



Tilsynsrapport Helsingør Kommune

Center for Sundhed og Omsorg
Plejehjemmet Grønnehaven

Uanmeldt opfølgende tilsyn
November 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	6
3. Datagrundlag	8
3.1 Aktuelle forhold og opfølgning	8
4. Tilsynets formål og metode	16
4.1 Formål	16
4.2 Kontrolperspektivet	16
4.3 Lærings- og udviklingsperspektivet	16
4.4 Tilsynets metoder	16
4.5 Tilsynets tilgang	17
5. Vurderingsskala	17
5.1 Tilsynets tilrettelæggelse	17
Om BDO	18

Forord

Dette er afrapporteringen af et opfølgende tilsyn, 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



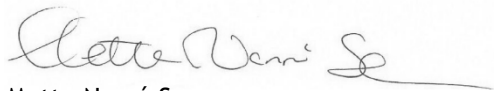
Niels Kristoffersen

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: Malou Frische

Antal beboere: 119

Dato for tilsynsbesøg: Den 20. november 2025

Der er udtrukket seks stikprøver i hovedhuset efter aftale med Helsingør kommune.

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med plejehjemmets ledelse
- Observationer af måltidssituationer
- Gennemgang af dokumentation SUL for seks beboere
- Gennemgang af medicinhåndteringen for seks beboere
- Gruppeinterview med tre medarbejdere (To social- og sundhedsassistenter og 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

2. Vurdering

2.1 Tilsynets samlede vurderinger

BDO har gennemført et opfølgende tilsyn med fokus på særlige temaer: sundhedsfaglig dokumentation, mad og måltider samt medicin håndtering. Det samlede niveau vurderes som:

Nogenlunde tilfredsstillende

Det er tilsynets vurdering, at der er sket markante forbedringer inden for medicin håndtering og måltidsområdet, og at organisationen er i en positiv udviklingsproces. Dog konstateres fortsat betydelige udfordringer på området for sundhedsfaglig dokumentation, som kræver en styrket og vedvarende indsats for at opnå den ønskede kvalitet.

Tilsynet vurderer, at Grønnehaven siden sidste tilsyn i juni 2025 har igangsat en omfattende omorganisering med fokus på kvalitet, faglighed og kontinuitet. Ledelsen har erkendt de tidligere alvorlige udfordringer og handlet målrettet med en ny ledelsesstruktur, etablering af tværfaglige fagteams og styrket kompetenceudvikling.

Det er tilsynets vurdering, at kvaliteten af den sundhedsfaglige dokumentation varierer. Der ses fyldestgørende elementer, men samtidigt vurderes det, at der er betydelige mangler til dokumentation, i forhold til den sygeplejefaglige proces herunder indsamling, analyse, indsats, evaluering og refleksion. Der ses således mangler til beskrivelse af behandlingsplaner, handlingsanvisninger samt til dokumentation af løbende opfølgning og evaluering af indsatser. Tilsynet vurderer, at den manglende dokumentation i flere tilfælde er alvorlig med betydning for beboernes helbred og autonomi. Den valgte organisering, hvor medarbejdere inddrages i kvalificeringen af dokumentationens indhold, styrker læring, men medfører, at processen tager længere tid, før dokumentationen når et fagligt tilfredsstillende niveau. Tilsynet vurderer, at der fortsat er behov for en målrettet og aktiv ledelsesindsats for at sikre, at implementeringen og konsolideringen gennemføres. De nuværende forhold er langt fra tilfredsstillende, og der kræves derfor vedvarende handling og tydelig prioritering for at opnå den ønskede kvalitet. Tilsynet vurderer, at de interviewede medarbejdere generelt kan redegøre for udarbejdelsen af den sundhedsfaglige dokumentation, og at de har kendskab og anvender de gældende faglige retningslinjer på området. Det er dog tilsynets opfattelse, at der opleves et generelt behov for en fortsat kompetenceudvikling på området, og at den igangværende opdatering af om-sorgssystemet tager fokus.

Tilsynet vurderer, at frokostmåltiderne generelt fremstår velorganiserede og præget af en venlig og imødekommende atmosfære. Medarbejdernes tilstedeværelse ved bordene har en tydelig positiv effekt på samværet og dialogen, og den strukturerede organisering med måltidsværter og tjenere understøtter både ro og hygiejne. Flexibilitet i forhold til individuelle ønsker, herunder mulighed for at spise i egen bolig, er en styrke. Der er dog enkelte udviklingspotentialer i forhold til medbestemmelse og rehabilitering som kan styrkes yderligere, f.eks. ved at sikre, at maden præsenteres synligt for alle beboere og ved at placere kander med vand på bordene, så beboerne selv kan forsyne sig. Det vurderes, at hjemlighed kan forbedres med dekorative elementer på bordene og målrettet brug af baggrundsmusik. Endelig vurderes enkelte ud-sving i hygiejnepraksis, hvor medarbejdere uden forklæde håndterer mad, hvilket bør adresseres.

