

Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Social og Sundhed
Sygeplejen

Uanmeldt helhedstilsyn

December 2020

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	OPLYSNINGER OM SYGEPLEJEN OG TILSYNET	3
1.1	AKTUELLE VILKÅR	3
1.2	OPFØLGNING	3
2.	HELHEDSTILSYN.....	4
2.1	OVERORDNET VURDERING	4
2.2	SCORE	4
2.3	VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER	5
2.4	TILSYNETS ANBEFALINGER	8
3.	MEDICINKONTROL	10
3.1	OVERORDNET VURDERING	10
3.2	SCORE	10
3.3	VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER	11
3.4	TILSYNETS ANBEFALINGER	13
3.5	TILSYNETS VURDERINGSSKALA	13

1. OPLYSNINGER OM SYGEPLEJEN OG TILSYNET

Generelle oplysninger om tilsynet
Navn og Adresse: Distrikt 1 :Fiskerbakken 17, Gilleleje Distrikt 2: Holtvej, Græsted Distrikt 3: Helsingegården, Parkvænget 20C, Helsingø
Leder: Ingrid Potts
Dato for tilsynsbesøg: Den 18. 21. og 22. december 2020
Deltagere i interviews: <ul style="list-style-type: none">• Interview med leder• Tilsynsbesøg hos 12 borgere• Gruppeinterview med 3 medarbejdere (3 sygeplejersker)• Gennemgang af dokumentation hos 12 borgere
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Senior Manager Mette Norré Sørensen, sygeplejerske

1.1 AKTUELLE VILKÅR

Aktuelle vilkår
Sygeplejen har siden seneste tilsyn været præget af ny ledelse og organisationsændringer. Således er Sygeplejen i november 2020 blevet en del af Gribskovs helhedspleje og er nu organiseret i tre distrikter med fælles ledelse.

1.2 OPFØLGNING

Opfølgning
I forhold til sidste års anbefalinger udtaler ledelsen, at Covid-19 situationen og organisationsændringerne i sygeplejen har været medvirkende til, at udvikling af kvalitetsarbejdet, herunder nye arbejdsgange og procedurer, enten ikke er igangsat eller færdigudviklet. Der har hovedsagelig været fokus på at opretholde driften og sikre levering af sundhedslovsydelse.
Ledelsen beskriver, at der fra næste år skal arbejdes med årshjul for kvalitetsarbejdet. Herunder bliver tilsynet informeret om, at pilotprojekt i forhold til dosisdispensering af medicin er udskudt til 2021.

2. HELHEDSTILSYN

2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Gribskov Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn i sygeplejen.

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

Det er tilsynets overordnede vurdering, at sygeplejen befinder sig i en implementeringsfase, og der fortsat udestå et stort udviklingsarbejde i forhold til at få integreret sygeplejen i Gribskovs helhedspleje.

Borgerne giver overordnet udtryk for tilfredshed med sygeplejen og henviser til, at medarbejderne er professionelle og dygtige til deres fag. Borgerne efterspørger dog større kontinuitet og bedre koordinering af levering af ydelserne.

Den sundhedsfaglige dokumentation i journalerne fremstår med meget tilfredsstillende niveau, der konstateres kun få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats.

