muligt, afsættes en medarbejder til at følge beboere til aktiviteter i dagcentret. Der tilbydes også målrettede aktiviteter, såsom mandeklub og torsdagsbar, som er initierede, og støttes af ledelsen. Der arrangeres dagligt små gåture i nærområdet, og i weekenderne, hvor dagene kan føles lange for beboerne, er det de faste medarbejdere, der sørger for at skabe aktiviteter og samvær. Der er tilknyttet både en fysioterapeut og en ergoterapeut til afdelingerne. De varetager blandt andet stolegymnastik og individuel træning samt opfølgning på genoptræningsplaner i tæt samarbejde med plejemedarbejderne, hvilket sikrer, at aktiviteterne både understøtter fysisk funktion, trivsel og rehabilitering.

Tilsynets vurdering - 1

Tilsynet vurderer, at aktiviteter og vedligeholdende træning leveres på et særdeles tilfredsstillende niveau. Der tilbydes et bredt og hyppigt udvalg af aktiviteter, og på tilsynsdagen overværer tilsynet, at flere beboere blev tilbudt en gåtur i nærmiljøet. Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med aktivitetsudbuddet. Dog udtrykker en beboer, der ikke selv har mulighed for at opsøge aktiviteter, et ønske om mere opsøgende støtte fra medarbejderne. Beboeren oplever, at medarbejderne ofte har travlt, og derfor ikke altid har mulighed for at følge beboeren til og fra aktiviteter, hvilket medfører, at beboeren ofte forbliver i egen bolig.

Tilsynet vurderer desuden, at medarbejderne kan redegøre for betydningen af meningsfulde aktiviteter for både den somatiske og den demente målgruppe. Der arbejdes bevidst med at sikre, at der - ud over de planlagte hverdagsaktiviteter - også tilbydes aktiviteter i weekenden med henblik på at forebygge ensomhed og skabe variation i beboernes hverdag.

3.1.5 Mad og måltider

Data:

OBSERVATION

Under tilsynet observeres frokostsituationen i to afdelinger, hvor måltidet afvikles på stort set samme måde. I spisestuen er der fem mindre bordgrupper, og beboerne er placerede med hensyntagen til deres individuelle behov for støtte eller behov for afskærmning. Der ses ikke en tydeligt struktureret organisering af måltidet. Flere medarbejdere bevæger sig rundt i rummet, og varetager forskellige opgaver i forbindelse med servering og støtte. En medarbejder går rundt med en rullewagen med smørrebrød, og tilbyder beboerne valgmuligheder. En anden medarbejder uddeler drikkevarer, mens andre står ved

bordene og støtter beboere, der har behov for hjælp til at skære maden ud. Samtidigt ses en medarbejder i køkkenet, hvor der smøres en særlig mad til en beboer, der ønsker blødt brød med banan. Flere beboere ankommer løbende under måltidet, og får herefter serveret mad. Det observeres, at de beboere, der får serveret først, er ved at afslutte måltidet, mens andre netop har fået deres mad. Dette skaber en vis forskydning i måltidets forløb. Der opleves en del uro i spise-stuen, som forstærkes af støj fra bestik og tallerkener mod bordene, hvor der ikke anvendes dug eller dækkeservietter. En medarbejder kommunikerer højt på tværs af rummet, og informerer om, at en beboer er på tur med sin datter, og derfor ikke deltager i måltidet. Efter servering ruller vognen med smørrebrød ud i køkkenet. En beboer udtrykker ønske om et ekstra stykke smørrebrød, og får straks dette serveret. Det bemærkes, at når maden ikke længere er synlig i spise-stuen, er der ikke flere beboere, der efterspørger mere. Mod slutningen af måltidet sætter medarbejderne sig ved bordene hos de beboere, der har behov for støtte. Det observeres dog, at flere medarbejdere løbende forlader bordene for at hente servietter eller reagerer på nødkald fra boligerne. I forbindelse med servering ses det, at der ikke anvendes engangsforklæder, og håndhygiejne udføres delvist korrekt ved håndtering af maden.

