

Opfølgende tilsyn
Gribskov Kommune

Privat leverandør af personlig pleje og
praktisk hjælp
Attendo

Uanmeldt tilsyn
Februar/Marts 2016

INDHOLD

1.0	Formalia	3
2.0	Samlet Tilsynsresultat	4
2.1	Tilsynets vurdering og anbefalinger på de enkelte afdelinger	5
3.0	Datagrundlag	9
4.0	Tilsynets formål	18
4.1	Indhold og Metode	18
4.2	Vurderingsskala	19
5.0	Præsentation af BDO	20
6.0	Høringssvar	21

Forord

Rapporten er bygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt det samlede tilsynsresultat, begrundelse for tilsynsresultatet, bemærkninger og anbefalinger.

Herefter indeholder rapporten de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og ved gennemgang af dokumentation. 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.

Sidste del af rapporten indeholder en kort beskrivelse af formål og metode samt kontaktoplysninger til BDO.



“

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

FORMALIA

Hjemmeplejens navn og adresse

Attendo (Gilleleje), Stæremosen 55, 1., 3250 Gilleleje
Attendo (Græsted), Kirkevej 35, Blistrup, 3230 Græsted
Attendo (Helsingør), Bymosen 8, 3200 Helsingør
Attendo (Vejby), Tisvildevej 28, 3210 Vejby

Leder

Virksomhedschefer:
Louise Ivanhoe Nielsen
Gitte Jartved
Kristine Kjær Jensen
Sussi Hannemann Petersen

Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg

Der er foretaget tilsyn i perioden mellem den 29. februar og den 3. marts 2016.

Datagrundlag

Ved tilsynet er der foretaget gennemgang af faglig dokumentation samt observationer hos borgerne. Tilsynet har interviewet 20 borgere. Borgerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet

Tilsynet har desuden gennemført interview med 16 medarbejdere:

4 social- og sundhedshjælpere
1 social- og sundhedshjælperlev
8 social- og sundhedsassistenter
1 sygehjælper
2 sygeplejersker

Det er ikke muligt for tilsynet at få kontakt til 6 medarbejdere.

Tilsynsførende

Manager Mette Norré Sørensen, Sygeplejerske, PD
Senior Manager Gitte Ammundsen, Sygeplejerske

SAMLET TILSYNSRESULTAT

BDO har på vegne af Gribskov Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn i Attendos afdelinger i Vejby, Græsted, Gilleleje, og Helsingø.

Tilsynet finder fortsat mangler inden for medicin håndteringen og dokumentationen. Desuden er der ikke tilstrækkelig risikofri arbejdsgange i forhold til håndteringen af medicinlister og opbevaring af medicin i borgerens hjem.

Tilsynet finder dog, at de nyudarbejdede procedurer og tjeklister omkring medicin håndtering har været med til at kvalificere arbejdet omkring medicin håndteringen, men at der fortsat er udfordringer på området. Virksomhedscheferne oplyser, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer i forhold til medicin håndtering er et område, der bliver italesat dagligt og ved faglige møder. Tilsynet får oplyst, at overgangen til "Fælles medicinkort (FMK)" har været forbundet med visse udfordringer, både af teknisk karakter og i samarbejdet med lægerne. Tilsynet observerer, at der fortsat ikke er sikre arbejdsgange på området.

Tilsynet finder, at medarbejderne generelt fagligt kan redegøre for observationer og handlinger i forhold til hjælpen til medicin indtagelse og medicin administration.

Borgerne oplever tryghed i forhold til hjælpen til medicin dosering og medicin administration.

Den sundhedsfaglige dokumentation har ligeledes fortsat nogle udviklingspunkter, men også her kan tilsynet se, at der er arbejdet konstruktivt med at højne kvaliteten. I en afdeling arbejdes der for eksempel med en systematisk gennemgang af borgernes journaler for derved at sikre kvaliteten af den sundhedsfaglige dokumentation.

Den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne/handleplanerne indeholder generelt få beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats hos borgerne.

I forhold til udarbejdelse af ernærings screening og "rejse sætte-sig test" ses der lidt forskellige tilgange til denne opgave i afdelingerne.

Tilsynet bemærker dog, at nogle afdelinger har vægtkontrol og rejse-sætte-sig testen indarbejdet på medarbejdernes køreliste.

I forhold til triagering og ændringsskemaer arbejdes der fortsat med at få implementeret en systematisk og målrettet måde i forbindelse med anvendelsen af dette redskab. Tilsynet bemærker dog også her, at nogle afdelinger er længere fremme i processen end andre.

Medarbejderne er kompetente og har kendskab til den sundhedsfaglige dokumentation og god viden og indsigt i borgernes behov for pleje og omsorg samt hjælpen til praktisk støtte.

Medarbejderne kan redegøre for observationer og overvejelser i forhold til den sundhedsfremmende og forebyggende indsats hos borgeren.

Borgerne oplever, at der generelt er sammenhæng mellem den hjælp, som borger har behov for og den hjælp, som borger får tilbudt af Attendo.

Borgerne får generelt den hjælp til praktisk støtte, som de har behov for.

Borgerne oplever generel tilfredshed med kvaliteten i den personlige pleje og hjælpen til praktisk støtte.

Tilsynet bemærker, at der hos en fjerdedel af borgerne ikke er sammenhæng mellem de visiterede og leverede ydelser.

Den daglige kommunikation med medarbejderne oplever borgerne generelt værende respektfuld og anerkendende.

Principperne omkring delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver er ikke et område medarbejderne har specielt kendskab til. Medarbejderne er dog bevidste om egne kompetenceområder.

Tilsynet observerer, at der fortsat er tiltag i gang med udvikling af et egnet arbejdsredskab i forhold til registrering af "Delegeret sygeplejeopgaver".

Tilsynet vurderer, at i forhold til borgere, der er visiteret til en rehabiliterende ydelse, er snitfladerne/samarbejdet mellem Attendo og terapeuterne i Alleris ikke udviklet i et sådant omfang, at opgaven løses kvalificeret og gnidningsløst endnu.

2.1 TILSYNETS VURDERING OG ANBEFALINGER PÅ DE ENKELTE AFDELINGER

Gribskov kommune har ønsket at få tydeliggjort de konkrete fund med deraf følgende vurdering og anbefalinger fordelt på de enkelte afdelinger.

