

**Opfølgende tilsyn  
Bonderosens Rengøring og Pleje A/S  
1.-2. december 2014**

***Tilsynsførende:  
Mette Petersen, Sygeplejefaglig koordinator  
Gitte Widmer, Kvalitetskoordinator***

**Indholdsfortegnelse:**

<b>Baggrund for det opfølgende tilsyn.....</b>	<b>3</b>
<b>Tilsynets fokusområder.....</b>	<b>4</b>
<b>Konklusioner.....</b>	<b>5</b>
<b>Anbefalinger.....</b>	<b>6</b>
<b>Bilag 1: Tilsynets observationer.....</b>	<b>7</b>
<b>Bilag 2: Leverandørens kommentarer.....</b>	<b>13</b>

## Baggrund for det opfølgende tilsyn

Ved det uanmeldte kommunale tilsyn, som blev gennemført hos Bonderosen Pleje og Rengøring A/S d. 18.-22. august 2014, blev der observeret fejl og mangler. I forhold til dokumentation og sygepleje blev det konkluderet:

- *at den skriftlige dokumentation var mangelfuld på alle punkter og vurderes at udgøre en risiko for de berørte borgers helbredsmæssige sikkerhed.* Her tænkes specifikt på uoverskuelig medicinskemaer med rettelser og overstregning og uden klar eller forkert dosisangivelse mm.
- *at der ikke udvises nødvendig omhu i udførelsen af de sygeplejefaglige opgaver.* Bl.a. foreligger der ingen handleplaner for en borgers AKbehandling, smertebehandling, øjenbetændelse eller et sår, man har observeret.
- *at organisationen rummer en mundtlig formidlingskultur, der understøtter den skriftlige dokumentation og som blandt andet skal sikre, at den enkelte medarbejder forstår en given opgave og har mulighed for at sparre, men at tilsynet samtidig må konkludere, at de sygeplejefaglige kompetencer, som er en forudsætning for en adækvat sparring tilsyneladende ikke anvendes i dagligdagen.* Denne konklusion bygges bl.a. på , at der er uklarhed i fht. til procedurer og mange tilfælde af manglende opfølgning på plejereleterede problemstillinger,
- *at 3 ud af 3 undersøgte sygeplejefaglige instrukser ikke var fyldestgørende.* De 3 instrukser er journalføring, smitterisiko og medicinbehandling.
- *at der er usikkerhed omkring reglerne for delegering af sygeplejefaglige opgaver.* Det viser sig bl.a. omkring håndtering af smertepaster.

Det blev i tilsynsrapporten anbefalet, at der blev gennemført et opfølgende tilsyn i november 2014.

De observationer, der er blevet gengivet i det ovenstående, gav anledning til, at Center for Social og Sundhed (CSS) tildelte Bonderosens Rengøring og Pleje A/S et rødt påbud, der pålagde leverandøren at få rettet op på de kritisable forhold inden for 3 uger. Leverandøren har inden for den givne frist fremsendt handleplaner, der dokumenterer, at de planlagte indsatser til oprettelse af de nævnte forhold er blevet implementeret. Leverandøren har desuden ved møder med CSS tilkendegivet, at forholdene er rettet op.

### **Tilsynets fokusområder**

Det aktuelle opfølgende tilsyn forholder sig primært til de forhold, der gav anledning til, at CSS tildelte leverandøren et rødt påbud. På baggrund af den ovenfor beskrevne kontekst, er der udarbejdet et tilsynsskema, der sikrer, at de forhold, der har givet anledning til særlig opmærksomhed, belyses ved tilsynet. Tilsynsskemaet er sammenfattet i "Tilsynets observationer", bilag 1. I dette skema er baggrunden for tilsynets konklusioner og vurderinger beskrevet.

Tilsynet omfatter et besøg på leverandørens kontor, hvor der er fokus på

- sygeplejefaglige instrukser, herunder regler for delegering
- leverandørens aktuelle praksis i forhold til sparring omkring sygeplejefaglige problemstillinger

Herudover aflægges besøg hos 3 borgere, hvor der er fokus på

- medicin håndtering, herunder dokumentation
- varetagelse af sygeplejefaglige opgaver og problemstillinger

Udover besøg i hjemmene og på leverandørens kontor, har tilsynet gennemgået de besøgte borgeres elektroniske omsorgsjournaler.

