



M-sag ÆSU april 2018

Uanmeldt kommunalt tilsyn 2017 i Din Fleksible Service (DFS)

På foranledning af Ældre- og Sundhedsudvalgets forespørgsel om at se tilsynsrapporterne successivt som tilsyn og efterfølgende dialogmøde blev afholdt, fremsendes hermed tilsynsrapport fra det kommunale tilsyn 2017 i Din Fleksible Service (DFS).

Tilsynsrapport
Det kommunale tilsyn 2017
Din Fleksible Service (DFS)
8. december 2017

Indledning

Kommunerne har efter Lov om Social Service (SEL) § 151 pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter SEL § 83 og 86 løses i overensstemmelse med Byrådets bestemmelser. Kommunen skal hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsyn på plejecentre, i hjemmeplejen samt hos private leverandører.

Tilsynet

- Formålet med tilsynet er
 - At undersøge, om opgaverne på ældreområdet løses i overensstemmelse med lovgivningen, Høje-Taastrup Kommunes fastlagte serviceniveau og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte beboer
 - At afdække, om der er overensstemmelse mellem de ydelser, der er truffet afgørelse om, og de faktisk leverede ydelser
 - At bidrage, til at fastholde og højne den samlede kvalitet i kommunen både på kort og lang sigt, og ikke blot at afdække fejl og mangler i servicen
 - At forebygge ved at gribe korrigerende ind, før mindre problemer udvikler sig til at blive alvorlige
 - Skabe mulighed for læring
- Tilsynet er et øjebliksbillede, som er repræsenteret ved stikprøver
- Tilsynet blev afviklet den 8. december 2017 af udviklingskonsulent Rikke Gormsen, MPH, sygeplejerske og chefkonsulent Mariann Lyby, MPH, SA, sygeplejerske
- Tre borgere blev interviewet, ingen pårørende deltog i tilsynet

Dialogmødet

- Dialogmødet er en opfølgning på det uanmeldte kommunale tilsyn
- Formål med dialogmødet er, at skabe rum for fælles forståelse og læring
- På mødet præsenteres hvad tilsynet har fundet, og der er mulighed for dialog, uddybning og kommentarer til fundet
- Dialogmødet blev afviklet den 22. december 2017

Metode

Det samlede tilsyn består af

- udvælgelse af 3 borgere,
- gennemgang af dokumentationen
- gennemgang af medicindokumentation, -administration, og observation af medicinhåndtering
- interview med de udvalgte borgere i borgerens eget hjem
- interview med en gruppe medarbejdere
- interview med lederen

Dialogmøde afholdes efter alle dele af tilsynet er gennemført.

Der udarbejdes en rapport, som sammenfatter tilsynet. Rapporten sendes i høring for faktuelle fejl, hvorefter den færdiggøres. Rapporten lægges efterfølgende på hjemmeplejens og kommunens hjemmeside.

Samlet konklusion

Sundhedsfaglige dokumentation

Ved tilsynet blev den sundhedsfaglige dokumentation hos tre borgere gennemgået. Der foreligger skriftlige afgørelser hos alle tre borgere, ligesom der findes en konkret og individuel vurdering af den enkelte behov for hjælp.

Ingen af de udvalgte borgere har værgemål eller registreret magtanvendelse. Af de tre er der en der har dokumentation af informeret samtykke, hos én er det ikke relevant samt en mangler.

Umiddelbart viser dokumentationen, at borgerne inddrages i større eller mindre grad i både tilrettelæggelse og udførelse af indsatserne. De pårørende er også inddraget i alle tre tilfælde. Ingen kontaktpersoner fra DFS er registreret.

Helhedsvurderingen ses kun hos en af de tre borgere, disse bør oprettes ifølge retningslinjerne. Døgnrytmeplanerne findes hos alle tre. Hos én borger burde der foreligge en plan med beskrivelser fra aftenindsatsen, hvilket ikke ses. Målinger anvendes kun i begrænset omfang.

Samlet set vurderes journalnotaterne til at være mangelfulde, med enkelte fine notater. Det bør sikres, at alle medarbejderne dokumenterer i journalen efter reglerne, og sikres, at der følges op på relevante notater. Dette er specielt vigtigt ift. samarbejdet imellem forskellige leverandører, og på tværs af organisationen. Tilsynet vurderer ligeledes, at der burde være oprettet flere plejeplaner med udgangspunkt i de foreliggende journalnotater.