Nedenfor beskrives derfor tilsynets vurderinger og anbefalinger fordelt på de enkelte afdelinger.

Afdeling Vejby

På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf, vurderer BDO, at afdeling Vejby ved det uanmeldte tilsyn har:

En del og/eller væsentlige mangler med betydning for patientsikkerheden, som vil kræve en bevidst og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Denne vurdering tager primært afsæt i de mangler, som tilsynet finder inden for medicin-håndteringen.

Der er fundet fejl i en borgers doseringsæske, idet der ikke er doseret den korrekte ordinerede medicin.

Desuden er flere af de undersøgte borgers medicinskemaer ikke ajourførte i forhold til den medicin, som de har fået doseret. Borgernes doseringsæsker er ikke konsekvent været mærket med navn og cpr. nr.

Der arbejdes ikke målrettet med retningslinjer for sygeplejeinstrukser og delegation, idet der mangler udarbejdelse af ajourførte kompetenceskemaer på næsten samtlige medarbejdere. Ligeledes bemærkes det, at der ikke i samtlige borgeres dokumentation er en sammenhæng mellem de visiterede ydelser og de leverede ydelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne har delvise mangler i forhold til at stemme overens med borgerens nuværende funktionsniveau. Ligeledes er der en udfordring omkring udarbejdelsen af handleplaner, hvor dette skønnes relevant og i forhold til at sikre, at disse er ajourførte i forhold til handling og opfølgning.

Tilsynet bemærker ligeledes, at der i forhold til de borgere, der er visiteret til rehabiliteringsydelser, ikke er udarbejdet tilfredsstillende handleplaner.

- Tilsynet anbefaler, at afdeling Vejby fortsat arbejder med at sikre en korrekt dosering af borgerens medicin. Tilsynet anbefaler, at der er særligt fokus på, at der skal ske en eftertælling af den doserede medicin.
- Tilsynet anbefaler, at det italesættes over for medarbejderne, at der altid skal være sammenhæng mellem medicinskema og den doserede medicin. Tilsynet anbefaler, at afdeling Vejby snarest korrigerer for disse fejl og drøfter observationerne med medarbejderne, der har med opgaver relateret til medicinen at gøre.
- Tilsynet anbefaler, at der udarbejdes kompetenceskemaer på samtlige medarbejdere, og at der arbejdes målrettet med delegering i hverdagen.
- Tilsynet anbefaler, at afdeling Vejby i højere grad sikrer, at der altid er overensstemmelse mellem visiterede og leverede ydelser.

- Tilsynet anbefaler, at afdeling Vejby implementerer indsatser, der skal sikre, at døgnrytmeplaner altid er ajourførte og stemmer overens med borgerens funktionsniveau og leverede ydelser. Tilsynet anbefaler herunder, at der eventuelt implementeres en systematisk egenkontrol til kvalitetssikring af dokumentationen i døgnrytmeplanerne.
- Tilsynet anbefaler, at afdeling Vejby implementerer indsatser, der skal sikre, at handleplanerne altid er ajourførte og stemmer overens med borgerens behov.
- Tilsynet anbefaler, at afdeling Vejby retter henvendelse til Gribskov Kommune og italesætter problemet omkring de manglende handleplaner på rehabiliteringsydelse.

Afdeling Græsted

På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf vurderer BDO, at afdeling Græsted ved det uanmeldte tilsyn har:

Få mangler, som relativt nemt vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.

Denne vurdering begrundes med, at der er en god og tilstrækkelig kvalitet i afdelingen, og at manglerne er få og fordelt over enkelte af tilsynets målepunkter.

Tilsynet konstaterer, at et medicinskema ikke er ajourført i forhold til den medicin, som borgeren har fået doseret.

Desuden konstateres det, at der ikke arbejdes målrettet med retningslinjer for sygeplejeinstrukser og delegation, idet der mangler udarbejdelse af ajourførte kompetenceskemaer på samtlige medarbejdere. Derudover bemærkes det, at der ikke konsekvent er sammenhæng mellem de visiterede ydelser og de leverede ydelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation fremstår generelt tilfredsstillende, dog mangler der ajourføring i én borgers døgnrytmeplan.

- Tilsynet anbefaler, at det italesættes over for medarbejderne, at der altid skal være sammenhæng mellem medicinskema og den doserede medicin. Tilsynet anbefaler, at afdeling Græsted snarest korrigerer for denne fejl og drøfter observationerne med medarbejderne, der har med opgaver relateret til medicinen at gøre.
- Tilsynet anbefaler, at der udarbejdes kompetenceskemaer på samtlige medarbejdere, og at der arbejdes målrettet med delegering i hverdagen.
- Tilsynet anbefaler, at afdeling Græsted i højere grad sikrer, at der altid er overensstemmelse mellem visiterede og leverede ydelser.
- Tilsynet anbefaler, at afdeling Græsted implementerer indsatser, der skal sikre, at døgnrytmeplaner altid er ajourførte og stemmer overens med borgerens funktionsniveau og leverede ydelser. Tilsynet anbefaler herunder, at der eventuelt implementeres en systematisk egenkontrol til kvalitetssikring af dokumentationen i døgnrytmeplanerne.

Afdeling Gilleleje

På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf, vurderer BDO, at afdeling Gilleleje ved det uanmeldte tilsyn har:

En del og/eller væsentlige mangler, som vil kræve en bevidst og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Denne vurdering tager afsæt i, at der er en del og væsentlige mangler, som forekommer bredt over flere af tilsynets målepunkter.

Flere af borgernes medicinskemaer er ikke ajourførte i forhold til den medicin, som borgeren har fået doseret.

Desuden arbejdes der ikke målrettet med retningslinjer for sygeplejeinstrukser og delegation, idet der mangler udarbejdelse af ajourførte kompetenceskemaer på næsten samtlige medarbejdere.

Den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne mangler generelt ajourføring. Desuden bemærker tilsynet, at der er en udfordring i forhold til at sikre udarbejdelse af handleplaner, hvor dette skønnes relevant og en udfordring i forhold til at sikre, at disse er ajourførte i forhold til handling og opfølgning.

Der mangler ernæringscreening og "rejse-sætte-sig test" på de fleste borgere.

Tilsynet bemærker ligeledes, at der i forhold til en borger, der er visiteret til rehabiliteringsydelse, ikke er udarbejdet tilfredsstillende handleplan.