Det er tilsynets vurdering, at der er sket betydelig fremdrift på medicinområdet siden sidste tilsyn, hvilket tydeliggøres ved observationer, der viser, at medicin håndteringen generelt fremstår systematisk og følger gældende retningslinjer. Ved medicingennemgang af seks beboeres medicinbeholdning ses opdaterede medicinlister med tydelige oplysninger om ordinationer, korrekt struktur i medicinskabe og forsvarlig opbevaring. Dosering og administration foregår i rolige omgivelser med dobbelttjek og dokumentation i Nexus, og der er overensstemmelse mellem medicinlister og beholdning. Medarbejderne har gennemført e-læringsforløb, praktisk undervisning og erhvervet medicinkørekort, hvilket styrker fagligheden. Det er tilsynets vurdering, at der er mindre udviklingspunkter, som ville kunne imødekommes ved en mindre ind-sats: Der er enkelte mangler, herunder uoverensstemmelser mellem label og medicinskema, manglende seponering af PN-ordinationer og utilstrækkelig dokumentation af injektionssteder. Disse forhold kræver opmærksomhed, men vurderes ikke at kompromittere den generelle fremdrift.

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 der målrettes en fortsat indsats mod dokumentationsområdet, så processen med kvalificering af indholdet accelereres uden at gå på kompromis med læring og faglig kvalitet. Det anbefales at:
 - Fastholde medarbejderinddragelsen, men supplere med klare deadlines og opfølgning for at reducere den tid, det tager at nå et fagligt tilfredsstillende niveau.
 - Understøtte implementeringen med løbende audit og sparring, så kvaliteten sikres undervejs i processen.
 - Prioritere konsolidering af nye arbejdsgange, så den opnåede læring fastholdes og bliver en integreret del af praksis
2. Tilsynet anbefaler, at der straks iværksættes en ledelsesmæssig målrettet indsats for at sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation lever op til Sundhedslovens krav og Helsingør Kommunes retningslinjer. Indsatsen bør fokusere på:
 - Systematisk styrkelse af den sygeplejefaglige proces i dokumentationen, herunder indsamling, analyse, indsats, evaluering og refleksion, som ved en fyldestgørende dokumentation vil afspejles i helbredsoplysninger, sygeplejetilstande, handlingsanvisninger og observationer.
 - Kompetenceudvikling af medarbejdere, så alle har den nødvendige viden og færdigheder til at dokumentere korrekt og i overensstemmelse med gældende retningslinjer.
 - Prioritering af dokumentationsarbejdet, så migrering af omsorgssystemet ikke kompromiterer kvaliteten af den sundhedsfaglige dokumentation
3. Tilsynet anbefaler, at der fortsat udvikles på måltidsområdet for at styrke medbestemmelse, rehabilitering og hjemlighed. Det anbefales at:
 - Sikre synlig præsentation af maden for alle beboere, så valgfrihed og medbestemmelse understøttes.
 - Styrke indsatsen for rehabilitering, f.eks. stille kander med vand/saft på bordet, så beboeren selv kan forsyne sig dermed og indtage en mere aktiv rolle i måltidet
 - Øge hjemlighed og atmosfære, f.eks. gennem dekorative elementer på bordene og målrettet brug af baggrundsmusik.
 - Sikre ensartet hygiejnepraksis, så alle medarbejdere anvender forklæde ved håndtering af mad.
4. Tilsynet anbefaler, at medicinområdet fortsat har bevågenhed for at fastholde den positive udvikling og sikre fuld overensstemmelse med gældende retningslinjer. Det anbefales at:
 - Følge op på mindre mangler, herunder uoverensstemmelser mellem ordinationslabel og medicinskema, manglende seponering af PN-ordinationer og utilstrækkelig dokumentation af injektionssteder.
 - Styrke dokumentationen yderligere, så alle relevante oplysninger fremgår tydeligt og sporbarheden sikres.

- Fastholde den nuværende systematik og dobbelttjek ved dispensering, som har bidraget til den betydelige fremdrift.
- Vedligeholde kompetenceniveauet hos medarbejderne, herunder fortsat brug af medicinkørekort og løbende undervisning for at sikre ensartet praksis.