BEBOERINTERVIEW

Flertallet af beboerne giver udtryk for tilfredshed med både madens kvalitet og den sociale ramme omkring måltidet. En beboer beskriver maden som '*helt fantastisk*, og fortæller, at den smager godt. Vedkommende spiser i fællesrummet, hvor der er en fast plads, og oplever måltidet som hyggeligt og noget, man ser frem til. Der beskrives en god stemning under måltiderne. En anden beboer fortæller, at vedkommende er meget tilfreds, og spiser sammen med de andre. Der er medarbejdere til stede ved de beboere, der har behov for støtte, og beboeren oplever, at der er god kommunikation og samvær ved bordet, hvilket bidrager til en positiv oplevelse. En tredje beboer beskriver maden som '*fin*', men har svært ved at huske, om måltidet indtages sammen med andre. Enkelte beboere er ikke i stand til at redegøre for oplevelsen. En beboer udtrykker dog utilfredshed med maden, og oplever, at der mangler smag og krydderier. Vedkommende får hjælp til at spise, men savner mere selvbestemmelse i forhold til flere områder omkring madsituationen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at der arbejdes aktivt med at skabe gode og hyggelige måltidssituationer for beboerne. Tidligere blev der spist ved ét langbord, men nu er der indrettet mindre bordgrupper, hvilket, ifølge medarbejderne, skaber mere ro og nærvær. Medarbejderne sidder med ved bordene under måltidet og deltager i samværet - de opholder sig ikke i køkkenet under måltidet, men er til stede i spise-stuen sammen med beboerne. Der tages hensyn til beboernes individuelle behov. Nogle beboere foretrækker selv at tage maden, mens andre får den serveret, og får støtte efter behov. Medarbejderne oplyser, at der ved måltiderne (frokost) som udgangspunkt tilbydes tre forskellige varianter smørrebrød, og at beboerne bliver spurgt og tilbudt mad undervejs.

Der afholdes beboermøder, hvor beboerne har mulighed for at komme med ønsker og input til maden. Ved særlige lejligheder, såsom fødselsdage, har beboerne mulighed for selv at vælge menuen.

I forhold til hygiejne fortæller medarbejderne, at de følger de gældende retningslinjer. Der anvendes forklæde ved håndtering og servering af mad. Medarbejderne er opmærksomme på, at brug af handsker ikke er nødvendigt, når de sidder ved bordet og hjælper beboerne med at spise. Der er desuden spritdispensere tilgængeligt på gangene, hvilket medarbejderne understøtter beboerne i at anvende, så der er god håndhygiejne i forbindelse med måltiderne.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at der arbejdes med måltider og ernæring på et nogenlunde tilfredsstillende niveau i overensstemmelse med Serviceloven og Helsingør Kommunes kvalitetsstandards.

Beboerne giver generelt udtryk for stor tilfredshed med maden. Dog fremhæver en beboer utilfredshed med smag og krydderier samt et ønske om større selvbestemmelse i forhold til måltidets indhold og rammer. Beboeren modtager hjælp til spisning, men oplever begrænset indflydelse på madsituationen.

Gennem observationer vurderer tilsynet, at der er potentiale for udvikling i organiseringen af måltidet, herunder at skabe mere hjemlige og strukturerede rammer omkring spisesituationen. Derudover vurderes det, at der fortsat er udviklingsmuligheder i forhold til efterlevelse af de hygiejniske retningslinjer

under måltiderne. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med det gode måltid og for, hvordan beboerne inddrages i beslutninger vedrørende mad og måltider.

3.1.6 Kommunikation og adfærd

Data:

OBSERVATIONER

Under tilsynet observeres en respektfuld og anerkendende dialog mellem medarbejdere og beboere. Medarbejderne udviser tydelig respekt for, at beboernes bolig er deres private hjem. Der bankes på døren, og der indhentes samtykke, før de træder ind i en bolig, hvor beboeren ikke er hjemme.