- Tilsynet anbefaler, at afdeling Gilleleje italesættes over for medarbejderne, at der altid skal være sammenhæng mellem medicinskema og den doserede medicin.
- Tilsynet anbefaler, at der udarbejdes kompetenceskemaer på samtlige medarbejdere, og at der arbejdes målrettet med delegering i hverdagen.
- Tilsynet anbefaler, at afdeling Gilleleje implementerer indsatser, der skal sikre, at døgnrytmeplaner altid er ajourførte og stemmer overens med borgerens funktionsniveau og leverede ydelser. Tilsynet anbefaler herunder, at der eventuelt implementeres en systematisk egenkontrol til kvalitetssikring af dokumentationen i døgnrytmeplanerne.
- Tilsynet anbefaler, at afdeling Gilleleje implementerer indsatser, der skal sikre, at handleplanerne altid er ajourførte og stemmer overens med borgerens behov.
- Tilsynet anbefaler, at afdeling Gilleleje sikrer, at der foretages ernæringscreening og "rejse-sætte-sig test" på alle borgere efter de gældende aftaler.
- Tilsynet anbefaler, at afdeling Gilleleje retter henvendelse til Gribskov kommune og italesætter problemet omkring de manglende handleplaner på rehabiliteringsydelser.

Afdeling Helsingø

På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf, vurderer BDO, at afdeling Helsingø ved det uanmeldte tilsyn har:

En del og/eller væsentlige mangler, som vil kræve en bevidst og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Denne vurdering tager afsæt i, at der er en del og væsentlige mangler, som forekommer bredt over flere af tilsynets målepunkter.

Tilsynet bemærker, at borgernes doseringsæsker ikke alle er mærket korrekt eller anført med borgerens navn og cpr. nr.

Der er ikke konsekvent sammenhæng mellem de visiterede ydelser og de leverede ydelser. Der arbejdes ikke målrettet med retningslinjer for sygeplejeinstrukser og delegation, idet der mangler udarbejdelse af ajourførte kompetenceskemaer på næsten samtlige medarbejdere.

Den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne mangler generelt ajourføring. Desuden er der en udfordring i forhold til at sikre udarbejdelse af handleplaner, hvor dette skønnes relevant og en udfordring i forhold til at sikre, at disse er ajourførte i forhold til handling og opfølgning.

Der er ikke konsekvent arbejdet med ernæringscreening og "rejse-sætte-sig test" hos samtlige borgere.

Tilsynet bemærker, at der i forhold til de borgere, der er visiteret til rehabiliteringsydelser, ikke er udarbejdet tilfredsstillende handleplaner.

- Tilsynet anbefaler, at det italesættes over for medarbejderne, at der altid skal være sammenhæng mellem medicinskema og den doserede medicin. Tilsynet anbefaler, at afdeling Helsingø snarest korrigerer for disse fejl og drøfter observationerne med medarbejderne, der har med opgaver relateret til medicinen at gøre.
- Tilsynet anbefaler, at afdeling Helsingø i højere grad sikrer, at der altid er overensstemmelse mellem visiteret og leverede ydelser.

- Tilsynet anbefaler, at der udarbejdes kompetenceskemaer på samtlige medarbejdere, og at der arbejdes målrettet med delegering i hverdagen.
 - Tilsynet anbefaler, at afdeling Helsingør implementerer indsatser, der skal sikre, at døgnrytmeplaner altid er ajourførte og stemmer overens med borgerens funktionsniveau og leverede ydelser. Tilsynet anbefaler herunder, at der eventuelt implementeres en systematisk egenkontrol til kvalitetssikring af dokumentationen i døgnrytmeplanerne.
 - Tilsynet anbefaler, at afdeling Helsingør implementerer indsatser, der skal sikre, at handleplanerne altid er ajourførte og stemmer overens med borgerens behov.
 - Tilsynet anbefaler, at afdeling Helsingør sikrer, at der foretages ernæringscreening og "rejse-sætte-sig test" på alle borgere efter de gældende aftaler.
 - Tilsynet anbefaler, at afdeling Helsingør retter henvendelse til Gribskov kommune og italesætter problemet omkring de manglende handleplaner på rehabiliteringsydelser.
-

DATAGRUNDLAG

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til hvert målepunkt samt generelle bemærkninger til hvert mål.

Det skriftlige grundlag i henhold til § 83 vejledning nr. 2, jf. lov om social service og kommunens kvalitetsstandarder

Mål 1				
Der foreligger en skriftlig afgørelse med den bevilgede hjælp				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		X		<p>Alle omsorgsjournalerne indeholder funktionsvurdering og ydelsestildeling, som er udarbejdet af visitationen. Attendo arbejder primært med døgnrytmeplaner og handleplaner, dog bemærker tilsynet, at få journaler ikke indeholder disse dokumenter, og der derved ikke er en aktuell beskrivelse af borgerens behov for pleje.</p> <p>Der ses ingen sygeplejefaglige udredninger hos de borgere, som modtager Sundhedslovsydelser. Tilsynet får oplyst, at disse kun skal udarbejdes, når visitationen beder om det.</p> <p>De forskellige enheder i Attendo fortæller alle, at de i meget begrænset omfang tager udgangspunkt i funktionsvurderingerne i forhold til udarbejdelse af døgnrytmeplan og handleplan.</p>
Observation		X		<p>I 15 ud af 20 journaler er der sammenhæng mellem den visiterede og den leverede hjælp.</p> <p>I de sidste 5 journaler er der blandt andet visiteret til bad, støttestrømpe, morgenmad, middagsmad og færden udendørs, som alle er visiterede ydelser, som borgeren ikke mere benytter eller ikke har benyttet gennem en længere periode.</p> <p>Tilsynet observerer, at Attendo fortsat har en udfordring med at få meldt tilbage til Gribskov Kommune, hvis der er visiterede ydelser, der ikke udføres af den ene eller anden grund. Tilsynet bemærker dog, at omfanget er betydeligt mindre end sidste års tilsyn, og at medarbejderne har fokus på tilbagemeldingspligten.</p>
Borger	X			<p>Borgerne oplever, at der generelt er sammenhæng mellem den hjælp, som borger har behov for og den hjælp, som borger får tilbudt at Attendo.</p> <p>2 ud af 20 borgere er dog mindre tilfredse.</p> <p>En borger påpeger, at hun ikke har fået den særlige støtte, som hun har brug for i forbindelse med sit syns handicap.</p> <p>En anden borger fortæller, at hun ikke har fået den ønskede gåtur, som var aftalt i forbindelse med klippekortordningen</p>
Medarbejder	X			Medarbejderne kan beskrive omfang og indhold i den bevilgede hjælp.