3. Datagrundlag

3.1 Aktuelle forhold og opfølgning

Data:

LEDERINTERVIEW

Siden BDO's seneste tilsyn har Grønnehaven gennemført en omfattende omorganisering med fokus på kvalitet, faglighed og kontinuitet. Umiddelbart efter tilsynet blev der indsat en konstitueret centerleder, som varetager ledelsen frem til ansættelsen af en ny centerleder den 1. december 2025. For at sikre stabilitet og kontinuitet i implementeringen af de iværksatte tiltag vil den konstituerede leder fortsat være til stede i en overgangsperiode. Samtidig tiltræder en ny afsnitsleder den 1. december 2025. Ledelsen har etableret en ny ledelsesstruktur, hvor en leder for kvalitet og udvikling har ansvar for at styrke den faglige retning og sikre implementering af faglige retningslinjer og standarder. Der er opbygget et tværfagligt fagteam, som understøtter helhedsplejen og sygeplejeindsatsen med afsæt i værdierne i ældreløven. Teamet består blandt andet af en nyansat farmakonom, en nyansat kvalitets-sygeplejerske med erfaring inden for velfærdsteknologi, samt alle de ansatte sygeplejersker. For at styrke samarbejdet mellem fagteamet og afdelingslederne er der gennemført et forløb, der sikrer et fagligt og konstruktivt samspil mellem grupperne. Der er igangsat en proces med ansættelse af en frivilligkoordinator, som skal rekruttere frivillige og skabe samarbejde med civilsamfundet. Køkkenlederstillingen er nedlagt, og køkkenet er organisatorisk placeret under Sundhedshuset. Rengøringsfunktionen er lagt under afdelingslederne for at skabe tættere tilknytning til plejen og beboerne. Der er ansat en fuldtidsvejleder og etableret et læringsrum med træningsudstyr og dukker, som skal sikre høj kvalitet i oplæring af elever og styrke fremtidig rekruttering. Ledelsen beskriver, at en væsentlig indsats har været at reducere antallet af timelønnede medarbejdere for at sikre kontinuitet og fastholde faglig læring i organisationen. Ledelsen har derfor prioriteret ansættelse af faste medarbejdere.

OPFØLGNING PÅ TILSYNETS ANBEFALINGER

Ved sidste tilsyn blev der påpeget alvorlige udfordringer inden for dokumentation, medicin og måltidsområdet. Ledelsen har arbejdet målrettet med opfølgning på anbefalingerne og har samtidig identificeret yderligere mangler - særligt inden for medicinhåndtering. Dette område blev derfor straks prioriteret med en akut indsats og efterfølgende implementering af målrettede tiltag.

Der er ansat en farmakonom med ansvar for undervisning, audit og FMK-kontrol. Farmakonomens har gennemgået samtlige beboeres medicinbeholdninger, og alle medicinskabe er nu opbygget med ensartet struktur. Skabene er opdelt, så kun autoriserede medarbejdere har adgang til fuld medicinbeholdning, mens øvrige har adgang til dispenseret medicin. Dette styrker sikkerheden og sikrer korrekt faglighed i medicinhåndteringen. PN-medicin dokumenteres nu med opfølgende virkning, og den skriftlige medicinprocedure er justeret til Grønnehavens behov. Dispensering må kun udføres af faste autoriserede medarbejdere og tillige eftertælles af en autoriseret kollega. Der er indført faste og kontinuerlige medicin-audit og stikprøvekontroller.

Kompetenceudviklingen er styrket gennem samarbejde med SOSU H. Alle medarbejdere har gennemført kursusforløb: ufaglærte og SSH har deltaget i et 4-timers kursus, mens SSA og sygeplejersker også har gennemført fagrelevante kurser. I starten af næste år skal alle faggrupper gennemføre et længerevarende kursus. Der er indført 15 faglige minutter med særligt fokus på medicin, koblet til triagemøder. Alle medarbejdere skal have medicinkørekort, og ved ansættelse gennemføres et læringsforløb med farmakonomens, som afsluttes med en test.

Sygeplejedepotet er reorganiseret i henhold til faglige retningslinjer, og der er gennemført en omfattende oprydning i hele huset for at sikre, at den nye kultur har fokus på systematik og faglighed. Der er opsat en fordelings- og planlægningsstavle, som synliggør opgaver og ansvar, reducerer stress og sikrer

kontinuitet. Tavlen anvendes også til planlægning af måltider, herunder udpegning af måltidsværter og tjenere.

Dokumentationsområdet er i gang med en migreringsproces, hvor det faglige indhold i journalerne justeres og kvalificeres sideløbende. Der sker en systematisk inddragelse af relevante medarbejdere med kendskab til beboerne, hvilket sikrer både faglig kvalitet og læring i organisationen. Arbejdet gennemføres i tæt samarbejde med kvalitetssygeplejersken.

Der er indført sygeplejefordelingsmøder hver morgen med sundhedsdrøftelser af beboerne. Der arbejdes med faglige rum, hvor sygeplejestuderende deltager, og alle beboere gennemgås med fokus på læring og faglig vurdering. Triagering anvendes i tilpasset form, og der arbejdes med at udvikle en systematisk tilgang.