Kommunikationen fremstår situationsbestemt og tilpasset den enkelte beboer. Der anvendes både verbal og nonverbal kommunikation - herunder øjenkontakt, smil, fysisk berøring og hilsner ved navn.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne giver generelt udtryk for stor tilfredshed med medarbejdernes kommunikation og adfærd. Flere beskriver medarbejderne som søde, venlige og respektfulde - uanset vagtlag. En beboer fremhæver, at der er en god og humoristisk omgangstone, og at der udvises tydelig respekt for, at boligen er beboerens private hjem. Medarbejderne omtales som opmærksomme på beboernes personlige grænser. Der bliver banket på døren, inden de træder ind, og der spørges, før skabe og skuffer åbnes. Ved toiletbesøg lukkes døren, og der tages hensyn til privatlivets fred. En enkelt beboer nævner, at der er en medarbejder, vedkommende ikke bryder sig om, men tilføjer, at det muligvis skyldes egne forhold. Overordnet opleves omgangstone som respektfuld og tryk.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at de lægger stor vægt på at være åbne og lyttende i kommunikationen med beboerne. Samtaler tilpasses individuelt, og der prioriteres tid til at tale med beboerne i øjenhøjde. Kommunikationen tilrettelægges ud fra den enkeltes behov og forudsætninger, og der arbejdes bevidst med at skabe tryk og tillid i samværet. Ved uhensigtsmæssig kommunikation fra en kollega tages situationen op efterfølgende med respekt for, at ikke alle medarbejdere har samme erfaringsniveau. Medarbejderne beskriver, at det kan være sårbart at blive talt hårdt til, men at der er faglige fora, hvor man kan drøfte sådanne episoder og adskille adfærden fra personen - særligt i tilfælde, hvor beboeren har en sygdom, der påvirker adfærden.

Tilsynets vurdering - 1

Tilsynet vurderer, at der på plejehjemmet er en særdeles tilfredsstillende kommunikation mellem medarbejdere og beboere. Under tilsynsbesøget blev der observeret en respektfuld og anerkendende kommunikationsform, hvor medarbejderne udviste tydelig respekt for beboernes individuelle behov og integritet. Det er desuden tilsynets vurdering, at beboerne er særdeles tilfredse med medarbejdernes adfærd og måde at kommunikere på, hvilket bidrager til en tryk og værdig hverdag.

3.1.7 Medicinhåndtering

Data:

BEBOERINTERVIEW

Beboere der kan svare på tilsynets spørgsmål, oplyser, at de føler sig meget tryk ved medarbejdernes håndtering af deres medicin.

LEDELSESINTERVIEW

Ledelsen oplyser, at der er etableret klare retningslinjer for tildeling og anvendelse af medicinkort.

Det er ledelsen, der har det overordnede ansvar for, hvem der tildeles medicinkort, og denne vurdering sker individuelt - uafhængigt af medarbejderens uddannelsesbaggrund. Der kan således være tilfælde, hvor en medarbejder, trods relevant faglig uddannelse, ikke tildeles medicinkort, hvis det vurderes, at vedkommende ikke har de nødvendige forudsætninger for at håndtere medicin forsvarligt. Alle medarbejdere med medicinkort skal have kendskab til både de generelle og lokale procedurer for medicin-håndtering. Ledelsen sikrer, at denne viden er tilgængelig og opdateret, og at medarbejderne er instruerede i korrekt praksis. Det er en forudsætning, at alle, der håndterer medicin, arbejder i overensstemmelse med gældende retningslinjer. Medicinkortet fornyes en gang årligt, og i den forbindelse foretager ledelsen en revurdering af den enkelte medarbejders kompetencer og praksis, hvilket skal bidrage til at opretholde en høj faglig standard og patientsikkerhed i medicinhåndteringen.

OBSERVATIONER

Medicingennemgangen er foretaget i samarbejde med en udviklingssygeplejerske og en afdelingsleder. I forbindelse med de konstaterede mangler er der, hvor det har været muligt, foretaget umiddelbare rettelser. I øvrige tilfælde er der taget kontakt til ansvarlig sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent med henblik på at få udbedret fejlene straks. Det vurderes dog ikke tilstrækkeligt alene at rette de konkrete fejl. De konstaterede mangler peger på udfordringer i arbejdsgange, forståelse af ansvar og efterlevelse af gældende retningslinjer for medicinhåndtering.