Personlig pleje i henhold til Servicelovens § 83 samt kommunens kvalitetsstandarder

Mål 2				
Der foreligger en samlet plan for den praktiske indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		X		<p>Tilsynet bemærker, at alle afdelingerne i Attendo fortsat har en udfordring i forhold til at sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne er beskrevet efter de retningslinjer, som er påkrævet af Gribskov Kommune.</p> <p>Tilsynet bemærker, at selv om kvaliteten er meget forskellig i de undersøgte døgnrytmeplaner, observeres der en tydelig forbedring og udvikling i disse siden sidste tilsyn.</p> <p>Døgnrytmeplanerne kan dog med fordel beskrives endnu mere handlevejledende og individuelt gennem hele døgnet og tage udgangspunkt i borgerens ressourcer, vaner og ønsker.</p> <p>Ligeledes er der døgnrytmeplaner, som mangler ajourføring i forhold til borgerens nuværende funktionsniveau, således at de afspejler de ydelser og den hjælp, som borgeren skal tilbydes gennem hele døgnet.</p> <p>Der mangler desuden en tydelig beskrivelse i døgnrytmeplanerne i forhold til, hvorvidt der er tale om aktiverende/rehabiliterende eller kompenserende hjælp.</p> <p>Ligeså vil en henvisning til relevante handleplaner gøre døgnrytmeplanerne mere brugbare i forhold til det arbejdsredskab, som døgnrytmeplanerne er tiltænkt.</p> <p>Tilsynet bemærker, at i forhold til borgere, der modtager hjælp til rehabilitering, er der kun i et tilfælde udarbejdet en døgnrytmeplan.</p> <p>I forhold til handleplaner bemærker tilsynet, at der også på dette område er sket et kvalitetsløft siden sidste tilsyn, men at der fortsat ikke konsekvent bliver udarbejdet handleplaner i den udstrækning, hvor dette ifølge kommunens retningslinjer er påkrævet.</p> <p>Eksempelvis i forhold til medicinadministration, øjendrypning, smertepaster og ernæringsindsats.</p> <p>Tilsynet bemærker desuden, at handleplanerne langt fra indeholder en opfølgning eller evaluering på indsatsen, og nogle bør afsluttes, da de ikke mere er relevante.</p> <p>Tilsynet får oplyst, at der er nogle tekniske problemstillinger, således at det kan være vanskeligt at få evalueringssdelen beskrevet i handleplanerne.</p> <p>Tilsynet bemærker, at der er blandt virksomhedschefer er usikkerhed omkring, hvornår der skal udarbejdes handleplaner.</p>
Borger	X			<p>Borgerne giver udtryk for, at kvaliteten af den personlige pleje er tilfredsstillende.</p> <p>Borgerne er dog alle enige om, at kvaliteten i den grad hænger sammen med, at det er en fast medarbejder, der kommer i hjemmet.</p>

				<p>En fjerdedel af de borgere, som tilsynet interviewer, mener, at der kommer for mange forskellige medarbejdere i hjemmet.</p> <p>Borgerne fortæller, at det opleves, at afløsere og vikarer ikke alle har det samme kendskab til de opgaver, der skal løses hos borgeren.</p>
Medarbejder	X			Medarbejderne kan redegøre for den faglige indsats i forhold til hjælpen til personlig pleje.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Mål 3				
Der er redegjort for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		X		<p>Den sundhedsfaglige dokumentation i døgnrytmeplanerne/handleplanerne indeholder generelt få beskrivelser af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats hos borgerne.</p> <p>I forhold til udarbejdelse af ernæringscreening og "rejse-sætte-sig test" ses der lidt forskellige tilgange til denne opgave i afdelingerne.</p> <p>Tilsynet bemærker dog, at de fleste afdelinger har vægtkontrol og "rejse-sætte-sig testen" indarbejdet på medarbejdernes køreliste.</p> <p>I forhold til triagering og ændringsskemaer arbejdes der fortsat med at få implementeret en systematisk og målrettet måde i forbindelse med anvendelsen af dette redskab. Tilsynet bemærker dog, at nogle afdelinger er længere fremme i processen end andre, men at der fortsat ikke konsekvent bliver udarbejdet en handleplan med henblik på at genoprette borgerens habituelle tilstand, når der er tegn på ændring i helbredstilstanden.</p>
Observation	X			Tilsynet observerer ingen risici, der ikke bliver taget hånd om i den daglige omsorg for borgerne.
Borger	X			Borgerne giver generelt udtryk for, at der bliver taget hånd om deres bekymringer af helbredsmæssig karakter.
Medarbejder	X			<p>Medarbejderne kan fagligt redegøre for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats hos borgerne.</p> <p>For eksempel fortæller en medarbejder, at hun i forhold til en faldtruet borger har talt med borger om anvendelsen af fodtøj, der sidder godt på foden.</p> <p>En anden medarbejder er meget bevidst om, at borgeren ikke tager så meget initiativ selv, hvorfor medarbejderen forsøger at motivere borgeren til at være aktiv. Eks. i forhold til selv at gå ud med skrald, lave kaffe og lign.</p> <p>En tredje medarbejder har fokus på borgerens dårlige ernæringstilstand. Medarbejder motiverer borgeren til at indtage sufficient kost.</p>

				<p>En fjerde medarbejder er opmærksom på borgerens væskeindtagelse og nøder til indtag ved hvert besøg.</p> <p>En femte medarbejder er meget bevidst om, at borgeren er begyndt at ændre adfærd og er opmærksom på, om borgeren er ved at få en urinvejsinfektion. Medarbejder er opmærksom på væskeindtag og borgerens udskillelse i forbindelse med hjælp til bleskift.</p>
--	--	--	--	---