Der er indgået tæt samarbejde med Sundhedshuset omkring måltidsoplevelsen, og der afholdes ugentlige møder med køkkenkoordinatoren. Der er fokus på hygiejne og faglighed ved madservering, og der produceres specialkost og hjemmelavede proteindrikke lokalt, hvilket har øget tilfredsheden og bidraget til bedre ernæring. Der ses en positiv effekt på sårheling, hvilket understøtter den faglige indsats. Brød bages nu på afdelingen, og der er ved at blive etableret lokale løsninger, da køkkenet midlertidigt skal lukke på grund af vandskade.

Der er igangsat en indsats for at styrke aktiviteterne, både lokalt i afdelingerne og gennem fælles arrangementer, med fokus på beboernes ønsker og individuelle livssituation. Der er indkøbt højtalere til alle afdelinger for at skabe hyggelig stemning med musik. Frivilligkoordinatoren skal arbejde på at rekruttere flere frivillige og skabe samarbejde med civilsamfundet.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at der er fulgt nogenlunde tilfredsstillende op på tilsynet fra juni 2025.

Grønnehaven har siden tilsynet i juni 2025 igangsat en omfattende omorganisering med fokus på kvalitet, faglighed og kontinuitet. Ledelsen har erkendt de tidligere alvorlige udfordringer og handlet målrettet med ny ledelsesstruktur, tværfagligt fagteam og styrket kompetenceudvikling. Der er sket markante forbedringer inden for medicinbehandling og måltidsområdet, og organisationen er i en positiv udviklingsproces.

Tilsynets resultater viser dog, at dokumentationsområdet fortsat er udfordret. Det er tilsynets vurdering, at den valgte organisering, hvor medarbejdere inddrages i kvalificeringen af indholdet i dokumentationen, styrker læring, men betyder, at processen tager længere tid, før dokumentationen når et fagligt tilfredsstillende niveau. Tilsynet vurderer, at der fortsat er behov for en målrettet og aktiv ledelsesindsats for at sikre, at implementeringen og konsolideringen gennemføres. De nuværende forhold er langt fra tilfredsstillende, og der kræves derfor vedvarende handling og tydelig prioritering for at opnå den ønskede kvalitet.

3.1.1 Sundhedsfaglig dokumentation - SUL

Data:

OBSERVATIONER

Data er indsamlet i journal fra seks beboere.

GENERELLE OPLYSNINGER

I alle seks journaler er der i feltet Helbredsoplysninger udarbejdet en liste med beboerens helbredsproblemer og handicaps, hvor der i to journaler ses entydig sammenhæng til medicinliste og den sygeplejefaglige udredning (sygeplejetilstande). I de resterende journaler ses dog enkelte til flere mangler, så der ikke er tilstrækkelig sammenhæng til den sygeplejefaglige udredning, hvorfor Helbredsoplysninger ikke giver det overblik, der er tiltænkt. Fx mangler problemstillinger såsom; lavt kalium, B-vitaminmangel, enzymmangel, nedsat leverfunktion, hallucinationer og tendens til mavesår.

SYGEPLEJETILSTANDE

I flertallet af journalerne fremgår det generelt, at der har været udført en sygeplejefaglig udredning, hvor der overordnet er taget relevant stilling til aktuelle og potentielle sygeplejetilstande og flere tilstande 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 behandlingsplan og opfølgning, idet planen ikke er tydeligt beskrevet ift. fx behandling med antipsykotisk medicin, smertebehandling og behandling for enzymmangel. Dertil ses det at tidsangivelser om opfølgning med behandlingsansvarlig læge i flere journaler er passeret, ligesom der ses beskrivelser af problematikker, som ikke længere er aktuelle, idet den medicinske behandling er afsluttet.

Flere journaler mangler at få oprettet enkelte helbredstilstande, og der mangler flere beskrivelser i de oprettede tilstande af problemstillinger, og hvordan disse kommer til udtryk fx omhandlende diabetes, smerter, Parkinson, ødemer, luftvejsproblematikker og UVI. Uden disse beskrivelser, er der ikke et grundlag for at vurdere og evaluere beboernes helbredsproblematikker.

Derudover ses der i flere tilfælde manglende beskrivelse af behandlingsplan relateret til behandling med risikosituationslægemidler herunder, kaliumklorid og blodfortyndende, hvor behandlingsplan og aftaler med den behandlingsansvarlige læge ikke er tilstrækkeligt beskrevet, herunder aftaler om opfølgning, blodprøver etc.

HANDLINGSANVISNINGER

Alle seks journaler fremstår med handlingsanvisninger i varierende kvalitet.

Flere handlingsanvisninger til medicindispensering og medicinadministration ses fyldestgørende og handlevejledende beskrevet ift. den konkrete beboer med link til VAR.