Der blev ved tilsynet besøgt 3 borgere, der alle modtog hjælp til personlig pleje og til medicin håndtering.

### **Konklusioner**

Det er tydeligt for tilsynet, at Bonderosen Pleje og Rengøring A/S har gennemført omfattende tiltag til oprettelse af de kritisable forhold, der blev påpeget ved tilsynet i august 2014. Ved tilsynsbesøgene hos de 3 udvalgte borgere kunne det således konstateres, at alle mapper var nye, ordentlige og overskuelige og at alle medicinskemaer nu, i modsætning til tidligere, var udfærdiget af leverandøren selv i den elektroniske omsorgsjournal, Avaleo.

Ved den del af tilsynet, der blev udført på leverandørens kontor, kunne ledelsen redegøre for den gennemgribende organisationsændring, der er gennemført med henblik på at fremme muligheder for at sparre, at kunne anvende triagen efter hensigten, at følge op på faglige og sygeplejefaglige problemstillinger i forhold til de enkelte borgere samt at kompetenceudvikle personalet. Med andre ord, at kunne bringe de tilstedeværende sygeplejefaglige kompetencer i spil i nødvendigt omfang. Det kunne konstateres, at en triagetavle var i brug med navngivne sygeplejefaglige sparringspartnere, således som det ifølge ledelsen også var hensigten.

Det er derfor tilsynets vurdering, at leverandøren i alle henseender har bestræbt sig på at rette op på de forhold, der gav anledning til det tildelte påbud.

Det må dog samtidig konkluderes, at der fortsat er forhold, der ikke opfylder Sundhedsstyrelsens krav til dokumentation og medicin håndtering og regler for delegering:

- Den skriftlige dokumentation: Tilsynet vurderer, at der fortsat er forhold, der udgør en risiko for de berørte borgeres helbredsmæssige sikkerhed.
- Manglende omhu i udførelsen af de sygeplejefaglige opgaver: Tilsynet konkluderer, at der fortsat er eksempler på nødvendige handleplaner, der ikke er udarbejdet eller fulgt op
- Usikkerhed omkring reglerne for delegering af sygeplejefaglige opgaver: Tilsynet konkluderer, at der nu foreligger instruks for delegering, men at instruksen ikke følges konsekvent

## **Anbefalinger**

Det er væsentligt for tilsynet at understrege, at det må konkluderes, at Bonderosens Pleje og Rengøring A/S har gennemført meget omfattende tiltag for at rette op på de fejl og mangler, der blev observeret i august 2014. Det må ligeledes konkluderes, at leverandøren har formået at løfte kvaliteten på væsentlige områder på relativt kort tid. På denne baggrund er den korte anbefaling er derfor blot at fortsætte i det samme spor.

Mere konkret anbefaler tilsynet:

- at ledelsen sikrer, at grundlæggende regler for sygeplejefaglig dokumentation, samt at regler for dokumentation i forhold til medicinhåndtering respekteres
- at ledelsen sikrer, at nødvendige sygeplejefaglige handleplaner udarbejdes og opfølges konsekvent
- at ledelsen sikrer, at det i instruks for videredelegation præciseres, hvilke sygeplejefaglige opgaver, der kan videredelegeres (her vil det være naturligt at anvende de instrukser, der er under udarbejdelse af kommunens praksiskonsulent)
- at ledelsen sikrer, at instrukser, herunder instruks for videredelegation af sygeplejefaglige opgaver, er kendte af medarbejderne, håndhæves og respekteres