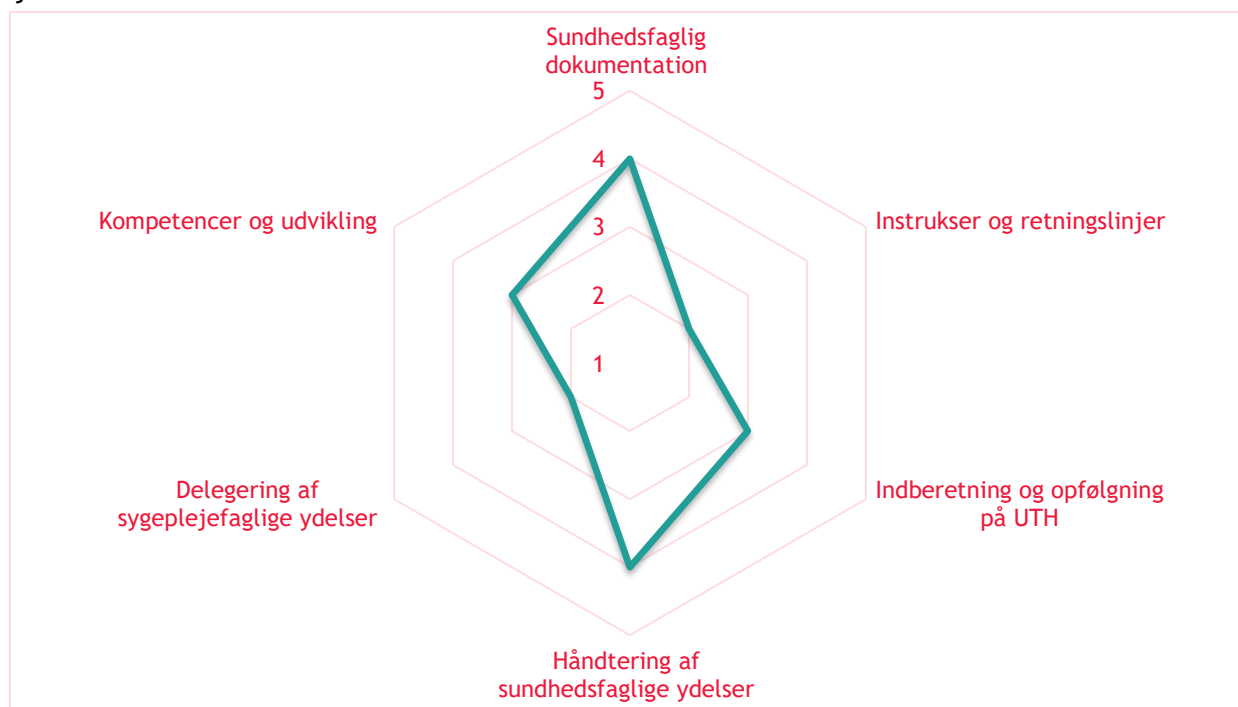
Medarbejdergruppen er fagligt engageret og har fokus på kvalitet i opgaveløsningen. Ledelsen italesætter planer for udvikling i sygeplejen.

Det er tilsynets vurdering, at der er behov for en betydelig og målrettet indsats, med etablering af formaliserede arbejdsgange/forum for at kunne understøtte kontinuitet, faglig kvalitet og udvikling i sygeplejen.

2.2 SCORE

For hvert overordnede tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema.

Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



2.3 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

Tema	Vurdering
<p>Tema 1: Sundhedsfaglig dokumentation</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Helbredstilstande</u></p> <p>I de gennemgåede journaler er samtlige helbredstilstande vurderet, herunder er der overordnet taget relevant stilling til aktuelle, potentielle og ikke relevante problemstillinger, jf. Gribskov Kommunes vejledning.</p> <p>Tilsynet bemærker dog, at der på forskellig vis arbejdes med fx helbredstilstanden ”kognitiv”, idet denne i flere tilfælde benyttes til at argumentere for borgerens behov for hjælp til medicindispenseringsydelsen. Tilsynet observerer, at der i nogle tilfælde er uoverensstemmelse mellem dokumentationen i helbredstilstanden og borgerens aktuelle kognitive funktioner.</p> <p><u>Generelle oplysninger</u></p> <p>Alle journaler indeholder en samlet oversigt (generelle oplysninger) over borgers sundhedsfaglige udfordringer samt aftaler med den behandlende læge.</p> <p>Journalerne er generelt udfyldt, så der er overensstemmelse mellem den medicinske behandling, generelle oplysninger, helbredstilstande og handlingsanvisningerne. I enkelte tilfælde mangler der opdatering og justering, så der skabes et tilstrækkelig sammenhæng i dokumentationen. Blandt andet er der i en journal uklare forhold til behandling af stomi- og drænpleje. I to andre journaler er de generelle oplysninger meget kortfattet.</p> <p><u>Handlingsanvisninger</u></p> <p>Der er oprettet aktuelle handlingsanvisninger, jf. kommunens praksis på området, som indeholder handlingsanvisende dokumentation for den aktuelle pleje og behandling. Dertil er der udarbejdet indsatsmål for alle sundhedslovsindsatser, og der er generelt løbende opfølgning og evaluering på de iværksatte handlinger. I et par tilfælde er tilsynet dog i tvivl om medarbejderens handlinger, og ved efterfølgende gennemgang i journalerne konstateres det, at der er opfølgning på indsatserne, men at der arbejdes med en forsinkelse i dokumentationen.</p> <p>Dertil konstateres eksempler på, at der er faglige respons og opfølgning, når der videregives observationer eller beskeder mellem faggrupperne. I et tilfælde ses manglende opfølgning på handlingsanvisning i forhold til ernæringsindsats.</p> <p><u>Samtykke</u></p> <p>Generelt fremgår det af journalerne, at der er indhentet samtykke, og at borgeren er vurderet helt eller delvist i stand til selv at kunne give et informeret samtykke til pleje og behandling. Der arbejdes dog ikke systematisk med at dokumentere, om der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge.</p> <p><u>Triagering</u></p> <p>To borgere er triageret gule. Der foreligger ikke løbende og tydelig dokumentation og opfølgning i forhold til triageringsniveauet.</p>

	<p>Overordnet er den sundhedsfaglige dokumentation overskuelig og systematisk opbygget. I langt de fleste journaler arbejdes der iht. kommunens retningslinjer/FSIII-metoden med at relaterer borgernes observationer til relevante tilstande. Dokumentationen er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog. Tilsynet bemærker, at flere journaler er blevet revurderet under tilsynsbesøget.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for dokumentationsarbejdet, herunder oprettelse af helbredstilstande, generelle oplysninger og handlingsanvisninger. Dertil, hvordan der arbejdes med at dokumentere ændringer i borgers tilstand samt indhentning af samtykke.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at det kan være vanskeligt at opretholde en tidstro dokumentation, og at dokumentationsarbejdet generelt er presset og forskudt til den sidste del af arbejdsdagen.</p> <p>Der arbejdes med velkomstbesøg hos alle nye borgere, hvor der er afsat ca. en time til at udarbejde helbredstilstande, generelle oplysninger og handlingsanvisninger. Hertil arbejdes der løbende med journaliseringen.</p> <p>Triageringsarbejdet er pauseret i øjeblikket.</p>
<p>Tema 2: Instrukser og retningslinjer</p> <p>Score: 2</p>	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i lav grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Tilsynet får fremvist mappe med instrukser og retningslinjer i et distrikt. Materialet i mappen er generelt ikke opdateret og er af ældre dato. Dertil er de formelle krav til instrukser ikke overholdt i alle tilfælde.</p> <p>Tilsynet bliver oplyst, at det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at tilgå VAR, i 2021 vil der blive åbnet op for denne mulighed. Ledelsen er bekendt med, at der er mangler på instruksområdet, men med udsigt til VAR i 2021 har området fået mindre prioritering.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at der ikke arbejdes med instrukser i hverdagen. I det daglige arbejde tages kontakt til læge eller kollega, hvis der opstår tvivlsspørgsmål. Medarbejderne oplyser, at de er bekendte med instruksmappen, og hvorledes instrukser kan tilgås via Intranettet "Bølgen". Medarbejderne oplever, at instrukserne er svære at orientere sig i grundet manglende systematisk opbygning. Dertil er der en oplevelse af, at instrukserne ikke er opdateret, og disse anvendes derfor ikke i hverdagen.</p> <p>Medarbejderne efterspørger vidensdeling og sparring i hverdagen, herunder fælles faglige møder og supervision.</p>
<p>Tema 3: Indberetning og opfølgning på UTH</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Tilsynet bliver oplyst, at der arbejdes med samlerapportering på fald og manglende administration af medicin.</p> <p>UTH-arbejdet er organiseret med en central risikomanager, som analyserer og fordeler hændelserne mellem distriktslederne. Ved alvorlige hændelsesforløb, arbejdes der centralt med hændelsesanalyser med inddragelse af relevante medarbejdere.</p> <p>Ledelsen oplyser, at der er fokus på at få skabt strukturerede arbejdsgange, så der skabes læring og videndeling i forhold til de utilsigtede hændelser i og på tværs af distrikterne. I øjeblikket forefindes ikke en formel og organiseret arbejdsgang på området.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for samlerapportering og er bekendte med indrapporteringsopgaven i forhold til utilsigtede hændelser. Medarbejderne oplever, at der mangler formaliserede arbejdsgange og møder, så der skabes læring og udvikling af området.</p>