En journal mangler samtlige handlingsanvisninger til SUL indsatserne; medicinadministration, medicindispensering og sårpleje. Ved den efterfølgende høringsproces, bliver BDO bekendt med, at den konstaterede mangel skyldtes den igangværende migrering i omsorgssystemet, og at handlingsanvisningerne var oprettede.

I de resterende journaler mangler enkelte handlingsanvisninger og enkelte mangler tilstrækkeligt fagligt indhold til sikker udførelse af SUL indsatsen fx i relation til medicin for luftvejsproblematikker, medicinsk salve og kateterpleje. Dertil mangler en beboer med diabetes en entydig handlingsanvisning, hvor flere detaljer om behandlingen er spredt rundt i journalen, hvilket ikke understøtter en sikker behandling.

Flere handlingsanvisninger mangler dokumentation af beboerens samtykke til sygeplejeindsatsen og flertallet af journalerne mangler handlingsanvisning på vægtmåling.

TRIAGE

Fem beboere er triagerede grøn og en beboer er triageret rød. Årsagen til den røde triagering fremgår utydeligt idet beskrivelsen i bemærkningsfeltet ikke er opdateret ift. den medicinske behandling. Dertil er der ikke dokumenteret, hvilken indsats der skal gøres fx, hvilke observationer mv. Hvilket heller ikke er tydeligt beskrevet i sygeplejetilstand eller andre steder i journalen. Dertil bliver der ikke dokumenteret konsekvent i alle vagtlag som arbejdsgangen for rød triage foreskriver.

OBSERVATIONER

Gennemgangen af alle seks journaler viser, at der generelt findes dokumentation for observationer ved forværring i beboernes tilstand samt udførelse af SUL-ydelser. Dog mangler der i samtlige journaler opfølgning på observeret forværring, herunder evaluering af problemer og den iværksatte sygeplejeindsats. Disse mangler hænger sammen med utilstrækkelig dokumentation omkring helbredstilstande og handlingsplaner. For eksempel mangler der opfølgning på respiratoriske og maveproblemer, hvor forværring er beskrevet. Flere tilfælde viser, at PN-medicin gives uden efterfølgende dokumentation af effekt. Desuden er vægtopfølgning ofte utilstrækkelig - enten bliver beboeren ikke vejlet månedligt som planlagt, eller der mangler refleksion og tiltag ved vægttab. Ved seneste kontrol har tre beboere tabt mellem 1 og 3 kg; i to tilfælde er indsatsen forebyggende, mens én beboer er screenet til at være i ernæringsrisiko, inden der måles et vægttab på 3 kg.

Desuden måles blodsukker i et tilfælde kun én gang om ugen mod de planlagte to. Ved de seneste to høje målinger i september og oktober blev der ikke fulgt op med en ekstra måling dagen efter, som ellers foreskrevet i planen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at dokumentationen påbegyndes straks ved beboerens indflytning. Ofte kommer beboeren fra HRT, hvilket betyder, at journalføringen allerede er igangsat og kan anvendes som afsæt for den videre dokumentation. Der opstartes altid med at beskrive de sygeplejefaglige tilstande ud fra de 12 problemområder, hvor både aktive, potentielle og ikke-relevante problemområder registreres. Faglige notater udfyldes og følges op løbende eller minimum hver tredje måned, hvilket sikrer et aktuelt og systematisk overblik over beboerens helbredstilstand.

Opfølgning dokumenteres i faglige notater, og der oprettes opgaver med konkrete aftaler. Kontroller og behandlinger, som er ordineret af den behandlingsansvarlige læge, registreres i journalen og følges op med opfølgningsdatoer for at sikre rettidig gennemførelse. Der oprettes opgaver, hvis der er behov for særlige tiltag, hvilket understøtter hurtig reaktion og kontinuitet.

Handlingsanvisninger oprettes, når der identificeres problemstillinger, som kræver en sygeplejeindsats. Handlingsanvisningerne linkes til relevante VAR-procedurer og indeholder en individuel beskrivelse af problemet samt konkrete handlinger. Flere handlingsanvisninger er generiske med mulighed for afkrydsning, hvilket gør dem til et let anvendeligt redskab i hverdagen. Ved ændringer ajourføres handlingsanvisningen, så den afspejler den aktuelle situation.

Triagering anvendes som et centralt redskab til at skabe overblik og prioritere indsatsen. Ved forværring triageres beboeren dagligt, og der dokumenteres konsekvent i alle vagtlag. Triagemøder bidrager til systematik og koordinering af opgaver. Der opleves en god struktur i dokumentationspraksis med klare retningslinjer og en fælles retning, hvor medarbejderne har mulighed for faglig sparring med udviklingssygeplejersken.