Praktisk hjælp i henhold til Servicelovens § 83

Mål 4				
Borgeren sikres hygiejnemæssig forsvarlig renholdelse af boligen og rekvisitter				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation		X		<p>Tilsynet bemærker, at døgnrytmeplanerne/handleplanerne generelt mangler beskrivelser af borgernes visiterede ydelser i forhold til hjælpen til praktisk støtte, rengøring, madservice og tøjvask.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at det er relevant at beskrive de særlige opmærksomheder/omstændigheder, der er i forhold til levering af disse ydelser, for at kunne inddrage borgeren og understøtte individuelle ressourcer på området</p>
Observation	X			<p>Den hygiejniske standard i borgernes boliger er generelt tilfredsstillende.</p> <p>I 2 borgeres boliger er det tydeligt, at der er helt særlige udfordringer. Boligerne er i en mindre god hygiejnisk tilstand. Tilsynet er dog ikke i tvivl om, at Attendo leverer en målrettet indsats.</p>
Borger	X			<p>Borgerne udtrykker generelt tilfredshed med rengøringshjælpens kvalitet.</p> <p>Flere borgere fortæller, at de er meget tilfredse med hjælpen. Ofte hjælpes de med opgaver, man ikke umiddelbart kan forvente hjælp til.</p> <p>Borger oplever, at det næsten altid er den samme, der kommer - meget tilfreds hermed, da medarbejder kender boligen og opgaven rigtigt godt.</p> <p>2 borgere er lidt utilfredse.</p> <p>En borger fortæller, at det opleves, at der er for lidt tid. Medarbejderne når ikke at udføre alt omkring den aftalte opgave. Borger får eksempelvis datter til at skifte sengetøj nu, da medarbejderne sjældent når det.</p> <p>Anden borger fortæller, at kvaliteten ikke er specielt god, da medarbejder glemmer at gøre rent under sengen og i hjørnerne. Borger forklarer, at han af denne grund altid følger godt med i udførelsen af hjælpen.</p>
Medarbejder	X			<p>Medarbejderne kan fortælle om de særlige indsatser i forhold til hygiejniske risikofaktorer hos borgerne.</p>

Styrket indsats vedrørende Hverdagsrehabilitering

Mål 5 Der arbejdes med aktiverende, rehabiliterende eller kompenserende indsats				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			X	<p>Tilsynet besøger 4 borgere, som er visiteret til rehabiliterende hjælp.</p> <p>Hos 3 borgere mangler der udarbejdelse af en handleplan. Tilsynet bemærker, at borgerne har været i gang med den rehabiliterende indsats gennem en længere periode.</p> <p>Det er ikke muligt at fremfinde dokumentation på startundersøgelse eller indledende samtale hos borgeren.</p> <p>Tilsynet får oplyst, at det er Alleris, der skal udarbejde handleplanerne.</p> <p>Hos en borger er der udarbejdet en døgnrytmeplan, som dog ikke i tilstrækkelig grad afspejler, hvilken konkret indsats der skal ydes i forbindelse med den rehabiliterende ydelse.</p> <p>I forhold til 1 borger foreligger der en handleplan på den rehabiliterende indsats. Denne handleplan er ikke handlevejledende og individuel beskrevet. Det fremgår ikke, hvilken rehabiliterende indsats der skal leveres præcist - der er beskrevet problemstillinger, som der ikke er taget stilling til. Eksempelvis borgerens behov for hjælp til mad og borgerens nedsatte motivation til at egne ressourcer medinddrages og udvikles. Handleplanen har karakter af et notat.</p>
Observation			X	<p>Tilsynet observerer, at i forhold til borgere med en rehabiliterende ydelse, er snitfladerne/samarbejdet mellem Attendo og terapeuterne i Alleris generelt ikke udviklet i sådan omfang, at opgaven løses kvalificeret og gnidningsløst.</p> <p>Tilsynet får oplyst, at det er Alleris, der har den udførende opgave i forhold til at få planlagt det rehabiliterende forløb hos borgeren.</p> <p>Tilsynet bemærker, at medarbejderne i Attendo virker afventende og ikke handlekraftige i forhold til at få sat en målrettet rehabiliterende indsats i gang, idet de givne rammer for løsning af opgaven ikke er optimale.</p> <p>Tilsynet observerer, at 2 af de borgere, som er visiteret til rehabiliterende ydelse, umiddelbart ikke vil have den store effekt af denne ydelse, da de har permanente funktionsnedsættelser og allerede før modtagelsen af den rehabiliterende ydelse har haft kompenserende hjælp.</p> <p>Tilsynet får oplyst, at der foregår en faglig drøftelse mellem leverandør og terapeuter i forhold til borgernes egnethed til at modtage den rehabiliterende ydelse.</p> <p>Tilsynet finder, at denne faglige drøftelse bør effektueres, således at hjælpen til borgerne bliver afstemt tidligt i processen.</p>

				I forhold til de 2 andre borgere er den ene borger netop blevet afsluttet samme dag og overgået til varig hjælp. Den anden borger oplevede god effekt af den rehabiliterende indsats.
Borger			X	3 ud af 4 borgere kender ikke formålet med den rehabiliterende hjælp og kan ikke helt forstå hensigten med, at de pludselig skal have en anden leverandør tilknyttet. En borger er meget bekymret for fremtiden, da hun giver udtryk for ikke at kunne undvære hjælpen, da hendes fysiske funktionsniveau er skrøbeligt og ifølge lægerne ikke bliver bedre. En anden borger er ligeledes meget ængstelig for fremtiden og fortæller, at hendes leddegigt gør, at det ikke er muligt at bruge hænderne til tilberedning af mad.
Borger			X	Borgerne fortæller, at de ønsker at kunne klare sig selv og er motiveret for træning, men grundet kronisk sygdom vil det ikke være muligt at forbedre funktionsniveauet. Borgerne oplever ikke, at de har haft den store indflydelse på det rehabiliterende forløb, og de er ikke rigtigt klare over, hvad forløbet egentlige indebærer. Borgerne mener ikke, at de har været igennem træning eller vejledning i forhold til den leverede hjælp
Borger			X	Alle 4 borgere fortæller, at deres funktionsniveau ikke er forbedret siden opstart af den rehabiliterende indsats.
Medarbejder			X	Medarbejderne fortæller, at ingen af borgerne har en handleplan, og at der ikke er blevet afholdt opstartsmøde med Alleris. Den kommende arbejdsform er ikke rigtigt kommet i gang, da der mangler terapeuter hos Alleris. Medarbejderne har hjulpet borgeren i det omfang, det er skønnet relevant
Medarbejder	X			Medarbejderne fortæller, at indsatserne hos de 4 borgere er mere af aktiverende og kompenserende karakter.