Gribskov Kommune, 16. december 2014

Mette Petersen, Sygeplejefaglig koordinator

Gitte Widmer, Kvalitetskoordinator

**Bilag 1**

<b>Tilsynets observationer</b>		
<b>Problemområde</b>	<b>Fund</b>	<b>Er der fortsat problemer på området?</b>
<b>Den skriftlige dokumentation</b>	<p>Det er åbenlyst, at leverandøren har gjort en stor indsats i forhold til at løfte kvaliteten af den skriftlige dokumentation. Alle de sete medicinskemaer var således udarbejdet i det elektronisk omsorgssystem (Avaleo). Medarbejderne undervises i, hvordan der skal dokumenteres og alle er i gang med at blive lært op i brugen af Avaleo.</p> <p>De borgere, der blev besøgt ved tilsynet, var alle udstyret med nye, overskuelige mapper.</p> <p>Det kunne ved tilsynet konstateres, at der fortsat er forhold, der ikke fuldt ud er rettet op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er fortsat dokumenter i hjemmene, der ikke er forsynet med årstal og det fulde CPR-nummer.</li> <li>• I 2 af 3 undersøgte mapper lå der gamle medicinskemaer og det fremgik ikke tydeligt, hvilke, der var de gældende.</li> <li>• I ét tilfælde fremgik det ikke tydeligt, at den gældende AK-behandling stod opført på et tilhørende skema; af medicinskemaet var den aktuelle dosis opført som "fast". Det nævnte AK-skema manglede årstal for behandlingen og man kan således ikke være sikker på, at skemaet aktuelt er gældende. Der var ved den seneste ændring på dette skema ikke signeret for, hvem, der havde modtaget besked fra egen læge om behandlingen og det var heller ikke beskrevet, hvornår</li> </ul>	<p>Ja, der er fortsat forhold, der udgør en risiko for de berørte borgeres helbredsmæssige sikkerhed.</p> <p>Der er fortsat dokumenter i hjemmene, der ikke er forsynet med årstal og det CPR-nummer.</p> <p>Der er fortsat gamle og ikke længere aktuelle medicinskemaer i borger- mapperne.</p> <p>Der er fortsat medicinskemaer, der ikke er korrekt anvendt.</p>

	<p>den næste blodprøve til regulering af behandlingen skulle tages. Af den elektroniske handleplan fremgik dog, hvem der havde modtaget besked.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• I en mapper med 3 forskellige medicinskemaer var der håndskrevne rettelser på et medicinskema, men disse er ikke overført til det efterfølgende skema.</li><li>• I et tilfælde var øjendråber og midler mod forstoppelse, der ikke kan doseres i doseringsæskerne, heller ikke opført på medicinskemaet med henvisning til et tilhørende skema. Når præparater, der ikke ligger i doseringsæsken efter endt dosering, står opført på medicinskemaet på samme vis, som dem, der ligger i doseringsæskerne, bliver det vanskeligt at udføre kontroltælling af tabletterne i æskerne efter endt dosering og ved medicingivning. I det referede tilfælde var det i øvrigt ikke klart, hvad den korrekte dosis afføringsmiddel var, idet der ikke overensstemmelse mellem handleplan, døgnrytmeplan og medicinskema.</li><li>• I ét tilfælde fremgik det af et skema fra 2012, at borger fik praktisk hjælp om mandagen. Borger kunne dog oplyse, at hjælpen blev udført om torsdagen, hvilket også fremgår af leverandørens køreplaner. Af samme plan fremgik, at borger fik brusebad ugentligt, men dette kan ikke bekræftes af borger eller af den døgnrytmeplan, der i øvrigt var udarbejdet for borger.</li></ul> <p>Ved besøg på leverandørens kontor oplyses det i øvrigt, at man fortsat ser sig nødsaget til at bruge den fælles "akutbog" til formidling af borgerrelaterede problemstillinger. Primært fordi Avaleo kan have meget lange svartider, med også fordi ikke alle medarbejdere er færdigtoplærte i at dokumentere i systemet. Problematikken med svartider er blevet drøftet med Avaleo og med IT-tekniker. Der er desuden planlagt møde med</p>	
--	---	--