Medarbejderne gør opmærksom på, at ikke alle er fuldt bevidste om kravene til dokumentation, hvilket kræver løbende oplæring og opmærksomhed. Derudover opleves et stort arbejde med migrering af data til det nye journalsystem, hvilket indimellem medfører behov for at søge i gamle journaludgaver. Det nye system forventes at skabe bedre overblik og styrke den samlede dokumentationspraksis.

Tilsynets vurdering - 4

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

Det er tilsynets vurdering, at kvaliteten af dokumentationen varierer. Der ses fyldestgørende elementer, men samtidigt vurderes det, at der er betydelige mangler til dokumentation af den sygeplejefaglige proces herunder indsamling, analyse, indsats, evaluering og refleksion. Der ses således mangler til beskrivelse af behandlingsplaner, handlingsanvisninger samt til dokumentation af løbende opfølgning.

og evaluering af indsatser. Tilsynet vurderer, at den manglende dokumentation i flere tilfælde er alvorlig med betydning for beboernes helbred og autonomi, og vil kræve en fortsat målrettet ledelsesmæssig indsats at rette op på.

Tilsynet vurderer, at de interviewede medarbejdere generelt kan redegøre for udarbejdelsen af den sundhedsfaglige dokumentation, og at de har kendskab og anvender de gældende faglige retningslinjer på området. Det er dog tilsynets opfattelse, at der opleves et generelt behov for en fortsat kompetenceudvikling på området, og at den igangværende opdatering af omsorgssystemet tager fokus.

3.1.2 Mad og måltider

Data:

OBSERVATION

Tilsynet observerer frokostmåltiderne på flere afdelinger. Overordnet fremstår måltiderne som velfungerende og præget af en venlig og imødekommende atmosfære, hvor medarbejdere er til stede og indtager forskellige roller. Der er dog områder, hvor måltidet med fordel kan udvikles yderligere for at styrke hjemlighed, rehabilitering og beboernes medbestemmelse.

Ved måltidets start ses medarbejdere, der hjælper beboerne til deres pladser, mens andre anretter maden i køkkenet. Enkelte medarbejdere bærer forklæde, hvilket understøtter god hygiejne. Der er en vis uro i opstarten, da flere medarbejdere er involveret i placering af beboere, samtidig med at bakker transporteres og medicin gives før ankomst til fællesarealet. Denne uro er dog af praktisk karakter og aftager hurtigt. Der er en aktiv indsats for at motivere beboere til at skifte fra kørestol til almindelig stol, hvilket understøtter rehabiliterende tiltag. Dog er der forskel på beboernes villighed til at deltage, og indsatsen kunne med fordel suppleres med mere tid og støtte til dem, der er tøvende.

Bordene er dækket med service og glas, men uden dug eller dækkeservietter. Madens præsentation er enkel og funktionel, typisk fra et rullebord med smørrebrød anrettet på stålfade og salat i små skåle. Udseendet er overskueligt, men mangler dekorative elementer, der kunne skabe mere hjemlighed. På én afdeling er der stille baggrundsmusik, hvilket bidrager positivt til atmosfæren. Der er på nogle afdelinger kander på bordene, hvor der ses at beboeren selv forsyner sig fra, hvor der på andre afdelinger med fordel kan placeres kander med vand på bordene, for at fremme rehabilitering og medinddragelse. De fleste steder sidder medarbejderne ved bordene, hvor der et sted ses at alle medarbejdere sidder ved samme bord. Medarbejdernes tilstedeværelse har en positiv effekt på samværet, idet der observeres en livlig samtale, mens der er markant mindre dialog ved borde uden medarbejdere. Generelt er tonen venlig og imødekommende, og medarbejderne spørger ind til beboernes ønsker. En pårørende observeres hente sin hustrus mad i køkkenet og bringe den ind i boligen, hvilket viser fleksibilitet i praksis.

I forbindelse med servering af maden spørges ind til beboernes ønsker til smørrebrød og der tilbydes drikkevarer som vand, saft, mælk og proteindrik. Dog ses der situationer, hvor beboerne ikke får mulighed for at se maden, især når rullevoغن står bag ved beboeren. Dette begrænser medbestemmelsen og oplevelsen af valgfrihed. En mere synlig præsentation af maden kunne styrke beboernes mulighed for selv at vælge ud fra egne præferencer. Medarbejderne bærer forklæder under håndtering af mad og kontakt med beboerne, hvilket understøtter god hygiejne. Der ses generelt korrekt håndtering af maden, hvor der dog indimellem er lidt udsving, hvor medarbejder uden forklæde pludselig rejser sig og tager mad fra vognen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplyser, at de arbejder struktureret med at skabe gode måltider for beboerne gennem en tydelig rollefordeling og faste rutiner. Der anvendes en praksis med måltidsværter og tjenere, hvor måltidsværterne sidder ved bordene under hele måltidet for at skabe ro og nærvær, mens tjenerne - iført forklæde og handsker - anretter og serverer maden. Denne organisering understøtter både hygiejne og en ensartet, professionel tilgang til måltidet. Rollen som måltidsvært kan være udfordrende,