Medicinhåndtering i henhold til gældende retningslinjer vedr. medicinhåndtering

Mål 6

Borgeren modtager den visiterede hjælp til medicindosering/medicinadministration iht. Sundhedsloven

	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	X			16 ud af 20 borgere modtager hjælp til medicindosering Borgernes medicinskema følger generelt retningslinjerne på området. Tilsynet bemærker, at implementeringen af FMK fortsat giver nogle udfordringer i forhold til at få seponeret uaktuel medicin rettidigt.

				Tilsynet får oplyst, at der arbejdes målrettet med implementeringsprocessen og det fremadrettede samarbejde omkring FMK.
Observation (1)		X		<p>Tilsynet observerer, at borgernes medicin opbevares på mange forskellige måder i borgernes hjem. Det kan derfor være vanskeligt og tidskrævende, at orientere sig om borgeren har den relevante medicin, og om den er opbevaret korrekt.</p> <p>Tilsynet observerer, at ikke alle borgeres medicin opbevares efter de gældende regler og finder samtidig hos en borger, at samtlige fjorten doseringsæsker er angivet med en anden borgers navn og cpr.nr. Borger genkender ikke navnet på doseringsæskerne.</p> <p>Der observeres ligeledes, at flere doseringsæsker ikke er anført med navn og cpr nr.</p> <p>Tilsynet finder desuden medicin hos 2 borgere, hvor udløbsdatoen er overskredet.</p> <p>Tilsynet finder, at en ensartet instruks til opbevaring af medicinen kan bidrage til et kvalitetsløft på området og samtidig være med til at minimere en eventuelt risiko for fejl i medicin håndteringen.</p> <p>Det anbefales, at aktuelt medicin opbevares samlet, f.eks. i en specielt kasse, at aktuelt medicin, der er taget i brug, afmærkes med et kryds, så det fremgår, at denne medicin skal bruges først. Desuden finder tilsynet, at det er relevant, at seponeret eller pauseret medicin, som vurderes ikke at skulle til destruktion, opbevares i afmærket pose adskilt fra aktuelt medicin. Ligeledes, at for gammel medicin opbevares i afmærket pose adskilt fra aktuelt medicin, indtil posen afleveres på apotek.</p>
Observation (2)			X	<p>Tilsynet observerer uoverensstemmelse mellem skema "Medicinliste" i omsorgssystemet og den medicin, der er doseret i doseringsæskerne i borgerens hjem i flere tilfælde.</p> <p>Ligeledes ses der i en borgers medicinliste, at medicinen er doseret på andet tidspunkt end beskrevet på medicinlisten. Tilsynet bemærker, at medicinændringerne ikke er af nyere dato og derfor burde være blevet effektueret.</p> <p>Hos en anden borger ses doseret 1 tbl. X 3 dagligt i stedet for en ½ tbl. x 3 dagligt, som der er beskrevet på medicinlisten. Borger fortæller, at han er gået op i styrke i medicinen. Tilsynet får oplyst, at denne ordination kan have foregået via en telefonordination fra egen læge, som efterfølgende har glemt at ændre dette i FMK. Der foreligger ingen skriftlig dokumentation for ændringen i handleplanen for medicin.</p> <p>Tilsynet pointerer, at et ikke korrekt ført medicinskema meget let kan være årsag til, at borgeren får den forkerte medicin.</p> <p>Tilsynet finder en doseringsfejl i en borgers doseringsæske. Det drejer sig om en manglende smertestillende tablet i en doseringsæske om morgenen.</p>
Borger	X			Borgerne tilkendegiver generel tilfredshed og har kendskab til aftaler omkring medicindosering.
Medarbejder	X			Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der sikres korrekt medicindosering.

				<p>Medarbejderne oplyser, at der ved dosering altid benyttes de elektroniske medicinlister, som aflæses på den medbragte tablet, dette for at sikre, at det altid er opdaterede oplysninger, der doseres efter.</p> <p>Medarbejderne har fokus på at placere sig hensigtsmæssigt med god belysning, når der skal doseres. Efterkontrollerer altid medicin, og der finder aldrig en efterdosering sted.</p> <p>Medarbejderne fortæller, at der efter sidste tilsyn er arbejdet med at sikre korrekt medicin håndtering. Der er udarbejdet procedurer og tjekskemaer både til faste medarbejdere og vikarer for at sikre, at alt er i orden hos borgerne, som får hjælp til medicin.</p>
--	--	--	--	--

Hjælp til medicinindtagelse

Mål 7				
Borgeren modtager den visiterede hjælp til medicinindtagelse				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	X			Medicinoplysningerne forefindes kun elektronisk, alle medarbejdere har adgang til disse på deres håndholdte telefon.
Observation	X			Tilsynet observerer, at den medicin, der skal være givet på tilsynstidspunktet, er givet.
Borger	X			De borgere, der modtager hjælp til medicinindtagelse, oplever tryghed i forbindelse med hjælpen.
Medarbejder		X		<p>Medarbejderne kan generelt redegøre for observationer i forbindelse med hjælpen til medicinindtagelsen.</p> <p>Tilsynet fik dog ikke mulighed for at interviewede samtlige medarbejdere i forhold til de besøgte borgere.</p> <p>En medarbejder er meget usikker i sin præstation og er ikke bevidst om, at der er en forpligtelse i forhold til at kontrollere medicinen, før den udleveres til borgeren.</p> <p>Medarbejderne er alle meget opmærksomme på at få signeret, at medicinen er givet på rette tidspunkt.</p>

Kommunikation og respekt

Mål 8				
Borgeren oplever respektfuld kommunikation				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Observation	X			I forhold til de medarbejdere, tilsynet møder i hjemmet hos de besøgte borgere, overhøres kun venlig og imødekommende kommunikation.
Borger	X			<p>Alle borgere giver udtryk for, at kommunikationen mellem borger og medarbejder er respektfuld.</p> <p>Borgerne er dog meget enige om, at der kommer for mange forskellige medarbejdere i hjemmet, og det kan være svært at opnå en fortrolighed.</p>
Medarbejder	X			Medarbejderne kan generelt fortælle om handlinger, der sikrer respektfuld kommunikation med borgerne.