	<p>Medarbejderne er ikke bekendte med omfanget af utilsigtede hændelser, og hvilke hændelser der hyppigst indrapporteres i sygeplejen/helhedsplejen. En medarbejder oplyser, at hun netop har været med i en hændelsesanalyse og fortæller positivt om, hvordan denne proces var med til at skabe læring og udvikling. Det er medarbejdernes ønske, at der skabes tørre gennemsigtighed på området.</p>
<p>Tema 4: Håndtering af sundhedsfaglige ydelser</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Tilsynet besøger 6 borgere, som modtager hjælp til henholdsvis sår-, stomi-, dræn-, kompressions- og palliativpleje.</p> <p>Borgerne giver overordnet udtryk for tilfredshed med sygeplejen og henviser til, at medarbejderne er professionelle og dygtige til deres fag. Borgerne nævner dog, at en større kontinuitet og bedre koordinering i forhold til, hvornår ydelsen leveres på dagen/ugen vil være ønskeligt</p> <p>En borger fremhæver sin hjælp til stomi- og drænbehandling, som borger finder yderst tilfredsstillende. Borger oplyser samtidig, at medarbejderne altid er opmærksomme på, at der bliver bestilt rette remedier til næste skiftning. Borger oplyser, at en aftale med medarbejderne om at ringe før besøget er med til at skabe tryghed og samtidig sikre, at borger har mulighed for at gøre klar til behandlingen.</p> <p>En anden borger udtrykker stor tilfredshed med hjælp til sårpleje, og borger oplever, at der er fin heling af såret. Dertil oplyser borger, at der gives god støtte og vejledning i forhold til smertebehandling. Medarbejderne ringer en time før besøget, så borger kan tage smertestillende medicin før sårplejen.</p> <p>En tredje borger får kun hjælp til kompressionsforbinding og har ingen klager til behandlingen.</p> <p>En fjerde alvorlig syg borger oplyser, at plejeforløbet ikke har været planlagt og tilrettelagt med rette faglige kompetencer og koordinering. Borger har brugt mange kræfter på at få forløbet til at fungere og sidder tilbage med en følelse af afmagt. Ledelsen er orienteret om sagen og vil straks følge op på forløbet.</p> <p>En femte borger nævner, at det ligeledes har været svært at få sygeplejen til at imødekomme en tilstrækkelig kontinuitet i levering af sårpleje. Borger nævner, at det har stor betydning for kvaliteten af sårplejen, at medarbejderne er bekendte med såret og plan fra hospitalet. En forkert behandling kan medføre amputation af legemsdel. Borger nævner, at der har været kontinuitet den sidste måned.</p> <p>En sjette borger nævner generelt tilfredshed, men henviser til, at besøget fra sygeplejen til insulingivning ofte leveres lidt sent på formiddagen. Borger må ikke spise, før der gives insulin. Tilsynet bemærker, at borgerens blodsukker er meget svingende.</p> <p>Medarbejderne henviser til, at det siden organisationsændringen har været planlæggerens opgave at tilrettelægge ruterne. Medarbejderne har lidt forskellige oplevelser og holdninger til metoden og efterspørger generelt mere indflydelse på planlægningen. Efter medarbejderne er blevet delt i tre distrikter, opleves det, at de faglige kompetencer i distrikterne er mindre ensartet, og der efterspørges større fleksibilitet på tværs af distrikterne. Dertil nævner medarbejderne et stort arbejdspress, og at der fortsat udestår en egentlig integration/sammenlægning med hjemmeplejen.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der søges informationer i handlingsanvisninger, inden en ydelse leveres.</p>