Der er gennemgået otte beboeres medicinbeholdning. I samtlige tilfælde konstateres der mangler, som spænder fra mindre fejl til alvorlige brud, hvor gældende retningslinjer for sikker medicinhåndtering ikke efterleves. De mindre mangler omfatter blandt andet manglende angivelse af korrekt handelsnavn samt manglende mærkning (label) på enkelte præparater. Derudover identificeres flere alvorlige forhold, herunder administration af medicin, der er seponeret, manglende overensstemmelse mellem medicinlisten og indholdet i doseringsæsker samt fravær af anbrudsdato på ikke-dispensérbare præparater, herunder insulin.

DOKUMENTATION

Alle otte beboeres medicinlister ses opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn, samt om medicinen er dosisdispenseret, fraset i en medicingennemgang, hvor det ikke tydeligt fremgår, at medicinen ikke skal dispenseres i æsken, men skal administreres som ikke-dispensérbar medicin. I dette tilfælde mangler der også en handlingsanvisning, der beskriver de særlige forhold, der er ved medicinen.

Dertil ses i to tilfælde, at medicinskema og label ikke stemmer overens, hvor dette ikke fremgår af bemærkningsfeltet, jf. internpraksis på området. I det ene tilfælde er det ikke muligt at finde ændringen på ordinationen i journalen, hvor den anden fremkommer af korrespondance avis og i beboerens helbredstilstand.

Dertil ses desuden, at der i flere medicingennemgange er handelsnavne på medicinoversigten, som ikke stemmer overens med det aktuelle handelsnavn på medicinen i beboerens beholdning.

OPBEVARING

For alle otte medicingennemgange ses det, at beboernes medicin opbevares i beboerens bolig. Tilsynet bemærker, at der er systematik i alle medicinskabe med et billede af, hvordan et medicinskab skal indrettes. I den skærmede enhed er der tillige et billede af beboeren, både i medicinskabet og i Nexus, til sikker genkendelse i forbindelse med udlevering af medicin. Der ses desuden mindre kurve til f.eks. pn medicin, ikke ibrugtaget medicin og seponeret medicin.

I enkelte tilfælde ses det, at kurvene ikke bliver brugt helt efter hensigten, hvor der forekommer medicin, som er i den forkerte kurv, og at adskillelse af medicinen derved ikke bliver korrekt.

I et tilfælde ses også, at en salve ikke opbevares i medicinskabet, men i beboerens pengeskab, dertil er der også et tilfælde, hvor der mangler pn medicin i beholdningen. Derover ses, i en anden medicingennemgang, at der opbevares et præparat i pn-beholdningen, som ikke fremkommer af medicinlisten, og hvor der ikke er label, navn og cpr nr. på præparatet.

I et tredje tilfælde ses, at der ikke administreres medicin korrekt fra doseringsæskerne, hvorved det kan skabe forvirring og fare for, om beboeren får den rette medicin. I et fjerde tilfælde, opbevares en

medicinsk creme i aktuelbeholdningen, hvor der beskrives på tuben, at den skal opbevares i emballagen, hvor dette dog ikke er tilfældet. Der ses tillige manglende anbrudsdato og en handlingsanvisning, der beskriver brugen af denne. I samme medicingennemgang ses også, at der mangler en anden medicinsk creme i pn beholdningen. I en femte og sjette medicingennemgang mangler der en label på et præparat.

Dertil ses, at der i kurven med medicin, der er seponeret, generelt opbevares en stor mængde medicin, hvor der også i to medicingennemgange konstateres, at der opbevares piller i løs vægt i et lille medicinglas, der sandsynligvis er blevet til overs, og som skal kasseres.

I medicinskabet ses de medicinske præparater generelt opstillede i samme rækkefølge, som de fremgår af medicinskemaet.

På ikke-dispensérbare præparater er der generelt anført navn og anbrudsdato, som ikke er overskredet.

RISIKOSITUATIONS MEDICIN

Flere beboere modtager risikosituationslægemidler - henholdsvis blodfortyndende behandling, insulin og kaliumklorid. Der konstateres anbrudsdato på kaliumklorid.