da det kræver fokus på nærvær frem for praktiske opgaver, men den bidrager til mindre uro og en mere struktureret måltidssituation. Beboerne har indflydelse på måltidet på flere måder. De får mulighed for selv at vælge, hvilke typer smørrebrød de ønsker, og der tages hensyn til individuelle behov, herunder specialkost. En ugeplan for måltiderne er synlig, hvilket giver beboerne overblik og mulighed for at forholde sig til kommende retter. Der er frit valg, om man ønsker at spise i fællesarealet eller i egen bolig. For beboere, der foretrækker at spise alene, serveres maden før det fælles måltid, hvilket sikrer fleksibilitet og respekt for individuelle ønsker. Medarbejderne forklarer, at de arbejder aktivt med at præsentere maden for beboerne, så de kan træffe valg ud fra egne præferencer. Dette styrker oplevelsen af medbestemmelse og understøtter en rehabiliterende tilgang, hvor beboerne motiveres til at deltage i måltidet på egne præmisser. Det er medarbejdernes oplevelse, at der er stor opmærksomhed på hygiejne under måltidet. Tjenere bærer forklæde og handsker ved håndtering af mad, og der er klare retningslinjer for, at ikke alle skal røre ved madvognen. Nogle beboere har egne kander af hensyn til både hygiejne og rehabilitering.

I forhold til at skabe en god atmosfære og socialt samspil, sidder medarbejdere med ved bordene, og der opstår ofte en livlig dialog og en hyggelig stemning. Samtalerne kan handle om personlige minder eller aktuelle emner, hvilket skaber nærhed og trivsel. På enkelte afdelinger anvendes baggrundsmusik for at understøtte en hyggelig atmosfære. Medarbejderne orienterer om, at måltidet giver mulighed for observation og støtte. Der kan fx opdages behov for hjælp ved dysfagi, dårlig tandstatus eller motivation til rehabiliterende tiltag. Denne faglige opmærksomhed er en integreret del af måltidet og bidrager til beboernes sundhed og trivsel.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at der arbejdes med måltider og ernæring på et godt tilfredsstillende niveau. Tilsynet observerer, at frokostmåltiderne generelt fremstår velorganiserede og præget af en venlig og imødekommende atmosfære. Medarbejdernes tilstedeværelse ved bordene har en tydelig positiv effekt på samværet og dialogen, og den strukturerede organisering med måltidsværter og tjenere understøtter både ro og hygiejne. Fleksibilitet i forhold til individuelle ønsker, herunder mulighed for at spise i egen bolig, er en styrke. Der er dog udviklingspotentiale i forhold til medbestemmelse og rehabilitering, som kan styrkes yderligere, f.eks. ved at sikre, at maden præsenteres synligt for alle beboere og ved at placere kander med vand på bordene, så beboerne selv kan forsyne sig. Dette vil øge oplevelsen af valgfrihed og understøtte en aktiv rolle i måltidet. Hjemlighed kan forbedres med dekorative elementer og systematisk brug af baggrundsmusik. Endelig ses enkelte udsving i hygiejnepraksis, hvor medarbejdere uden forklæde håndterer mad, hvilket bør adresseres.

3.1.3 Medicinhåndtering

Data:

Der er foretaget medicingennemgang i samarbejde med farmakonom, hvor seks beboeres medicinbeholdning er gennemgået. Gennemgangen viser, at medicinhåndteringen generelt er systematisk og følger gældende retningslinjer, men der er enkelte områder med behov for opmærksomhed.

DOKUMENTATION

Ved medicingennemgangen ses, at alle seks beboeres medicinlister er opdaterede og indeholder tydelige oplysninger om ordinationsdato, indikation, dosis og antal tabletter. PN-medicin er angivet med antal enheder og maksimal døgndosis. Det fremgår klart, om medicinen er fast eller PN, samt om den er dosisdispenseret.

Der er dog to tilfælde, hvor medicinskema og label ikke stemmer overens, og hvor bemærkning mangler i journalen, jf. intern praksis. Ændringerne kan dog findes i korrespondanceadvis.

OPVEVARING

Alle medicinskabe er opbygget ensartet med en tydelig struktur: Medicin opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende i aflåste skabe i beboerens bolig. Ét skab indeholder beboerens aktuelle medicinbeholdning, hvortil SSA og sygeplejersker har adgang. Det andet skab indeholder dispenseret medicin, enten i doseringsæsker eller dosisruller, hvilket sikrer korrekt faglighed i opgaveløsningen. Doseringsæsker og dosisposer er mærket med navn, CPR-nummer og ugeangivelse. Medicin, der ikke er i brug, opbevares adskilt i særskilte poser. Anbrudsdatoer på salver, dråber, insulin og andre præparater med begrænset holdbarhed er korrekt angivet.