	medarbejder fra Center for Social og Sundhed.	
<b>Manglende omhu i udførelsen af de sygeplejefaglige opgaver.</b>	<p>Også her er det synligt, at leverandøren har arbejdet med de problemer, der blev observeret i august 2014.</p> <p>Ved besøget på leverandørens kontor blev det oplyst, at man nu i Avaleo har fået en funktion, der giver et samlet overblik over handleplaner, der skal følges op. En stor del af de nødvendige handleplaner forefandtes.</p> <p>Der var dog en del eksempler på handleplaner, der ikke var udarbejdet eller fulgt op, eller hvor opfølgningen var beskrevet i daglige notater:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksempelvis var der i et tilfælde udarbejdet en handleplan for medicinbehandling (drypning af øjne), hvor det var beskrevet, at effekten skulle observeres ved medicindosering. Det var ikke beskrevet, hvad der skulle observeres og der var tilsyneladende ikke foretaget en evaluering af effekten.</li> <li>• I et andet tilfælde var der oprettet en handleplan for afføringsproblemer. Handleplanen var ikke fulgt op, men observationer, ændringer i behandlingen og effekt var beskrevet i daglige notater i det elektroniske omsorgssystem. Det er tilsynets vurdering, at denne praksis i nogen grad afspejler leverandørens procedurer for sygeplejefaglige handleplaner og for journalføring; procedurerne beskriver ikke klart, hvornår der dokumenteres i handleplaner og hvornår der dokumenteres i øvrige dokumenter.</li> <li>• For en borger, hvor leverandøren kommer 3 gange dagligt, er der i en periode på 3 uger regelmæssigt beskrevet, at borger lider af generende kløe. Der var tilsyneladende ikke taget skridt i form af en målrettet</li> </ul>	<p>Ja.</p> <p>Der er fortsat eksempler på nødvendige handleplaner, der ikke er udarbejdet eller fulgt op.</p>

	<p>handleplan til at afhjælpe dette.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endnu et eksempel på en sygeplejefaglig problemstilling, der ikke var målrettet behandlet gennem brug af handleplan fandtes hos en borger, der modtog hjælp til personlig pleje efter at have brækket højre arm. Der er i de daglige notater flere gange beskrevet, at armen er ødematøs og der er også taget kontakt til læge. I døgnrytmeplanen står, at armen er hævet og at borger skal opfordres til at holde armen over albuehøjde. I hvilken udstrækning borger må og bør bruge armen er ikke beskrevet nogen steder.</li> </ul>	
<b>Manglende anvendelse af sygeplejefaglige kompetencer</b>	<p>I forhold til at udnytte de tilstedeværende sygeplejefaglige kompetencer, har leverandøren foretaget omfattende organisatoriske ændringer i den daglige drift.</p> <p>Organiseringen er nu tænkt således, at en SOSUassistent eller sygeplejerske er tilknyttet de faste ruter, som hjælperne har. Det markeres dagligt på triageoversigten, hvem der er den sygeplejefaglige sparringspartner i forhold til de enkelte ruter. Når SOSUhjælperne kommer tilbage til kontoret efter besøg hos borgerne, drøfter de eventuelle problemstillinger med den sygeplejefaglige medarbejder, der står opført som sparringspartner for ruten. Udover de ruter, som køres af SOSUhjælperne, er der ruter, der køres af sygeplejersker eller SOSUassistenter.</p> <p>Der er nu ugentlige gå-hjem-møder for hjælpere onsdag i tidsrummet kl. 14-15. Tanken er, at der 3 gange månedligt skal undervises af en intern underviser, mens man én gang månedligt vil forsøge at få en ekstern underviser. Som eksempel på undervisningsemne nævnes dokumentation.</p>	<p>Nej.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at de implementerede, organisatoriske ændringer gør det muligt at sparre og i øvrigt udnytte sygeplejefaglige kompetencer i nødvendigt omfang.</p>