Insulinen ses korrekt opbevaret i separat kurv i medicinskab, dog uden navn og anbrudsdato. Dertil er udstyr til måling af blodsukker også udløbet. Der er i forhold til flere behandlinger ikke beskrevet en tydelig behandlingsplan i dokumentationen, hvilket fremgår af dokumentationsafsnittet for SUL.

DOSERING

Alle doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn, og dertil er alle æsker mærkede med ugenummer.

I seks ud af otte medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. I to medicingennemgange ses uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. I et tilfælde står ordinationen forkert, hvilket beskrives under dokumentation ovenover. I samme medicingennemgang konstateres, at der gives en tablet dagligt, som er seponeret for en mdr. siden, som fortsat gives, trods det, at præparatet ikke fremgår af medicinlisten. I et andet tilfælde stemmer indhold og medicinliste slet ikke overens, hvor det i første omgang vurderes, at beboeren har fået en højere dosis, end der er ordineret. Ved nærmere undersøgelse bliver det konstateret, at beboeren slet ikke har fået den ordinerede medicin, da beboeren har frasagt sig dette, grundet en for høj pris på præparatet. Dette er dog ikke dokumenteret i journalen, tilrettet i medicinlisten eller orienteret til egen læge. Det bemærkes, at beboeren har fået udleveret medicin gennem en periode på ca. 4 dage, hvor ingen har bemærket, at antal piller i æsken, som fremkommer af medicinlisten, ikke er det samme, som er i beboerens doseringsæske. Dertil ses det, at der fortsat er det præparat, som beboeren ikke ønsker, i aktuelbeholdningen.

ADMINISTRATION

For alle beboere er der kvitteret for medicinadministration, både tabletter og ikke-dispensérbar medicin, dog ikke svarende til de korrekte tidspunkter, hvor det ses, at flere af kvitteringerne er foretaget flere timer efter administrationstidspunktet, jf. ordination.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at de generelt er bekendte med retningslinjerne for medicinhandling og kan redegøre for de grundlæggende arbejdsgange. De oplyser, at der arbejdes ud fra gældende procedurer, og at der ved tvivl skal rettes henvendelse til ansvarlig sygeplejerske. Under tilsynets gennemgang fremkommer dog eksempler, hvor den nødvendige viden og forståelse ikke er tilstrækkelig til at sikre korrekt håndtering. I ét tilfælde udtaler en medarbejder, at vedkommende ikke ved, hvordan medicinen/Nexus skal håndteres korrekt, men trods denne erkendelse ikke kontakter en sygeplejerske og læge. På en anden afdeling spørges der ind til administrationen af en beboers medicin. Her fremgår det, at medicinen gives direkte fra en medicin æske uden, at medarbejderen orienterer sig i den aktu-

elle medicinliste i Nexus. Der udvises i situationen hverken nysgerrighed eller forståelse for nødvendigheden af at sikre overensstemmelse mellem ordination og administration. Det medfører, at der gives medicin, som har været seponeret i længere tid.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at medicin håndteringen er utilfredsstillende, og at den ikke lever op til kravene i Sundhedsloven samt gældende retningslinjer for sikker medicin håndtering. Ved gennemgang af otte medicin håndteringer konstaterede tilsynet fejl i samtlige tilfælde. Kvaliteten af medicin håndteringen spænder fra mindre fejl til alvorlige brud på procedurer, hvor centrale retningslinjer ikke er fulgt. Dette udgør en væsentlig patientsikkerhedsmæssig risiko. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har behov for væsentlig mere træning, faglig støtte og opfølgning i det daglige arbejde med medicin.

3.1.8 Utilsigtede hændelser (UTH)

Data:

LEDELSESINTERVIEW

Ledelsen oplyser til tilsynet, at der arbejdes systematisk med håndtering og opfølgning på utilsigtede hændelser (UTH) med fokus på læring og forebyggelse. Et aktuelt eksempel er en hændelse, hvor medicin blev forvekslet. I den forbindelse blev der gennemført en hændelsesanalyse med henblik på at identificere årsager og sårbarheder i arbejdsgangene. Analysen viste blandt andet, at opbevaringen af medicin i det pågældende rum var uhensigtsmæssig, da kun en lille del af medicinen var tilgængelig, hvilket skabte risiko for fejl. Som opfølgning udarbejdes et oplæg til kvalitetsmødet, hvor hændelsen og læringspunkterne præsenteres for et bredt tværfagligt forum. Formålet er at sikre, at erfaringerne deles og omsættes til forbedringer på tværs af hele plejehjemmet.