				<p>For eksempel fortæller en medarbejder, hvordan vedkommende er tilstede i nuet, hilser pænt og præsenterer sig, en positiv kontakt og tilgang tilstræbes altid i mødet med borgeren.</p> <p>En anden medarbejder spørger ind til borgerens trivsel, og hvad borgeren har foretaget sig siden sidst, uden dog at være påtrængende og virke nysgerrig.</p>
--	--	--	--	--

Styrket indsats vedrørende medarbejderkompetencer

Mål 9				
Der arbejdes med kompetenceudvikling i relation til den enkelte medarbejder				
	Ja	Delvis	Nej	Bemærkninger
Dokumentation			X	<p>Ledelsen i Attendo oplyser, at der er ved at blive udarbejdet skemaer til registrering af de delegerede sygeplejeopgaver, og der derfor ikke kan fremvises dokumentation på dette område.</p> <p>Tilsynet bemærker, at der i forhold til denne opgave ikke er sket en udvikling siden sidste tilsyn.</p>
Observation	X			De medarbejdere, som indgår i interviewet, har uddannelsesmæssigt de fornødne kompetencer til at varetage den delegerede opgave.
Borger	X			Borgerne er tilfredse med den delegerede hjælp.
Medarbejder	X			Medarbejderne er ikke bekendte med kompetenceoversigt og principperne for delegering, men fortæller, at de er bevidste omkring deres fagområde og ved usikkerhed tager kontakt til gruppekoordinator.

TILSYNETS FORMÅL

Formålet med tilsyn i Gribskov Kommune er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer, og den praksis der udføres på stedet samt at bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af tilbuddets rammer og indhold.

Sammenfattende er formålet med de uanmeldte tilsyn at:

Kontrollere og belyse, om der i forhold til ældreområdet er sammenhæng mellem den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte beboer og de ydelser, der leveres til den enkelte.

Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte tilbud.

Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.

Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.

Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.

Afdække styrker og forbedringsmuligheder i tilbuddenes måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.1 INDHOLD OG METODE

I BDO's tilsynskoncept for uanmeldte tilsyn i Gribskov Kommune er der udarbejdet 9 mål, som tager udgangspunkt i Kommunes kvalitetsstandarder, ydelseskatalog og retningslinjer.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i en helhedsvurdering af Hjemmeplejen/Hjemmesygeplejen ved hjælp af følgende målemetoder:

- Kontrol af Hjemmeplejens/Hjemmesygeplejens faglige dokumentation.
- Observation i udvalgte borgeres boliger.
- Interview med borgere, evt. pårørende og medarbejdere.
- Drøftelse med ledelsen.

I de uanmeldte tilsyn hos leverandøren for personlig pleje og praktisk hjælp arbejder BDO ud fra indikatorer på forskellige kvalitetsområder.

Der indsamles data ud fra fire forskellige datakilder, hhv. faglig dokumentation, observation, interview med borgeren og interview med en relevant medarbejder. Samlet set giver de fire metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som borgerne modtager i hjemmeplejen.

Følgende punkter indgår i tilsynskonceptet:

Omsorgs- og plejemæssige praksis	Organisatoriske og personale-mæssige forhold	Øvrige
Det skriftlige grundlag for ydelsen Personlig pleje Sundhedsfremme og forebyggelse Praktisk hjælp Hverdagsrehabilitering Medicinhåndtering (dosering og indtagelse) Kommunikation	Medarbejder kompetencer	

4.2 VURDERINGSSKALA

Efter ønske fra Gribskov Kommune arbejder tilsynet ud fra følgende vurderingsskala:

1	Ingen, få, eller mindre væsentlige mangler
2	Få mangler, som relativt nemt vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats
3	En del og/eller væsentlige mangler, som vil kræve en bevidst og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.
4	En del og/eller væsentlige mangler, med betydning for patientsikkerheden, som vil kræve en bevidst og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.
5	Væsentlig kritik. Der er fare for patientsikkerheden i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind.

PRÆSENTATION AF BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner, herunder tilsyn på ældreområdet og socialområdet.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejecentre, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering mm.

BDO

Statsautoriseret revisionsaktieselskab

Havneholmen 29

DK-1561 København V

Tlf.: 3915 5200

www.bdo.dk

HØRINGSSVAR

Hørings svar ” NY Tilsynsrapport 2016 i Gribskov Kommune”

Generelle bemærkninger til den opfølgende tilsynsrapport.

Attendo har med glæde kunnet konstatere, at den opfølgende tilsynsrapport er opdelt i vore fire hjemmeplejeenheder: Vejby, Græsted, Gilleleje og Helsinge. Denne opdeling og tilsynsrapportens vurdering giver os et billede af, hvor jeres anbefalinger ligger, og hvor vi skal fokusere med en målrettet indsats.

Rapporten fortæller, at vi har arbejdet målrettet for at forbedre de anbefalinger, vi sidst modtog.

Det er ikke alle opgaver, vi er kommet i mål med, men vi mener, at vi er på rette vej og er glade for, at tilsynet er enige i det.

Vi har stadig store udfordringer med FMK, men det er en opgave, vi samarbejder om, og det er en opgave, der er landsdækkende. De observationer, tilsynet har gjort sig, er dog ikke alene af teknisk karakter, men også menneskelige, og dette vil vi fremadrettet være meget opmærksomme på.

Ligeledes udfordres vi på at få de visiterede rehabiliterede ydelser til at blive en succes hos borgerne. Vi er i tæt dialog med kommunen og dennes samarbejdspartner, som pt har et reguleringsbehov med hensyn til terapeuter.

Tilsynsrapporten fortæller, at medarbejderne generelt er fagligt velfunderede og kan redegøre for observationer og handlinger i forhold til hjælpen hos den enkelte borger.

Tilsynsrapporten fortæller også, at borgerne føler tryghed i forhold til hjælpen.

Attendo vil arbejde målrettet på at opfylde tilsynets anbefalinger i et tæt samarbejde med Gribskov Kommune.

Der er følgende oplysninger og kommentarer fra de enkelte afdelinger:

Helsinge By 2016:

I afsnit 2.1. anbefaler tilsynet, at vi tager kontakt til myndigheden og omtaler problematikken omkring rehab, idet der ind imellem kan gå længere tid, før vi modtager handleplaner / døgnrytmeplaner. Årsagen til problemet er, at der i øjeblikket er en mangel på terapeuter til at varetage opgaverne.

Tilsynet havde desværre ikke fået informationer om, at rehab ikke kun kører ud fra Vejby, men er fordelt ud på de enkelte afdelinger. Ligeledes var fordelingen mellem

Attendo og leverandøren af terapeutisk bistand i forhold til ansvaret for handleplaner ikke tydelig.