	For de sygeplejefaglige medarbejdere afholdes ligeledes ugentlige gå-hjemmøder.	
<b>Sygeplejefaglige instrukser</b>	<p>Også på dette område, har leverandøren gjort en stor indsats. Der er blevet udfærdiget et betydeligt antal procedurer for de opgaver, der udføres af leverandøren.</p> <p>Instrukserne er tilgængelige for personalet.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at de sete instrukser opfylder Sundhedsstyrelsens formelle og generelle krav til instrukser.</p> <p>Der var dog visse uklarheder. Eksempelvis var det ikke klart for tilsynet, hvilke sygeplejefaglige opgaver, der kan videredelegeres ved specifik oplæring og i fht en navngiven borger.</p>	<p>Det er tilsynets vurdering, at der er gjort en betydelig indsats på området, men at visse instrukser med fordel kunne blive mere præcise. Tilsynet vil tage skridt til en mere indgående drøftelse med leverandøren.</p> <p>Kommunens praksiskonsulent er i øjeblikket ved at finpudse en lang række sygeplejefaglige instrukser, som kommunens leverandører vil kunne benytte og dermed ikke bruge egne ressourcer på at udvikle.</p> <p>Det er tilsynets vurdering, at arbejdet med instrukserne har skærpet leverandørens bevidsthed om, at al sygeplejefaglig virksomhed udføres på baggrund af beskrevne instrukser.</p>
<b>Usikkerhed omkring reglerne for delegering af sygeplejefaglige opgaver.</b>	<p>Leverandøren har nu udarbejdet procedurer for delegering af sygeplejefaglige opgaver. Ved besøg på leverandørens kontor sås 2 eksempler på det dokument, som leverandøren har udarbejdet til videredelegation af sygeplejefaglige opgaver. Det ene var korrekt udfyldt. I det andet eksempel var den sygeplejefaglige opgave administration af smerteplaster. Opgaven og navnet på den pågældende hjælper var påført skemaet, men det var ikke dokumenteret, at hjælperen var oplært i opgaven, i forhold til hvilken borger, opgaven måtte udføres og hvem, der var ansvarlig for oplæring i og delegering af opgaven.</p> <p>Ved et besøg kunne tilsynet af de daglige notater læse at borger var blevet smurt med Diproderm (stærktvirkende</p>	<p>Ja.</p> <p>Der er fortsat eksempler på at medicinbehandling (smerteplaster) udføres af ikke-autoriseret personale uden forudgående dokumenteret oplæring i forhold til specifik borger.</p> <p>Det var dokumenteret, at der var administreret et lægemiddel (creme med binyrebarkhormon) hos en borger uden at denne behandling var beskrevet i en sygeplejefaglig handleplan af autoriseret sundhedspersonale eller fremgik af medicinskema.</p>

	<p>hudmiddel med binyrebarkhormon) mod kløe. Opgaven var udført af en SOSUhjælper. Hudmidlet fremgik ikke af medicinskemaet og der forelå ingen handleplan for behandlingen.</p>	
--	--	--

## Bilag 2: Leverandørens kommentarer

S 9. det er tilsynets vurdering at denne praksis i nogen grad afspejler leverandærens procedurer for sygeplejefaglige handleplaner og for journalføring, procedurene beskriver ikke klart hvornår der dokumenteres i handleplaner og hvornår der dokumenteres i øvrige dokumenter

Add ovenstående: Vi har de retningslinjer, at der dokumenteres følgende to steder: opfølgning i handleplanen OG i journal notat, indtil Avaleo sættes op til at notatet i opfølgningen, kan ses i oversigten 24 timer journal notat.

Dette er også et spørgsmål der diskuteres i Avaleo gruppen mellem de private leverandøre.

s.11 under sygeplejefaglige instrukser:

Hvorfor var der uklarheder omkring viderdelegation ved specifik oplæring. Og hvilke instrukser skal være mere præcise?

Vi har kontakt til Hanne SKjerna som først har tid til møde den 7/1 kl 14 hvor hun skal gennemgå Bonderosens instrukser og godkende disse.

s.11 usikkerhed omkring reglerne for delgegering af sygeplejefaglige opgaver: Det ekstra eksempel i så i Delegations mappen omkring smerteplaster, var et eksempel som jeg ( Dorte Bonnez) lige havde udfyldt med navn , fordi jeg skulle undervise den pågældende medarbejder der stod skrevet på sedlen. Så det var gjort klar til undervisning.

Det var ikke delegeret, men lå klar til undervisning. Der er Ikke nogen borgere pt (ved tilsynet ) der får skiftet smerteplaster af sosu hjælper, ,så det er ikke korrekt at der står, at der fortsat eksempler på at medicin håndtering fortsat udføres af ikke autoriseret personale uden forudgående dokumenteret oplæring i forhold til specifik borger.

SÅ det er IKKE korrekt, at der ikke var orden i delegationen.

Venlig hilsen

Og Glædelig jul

Dorte Bonnez