Der arbejdes bevidst med at skabe trygge rammer for hændelsesanalyser, så medarbejderne føler sig trygge ved at dele og reflektere over fejl og nærværd-hændelser. Dette understøtter en åben læringskultur. Ledelsen er opmærksom på, at der historisk har været en kultur, hvor UTH primært blev opfattet som fejl, frem for som læringsmuligheder. Der arbejdes derfor målrettet med at ændre denne opfattelse og styrke læringsperspektivet på plejehjemmet. Der er desuden fokus på, at observationer og hændelser, som drøftes på morgenmøder, også registreres i den samlede rapportering. F.eks. skal et observeret fald ikke blot nævnes mundtligt, men også dokumenteres korrekt. På personalemøder anvendes samlerapporteringen til at identificere mønstre og tendenser, som drøftes i fællesskab. Hver enhed har en lokal sagsbehandler, som følger op på UTH, mens den overordnede sagsbehandling varetages af kvalitetssygeplejersken. Dette sikrer både lokal forankring og ensartethed i opfølgningen på tværs af plejehjemmet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at en utilsigtet hændelse forstås som en begivenhed, der kunne have medført eller har medført skade på en beboer - og som anvendes som grundlag for læring og forbedring. Eksempler på hændelser, der indrapporteres, kan være forkert dosering af medicin, manglende opfølgning på ordinationer, tryksår, infektioner eller manglende reaktion på observeret forværring i en beboers tilstand. Indrapportering sker både som individuel registrering og som samlerapportering - f.eks. ved fald, medicinfejl og urinvejsinfektioner. Medarbejderne oplyser, at det er vigtigt at indrapportere, når noget går galt, og at der generelt er en forståelse for, at UTH er et redskab til læring og ikke til placering af skyld. I Kysthuset beskrives en fast procedure for opfølgning på UTH, særligt i forbindelse med samlerapportering. Her gennemgås hændelserne systematisk, og der arbejdes med læring og forbedring i relevante mødefora. Et eksempel nævnes, hvor en medarbejder har deltaget i opfølgning på et tryksår, og hvor hele forløbet blev gennemgået - herunder dokumentation, arbejdsgange og mulige forbedringstiltag. Det fremgår dog også, at opfølgning på UTH ikke altid sker systematisk på tværs af organisationen. En medarbejder oplyser, at der ikke nødvendigvis er en struktureret opfølgning, hvilket blandt andet kan skyldes fravær eller travlhed. Der gives udtryk for, at nogle medarbejdere ikke har set opfølgning dokumenteret i referater.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) er på et nogenlunde tilfredsstillende niveau. Der er etableret rammer og strukturer, som har til formål at understøtte et systematisk og læringsorienteret arbejde med UTH, og både ledelse og medarbejdere udviser gode intentioner og engagement i forhold til området. Det er dog tilsynets vurdering, at arbejdet med UTH fortsat befinder sig i en tidlig fase, hvor de eksisterende tiltag endnu ikke har fundet et stabilt leje, der sikrer systematisk opfølgning, læring og udvikling på baggrund af de indberettede hændelser. Dette understøttes af fund ved tilsynet, herunder fejl i medicinhåndtering og dokumentation, hvor læringspotentialer ikke i tilstrækkelig grad omsættes til konkrete forbedringer i praksis. Der er således behov for at styrke synligheden og effekten af det arbejde, der allerede er igangsat, så det i højere grad bidrager til kvalitets sikring og patientsikkerhed i hverdagen.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

Overordnet kan formålet med BDO's tilsynskoncepter udtrykkes i følgende punkter. Tilsynet skal have fokus på:

- Kontrollere, om kvaliteten af den service, som borgerne modtager, er i overensstemmelse med gældende lovgivning, Helsingør Kommunes kvalitetsstandarder og kommunens administrative procedurer og retningslinjer, herunder instrukser for ansvars-, kompetence- og opgavefordeling
- Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgernes individuelle behov
- Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem den individuelle og konkrete visiterede afgørelse, og de indsatser, der leveres til den enkelte borger
- Identificere styrker og udviklingsområder i forhold til løsningen af opgaverne
- Sikre og bidrage til en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse
- Skabe basis for at indsamle og dele viden med henblik på løsning af fælles udfordringer på tværs af de kommunale tilbud.