Der er ophængt tjekpose fra dosisdispenseringsrullen i skabet, hvilket gør det muligt at se at der er kontrolleret, at antallet af tabletter til det første døgn stemmer overens med medicinlisten. Der konstateres dog følgende mangler:

- I to tilfælde mangler ordinationslabel på præparater, sandsynligvis fordi originalemballagen er kasseret.
- I ét tilfælde mangler et PN-præparat i beholdningen. Beboeren oplyser, at medicinen ikke længere anvendes, hvorfor seponering mangler på medicinlisten.
- I to tilfælde mangler proteindrikke i beholdningen. Én beboer oplyser, at der findes proteindrikke i beboerens depot, men disse anvendes ikke længere, hvorfor PN-ordinationen skal fjernes. I et andet tilfælde erstattes ordinerede proteindrikke med hjemmelavet produkt fra Grønnehaven. Det anbefales at kontakte lægen for afklaring, da tilsynet ikke kan verificere, om produkterne er identiske.

RISIKOSITUATIONSLÆGEMIDDEL

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

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

DOSERING OG ADMINISTRATION

Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og i doseringsæskerne. Dosisdispenseringsposerne stemmer ligeledes overens med medicinlisten for det første døgn. Medicinen er på tilsynsdagen givet på det rigtige tidspunkt. Der konstateres dog følgende mangler:

- Ved insulingivning anvendes stikkeskema, men dokumentationen for injektionssted fremgår ikke tilstrækkeligt i journalen, hvilket kræver opmærksomhed for fuld sporbarhed.
- Der kvitteres for administration af ikke-dispenserbar medicin, men i ét tilfælde mangler kvittering for brug af medicinsk tandpasta.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Dispensering af medicin foregår i rolige omgivelser for at minimere forstyrrelser, typisk ved medicinbordet eller i beboerens bolig. Medicinen dispenseret systematisk i æsker, hvor dato, navn og CPR-nummer kontrolleres, inden æskerne tages i brug. Dispenseringsperioden varierer typisk mellem to og fire uger. Før dispensering kontrolleres medicinbeholdningen, herunder kompleksitet, holdbarhed og korrekt mærkning. Der tjekkes dagligt for beskeder fra apoteket, og medicinoplysninger opdateres i FMK, også selvom status er grøn. Ved opstart af en dispenseringsopgave sikres, at der foreligger handlingsanvisninger for både dispensering og administration.

Efter dispensering foretages en kontrol, hvor en kollega medvirker til eftertælling for at sikre korrekthed. Dokumentation sker i Nexus-modulet, og der sikres korrekt effektuering af ordinationerne.

For risikosituationslægemidler er der udarbejdet specifikke beskrivelser, som fremgår af døgnrytmeplanen. Ved administration anvendes bærbar eller tablet til at kontrollere antal tabletter og til at kvittere for udleveringen. Der er opmærksomhed på anbrudsdatoer ved ikke-dispenserbare præparater. Medicinen opbevares forsvarligt, og der er klare retningslinjer for adgang til medicinskabe.

Alle medarbejdere har gennemført e-læringsforløb og praktisk undervisning i medicin håndtering, herunder erhvervet et "medicinkørekort". Derudover har medarbejderne modtaget undervisning på SOSU H og fra farmakonom, og der er mulighed for løbende sparring. Medarbejderne fremhæver, at den systematiske oplæring understøtter en høj faglig standard og sikkerhed i medicin håndteringen.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at medicin håndteringen er på et godt tilfredsstillende niveau.

Tilsynet vurderer, at der er sket betydelig fremdrift på medicinområdet siden sidste tilsyn, hvilket tydeliggøres ved observationer, der viser, at medicin håndteringen generelt fremstår systematisk og følger gældende retningslinjer. Ved medicingennemgang af seks beboeres medicinbeholdning ses opdaterede medicinlister med tydelige oplysninger om ordinationer, korrekt struktur i medicinskabe og forsvarlig opbevaring. Dosering og administration foregår i rolige omgivelser med dobbelttjek og dokumentation i Nexus, og der er overensstemmelse mellem medicinlister og beholdning. Medarbejderne har gennemført e-læringsforløb, praktisk undervisning og erhvervet medicinkørekort, hvilket styrker fagligheden. Det er tilsynets vurdering, at der er mindre udviklingspunkter, som ville kunne imødekommes ved en mindre indsats: Der er enkelte mangler, herunder uoverensstemmelser mellem label og medicinskema, manglende seponering af PN-ordinationer og utilstrækkelig dokumentation af injektionssteder og behandlingsplaner for risikosituationslægemidler. Disse forhold kræver opmærksomhed, men vurderes ikke at kompromittere den generelle fremdrift.

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.