Rapporten peger på usikkerhed omkring udarbejdelse af handleplaner. Vi beklager denne misforståelse, da vor opfattelse hidtil har været, at der skulle udarbejdes handleplaner på alle ydelser, og vi hilser tilsynets informationer velkommen vedrørende dette område, da det drejer sig om handleplaner "på borgere med et ustabil forløb eller om ændringer". Vi vil drøfte sagen med visitationen.

Gilleleje 2016:

I forbindelse med rapporten nævnes der lidt om arbejdsgange med hensyn til medicin håndtering, FMK. Her har medarbejdere oplevet, at ikke al medicin bestilt gennem FMK er gået igennem. Dette kan give problemer / udfordringer, da borgeren i sådanne tilfælde ikke modtager den bestilte medicin, hvilket igen forhindrer personalet i at dosere til flere dage ad gangen, ligesom vi i nogle tilfælde oplever, at medicinskemaer ikke kan udskrives, når en borger udskrives fra et sygehus. Skemaet er "låst", og konsekvensen er, at vi ikke umiddelbart kan opdatere eller bestille ny medicin, før vi har fundet årsagen til problemet. Vores nedsatte "Medicin styregruppe" arbejder på en snarlig løsning af problemet.

Vedrørende rehab ydelser er vi endnu ikke i mål med handleplaner, men årsagen er ikke umiddelbart et direkte Attendo problem, men et samspil af flere faktorer, blandt andet mangel på terapeutisk bistand fra leverandør. Dette har desværre medført, at vi hos enkelte borgere ikke har en handleplan at planlægge rehab forløbet ud fra.

Vejby 2016:

Under Helsingør er nævnt, at vi arbejder målrettet på implementering af Avaleo, ligesom vi arbejder med en "Medicin styregruppe", der skal sikre arbejdsgange i FMK. Referat "Medicin styregruppen", 11. 02. 2016 er vedhæftet.

Referatet omtaler bl.a.: FMK – status på drift herunder diverse udfordringer, som for eksempel kendte fejl, der er meldt til Avaleo og Medcom.

Desuden har vi konstateret, at receptfornyelse ikke altid går ind som advis på alle lægesystemer, når der bestilles receptfornyelse via FMK. Der arbejdes ligeledes med dette i Medcom.

Privatpraktiserende øjenlæger kan for nuværende ikke gå ind i FMK, og dette kan medføre, at der f.eks. ikke står øjendråber på medicinlisten.

Vi havde en fejl i en borgers medicin, hvor der manglede en smertestillende pille i en enkelt dosering. Dette er selvfølgelig meget uheldigt og blev straks rettet op.

I rapporten er nævnt, at der ikke er sammenhæng mellem de visiterede ydelser og de leverede ydelser. Dette beklager vi meget, og det er helt bestemt noget, vi i fremtiden vil være meget opmærksomme på.

En borger fortæller, at hun ikke har modtaget hjælp til sin særlige behov til oplæsning grundet synsnedsættelse. Baggrunden var ikke mangel på oplysninger om ydelsen, men alene en fejl disponering fra vor side, idet det var vor polske sygeplejerske, der var på besøg, og her var en sprogbarriere. Borgeren fik derfor hjælpen til gennemgang af breve et par dage efter.

Tilsynet bemærkede, at der ikke var handle- og døgnrymteplaner på borgere, der er visiteret til rehab. I Vejby har der ikke været en terapeut hos vores rehab borgere i en længere periode. Det er terapeuterne der på første besøg skal udarbejde handleplaner på alle rehabiliterings borgere. De skal udover dette udarbejde en midtvejsevaluering samt en slutvurdering. Attendo skal løbende dokumentere ud fra de aftalte udarbejdede planer. Desværre er dette ikke sket i det omfang, som vi havde aftalt, da der mangler terapeuter.

Tilsynet bemærker, at mindst 2 borgere, som er visiteret til rehab, ikke umiddelbart vil have den store effekt af denne ydelse, da de har permanente funktionsnedsættelser. I det ene tilfælde (en Vejby borger) handler det om, at terapeuten havde været i hjemmet, hvor hun havde fået udarbejdet en startvurdering og slutvurdering uden at have sendt disse. Da vi ikke dagligt gennemgår alle borgeres handleplaner, opdager vi det først langt senere, ligesom visitationen havde ej heller fået besked. Dette beklager vi naturligvis og har sat en ny procedure i gang for at forhindre en gentagelse.

Vi tager tilsynets anbefalinger til os, og vi vil målrettet arbejde for forbedringer på de anbefalede områder.

Græsted 2016:

Ved tilsynet er der fundet en fejl i et medicinskema, hvor borger tidligere fik 0,5 tablet à 10 mg. Egen læge ændrede senere ordinationen til 1 tablet à 5 mg. Dette var ikke ændret på medicinskemaet, idet vi gik ud fra, at det var egen læge, der skulle ændre oplysningen. Vi har imidlertid fundet ud af, at vi selv kan ændre i sådanne ordinationer. Dette er derfor formidlet ud, og borgerens medicinskema er naturligvis rettet.

Tilsynet henviste endvidere til, at der blev fundet uoverensstemmelser i visitering og levering hos en borger. Det drejede sig om en borger, hvor vi hjalp med kompressionsstrømper, hvilket der ikke var visiteret til. Vi har efterfølgende gennemgået borgerne og kan se, at nævnte borger var visiteret den 28.02, hvorfor der er overensstemmelse med visitering og levering.

Ved en anden borger, var borgeren visiteret til hjælp til bad. Det er korrekt, at vi ikke udførte badet, da borger selv kan varetage opgaven. Borgeren har dog brug for hjælp til, at vi fastholder ham i at få det gjort. Vi aftalte med ham om hvornår, og vi følger selvfølgelig op på, om dette også sker. Dette fokus på bad, antager vi også ligger i visiteringen, hvorfor vi ikke har lukket ydelsen.

Med venlig hilsen

Lissen Steffensen

Lissen Steffensen
Viceregionschef

KONTAKT

HELEN HILARIO JØNSSON
Director og leder af BDO Tilsyn

m: +45 2429 5079
e: hej@bdo.dk

www.bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, en danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger godt 1.100 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO netværk har godt 64.000 medarbejdere i 154 lande.

Copyright - BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, cvr.nr. 20 22 26 70.