BDO's tilsynskoncepter tager udgangspunkt i gældende lovgivning og øvrige bestemmelser, retningslinjer og anbefalinger for tilsyn på områderne. Uanset, hvilket område der er tale om, kombinerer tilsynskoncepterne to centrale aspekter - kontrol og læring - som er lige væsentlige.

4.2 Kontrolperspektivet

Kontrollen skal sikre, at regler og normer overholdes, og at borgerne modtager de ydelser, de har krav på ud fra de faglige og etiske standarder, der kan sættes for en ydelse. Samtidig kan kontrollen være medvirkende til at skærpe medarbejdernes fokus på at leve op til de centrale krav til deres arbejde.

4.3 Lærings- og udviklingsperspektivet

Læringsaspektet udfoldes på flere måder. Dette sker dels via medarbejderinterviews med spørgsmål til praksis, dels gennem interview med ledelsen om de administrative og ledelsesmæssige forhold samt via interview og dialog med borgerne og evt. pårørende for at belyse den borgeroplevede kvalitet. Spørgsmålene kan desuden danne grundlag for videre refleksion samt understøtte kvalitetsudviklingen og læring hos medarbejdere og ledelse.

Følgeskab med medarbejdere under tilsynet er ligeledes et vigtigt fokus for BDO og en væsentlig kilde til at forstå - og udfordre - i praksis. Dette giver indblik i medarbejdernes rutiner samt udviklingsområder og åbner op for frugtbare faglige drøftelser. På denne måde bibeholdes det lærende perspektiv - også, hvor der er udfordringer.

Tilsynet understøtter de bærende principper for kommunale tilsyn, som beskrevet i Politik for tilsyn - Helsingør Kommune.

4.4 Tilsynets metoder

I BDO's tilsynskoncepter kombineres en række metoder for at sikre stringent og systematisk dataindsamling. Til brug for tilsynene i Helsingør Kommune tager BDO udgangspunkt i faste skabeloner, udviklet på baggrund af tilbudsmaterialet og med fokus på objektivitet.

Formålet er at skabe et fundament for gennemsigtighed og sammenlignelighed i forhold til de forskellige undersøgte temaer. Metodisk tager BDO afsæt i en anerkendende tilgang med fokus på kontrol og kvalitet samt læring og udvikling. Der veksles i tilgangen mellem forskellige metoder henholdsvis kvalitative interviews, observation og gennemgang af dokumentation.

4.5 Tilsynets tilgang

Tilsynet tager udgangspunkt i teori om social kapital og den anerkendende og værdsættende tilgang med fokus på at lade sig inspirere af dét, der virker på den enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourcer, styrker og gode erfaringer.

5. Vurderingsskala

Efter ønske fra Helsingør Kommune arbejder BDO ud fra nedenstående vurderingsskala ved tilsynene:

Samlet vurdering
1 - Særdeles tilfredsstillende Ingen anledning til bemærkninger
2 - Godt og tilfredsstillende Mindre fejl og mangler
3 - Nogenlunde tilfredsstillende Fejl og mangler som har betydning for borgerens helbred og autonomi
4 - Utilfredsstillende Alvorlige fejl og mangler som har betydning for borgerens helbred og autonomi
5 - Meget utilfredsstillende Alvorlige fejl og mangler som har væsentlig betydning for borgerens helbred og autonomi

5.1 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttet og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte tilsyn gennemføres af 1-3 tilsynsførende, med en sundhedsfaglig baggrund.

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 plejehjem, 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 150 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