Plejeplanerne bruges mangelfuldt, dels med plejeplaner som ikke har været brugt igennem længere tid, oprettede plejeplaner, som aldrig har været brugt/dokumenteret i efterfølgende, samt manglende sammenhæng imellem de forskellige dele af plejeplanen.

Der er sket en lille forbedring i dokumentationen siden sidste tilsyn. Der mangler dog stadig systematik i dokumentationen, ligesom det fremstår som om, der er stor usikkerhed omkring brugen af journalnotater, både mht. systematik, opfølgning og afslutning og / eller oprettelse af en plejeplan. Der opleves også usikkerhed vedr. oprettelse og brug af plejeplanerne. Der bør ligeledes sættes på mere systematik i oprettelsen af helhedsplaner samt dokumentation af informeret samtykke.

Borgerne

Alle tre borgere deltager aktivt i tilsynet.

En borger er meget kritisk overfor den hjælp han får. Han er overordnet tilfreds, men har mange synspunkter og kritiske bemærkninger, og mange forventninger som han ikke får opfyldt. Borgeren fremstår appellerende og opmærksomhedssøgende. Har for nylig mistet sin ægtefælle, og oplevede, at al opmærksomhed var på ægtefællen. Mener selv, at den hjælp de har fået i hjemmet, var til begge, men at hjælpen forsvandt da ægtefællen flyttede på hospice, den sidste måned inden sin død. DFS's ledelse er blevet gjort opmærksom på problematikken og har efterfølgende sikret afstemning af forventninger i fht. hvilken hjælp borgeren kan forvente.

To ud af tre borgere oplever at få den hjælp de er visiteret til, og har brug for. De føler sig generelt inddraget i både tilrettelæggelse og udførelse af indsatsen, og alle tre er tilfredse med kvaliteten. De pårørende er ligeledes inddraget efter ønske og behov. Der er generel tilfredshed med antallet af hjælpere som kommer i hjemmet.

Én borger har madlevering og er tilfreds med kvaliteten af maden.

Gennemgang af medicinområdet

Gennemgang af medicinområdet indeholder gennemgang af dokumentation og - administration samt observation af medicinbehandling. I alt blev medicindokumentationen

gennemgået hos ti borgere, og medicinadministration og håndtering observeret i hjemmet hos fem borgere.

Hos syv af borgerne sås udfordringer i medicindokumentationen. Det omfattede ukorrekte givningstidspunkter eller dispenseringsformer, og manglende relevante bemærkninger om håndteringen af præparaterne, hvilket kan øge risikoen for fejlmedicinering.

Det overordnede ansvar for medicinen, hos borgerne der får ydelser fra DFS, ligger fortsat i Høje-Taastrup Kommunes hjemmepleje, mens ansvaret for den daglige medicingivning ligger hos DFS. Hos de fleste af borgerne har DFS ikke dokumenteret, hvem der er medicinansvarlig fra Høje-Taastrup Kommunes side. Dette har betydning for kvaliteten af samarbejdet og kommunikationen mellem DFS og den kommunale hjemmepleje.

Halvdelen af borgerne havde plejeplaner, som udelukkende anvendes til registrering af medicindoseringer og medicinbestillinger. Derfor afspejler disse ikke aktuelle problemstillinger og bør inaktiveres. Medicinområdet vurderes i øvrigt at være veldokumenteret i journalen.

Aktuelt er seks af borgerne på dosisdispensering. Det skønnes, at yderligere tre borgere er i så stabile forløb, at disse også kunne overgå til dosisdispensering. Antallet af borgere på dosisdispensering i kommunen er faldet som helhed. Dette er en landsdækkende tendens, hvor de praktiserende læger er blevet tilbageholdende med at ordinere dosisdispenseret medicin, hvilket resulterer i en øget arbejdsmængde for medarbejderne i ældreplejen.

Konkret dokumentation for, at den årlige gennemgang af beboernes medicin ved egen læge har fundet sted, er generelt svært at finde i journalen. Dog fremgår det af journalnotaterne, at der var tæt dialog med de praktiserende læger omkring beboernes medicin.

Observation af medicingivning viste professionel, korrekt håndtering, med omhyggelighed og omsorg ved bl.a. at sikre at borgeren tager og synker medicinen. Opbevaring af medicinen var hos alle besøgte borgere korrekt. Alle borgere havde medicinen opbevaret separat fra anden medicin, og aktuel og ikke aktuel medicin opbevares adskilt.

Medarbejderne

Fem medarbejdere deltog i fokusgruppeinterviewet i forbindelse med tilsynet. Alle fem har en faglig baggrund som social- og sundhedshjælper.

Medarbejderne oplever at der er fulgt op på sidste års tilsyn, specielt har der været stort fokus på dokumentationsområdet, bl.a. med undervisning både forår og efterår. Der er generelt mulighed for at levere den kvalitet i dagligdagen i plejen, som er angivet i kvalitetsstandarderne. Alle kender til Høje-Taastrups kvalitetsstandarder, retningslinjer og arbejdsgange for indberetning af utilsigtede hændelser.

Vedrørende dokumentation oplever medarbejderne at der er tid til at dokumentere i dagligdagen. Alle er meget obs. dette, og oplever, at være blevet meget bedre, bl.a. med større kendskab til reglerne. Ipads bruges af alle, det gør det meget nemmere at dokumentere. Man kan f.eks. gå tilbage, når man har brug for informationer ude hos borgeren. Nu kan dokumentationen gøres imellem besøg, i stedet for at man skal stå i kø til at dokumentere på samme tid.

Der opleves et godt samarbejde med både borgere og pårørende.

Der arbejdes med egenkontrol og løbende kvalitetssikring af de leverede indsatser. F.eks. kontrol af hinandens indsatser, ved afløsning hos andre borgere end de faste. Gruppelederen kontrollerer systematisk og løbende, og drøfter med den enkelte ved specifikke problemer. Nogle af medarbejderne, som har vist forståelse for dokumentation, bliver brugt til at understøtte læringen hos kolleger. Der er oprettet en læringscafe, hvor man samles og drøfter spørgsmål og problemstillinger, og hvor der kommer nye øjne på det der dokumenteres.

Der er et godt samarbejde på tværs af døgnet, ligesom det er godt med andre faggrupper. Også samarbejdet med Høje-Taastrup Kommunes medarbejdere fungerer fint. Der er

systematisk oplæring af nye medarbejdere, ligesom der tilbydes oplæring i nye opgaver, og der er adgang til kompetenceudvikling efter behov.

Ledelsen

I ledelsesinterviewet deltog direktøren og en gruppeleder.

Som også medarbejderne påpegede har der været stort fokus på dokumentationsområdet, som opfølgning på sidste års tilsyn. der er bl.a. indført ipads til alle medarbejdere på linje med indførelsen i Høje-Taastrup Kommune i 2017. Alle bruger ipads, og der dokumenteres dagligt.

Området er fortsat i fokus, og der laves stikprøvekontrol regelmæssigt. Der er 2-3 ressourcepersoner til brug for resten af medarbejderne, og en medarbejder er uddannet som FSIII-instruktør. Planen er at vedkommende skal undervise alle medarbejderne når FSIII og Cura skal implementeres.

Der er fokus på kvalitetssikring i firmaet. Alle nye borgere starter med et forventningsbesøg. Derudover laves egenkontrol hos 1-2 borgere pr. uge, bl.a. med fokus på, om borgeren får den hjælp vedkommende har behov for via besøg i hjemmet. På personalemøder er der altid fokus på dialogen, og dette indregnes som en del af den samlede kvalitetskontrol. Assistenten er ressourcepersoner for hjælpere, og der er udpeget klinisk ansvarlige medarbejdere for bestemte områder som f.eks. bleområdet. Planen er, at der i 2018 vil blive etableret tilfredshedsundersøgelse hos alle borgere som benytter DFS. Dette skal foregå via opringning /interview og spørgeskema til samtlige borgere på et givent tidspunkt.

Der holdes fokus på sygefraværet, og for tiden er fraværet ca. 20 dage/medarbejder pr. år. Der afholdes sygefraværssamtaler løbende. Ved graviditet eller anden sygdom med sygemelding, laves der efter aftale med medarbejderen, arbejdsopgaveomlægning til passende opgaver.

Der arbejdes med utilsigtede hændelser efter reglerne.

Anbefalinger

- Der bør arbejdes systematisk med dokumentationsområdet, så alle kender og følger retningslinjerne
- Der bør arbejdes på at sikre kvalitet i medicindokumentationen, herunder sikre god kommunikation om medicinområdet mellem DFS og Høje-Taastrup Kommune
- Det anbefales, at der fortsat holdes fokus på sygefraværet