<p>Tema 5: Delegering af sygeplejefaglige ydelser</p> <p>Score: 2</p>	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i lav grad lever op til indikatorerne.</p> <p>I borgers dokumentation/handlingsanvisning fremgår det ikke tydeligt, hvilken faggruppe der har fået delegeret sundhedslovsydelsen. I nogle handlingsanvisninger beskrives, at ydelsen skal leveres af sygeplejen, men der er ikke tydeligt beskrevet, hvilken kompetencegrad der er tale om (sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent). Hertil ses der også handlingsanvisninger, hvor der slet ikke beskrives, hvem der skal varetage ydelsen.</p> <p>I interviewet med medarbejderne fremkommer der ikke en ensartet tilgang og procedure for, hvorledes der arbejdes med delegeringsområdet. Medarbejderne efterspørger rammer og arbejdsgange for delegeringsområdet.</p> <p>Medarbejderne er ikke bekendte med kommunens delegeringspraksis.</p>
<p>Tema 6: Kompetencer og udvikling</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Implementering af sygeplejen i helhedsplejen er i proces, og ledelsen italesætter, at der fortsat udestår et stort udviklingsarbejde på dette område. Der arbejdes med rekruttering af medarbejdere, særligt til akutfunktionen, som ikke er fungerende på nuværende tidspunkt. Herunder er der fokus på at få skabt udvikling og effektive arbejdsgange i sygeplejeklinikken.</p> <p>Det er ledelsens mål, at helhedsplejen skal sikre større tværfaglighed og derved bedre kvalitet i opgaveløsningen. Grundet Covid-19 situationen, og de mange organisationsændringer, er alle udviklingstiltag blevet betydeligt forsinket. Ledelsen er bekendte med manglerne og italesætter, at der arbejdes på at få skabt formaliserede arbejdsgange og forum for undervisning, udvikling og supervision.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at de gør deres yderste for at levere en høj faglighed i ydelserne, trods travlhed i hverdagen. Medarbejderne italesætter, at der særligt inden for det palliative område er behov for kompetenceudvikling eller mulighed for at kunne trække på medarbejdere med rette kompetencer fra andet distrikt.</p> <p>I forhold til den akutte pleje, herunder modtagelse af borgere direkte fra hospitalet, er det medarbejdernes oplevelse, at det er problematisk, idet sygeplejen ikke har de nødvendige remedier for at kunne handle og forebygge genindlæggelse.</p> <p>Medarbejderne italesætter ligeledes, at særligt weekenderne kan være udfordrende, idet der også skal leveres hjælp på plejecentrene. Medarbejderne efterspørger tværfaglige forum og ledelsesmæssig inddragelse i forhold til faglige udviklingsområder i sygeplejen.</p>

2.4 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
<p>Anbefaling 1:</p> <p>Det er tilsynets anbefaling, at der fortsat arbejdes med dokumentationsarbejdet, herunder at der indføres løbende opfølgingsdatoer, samt at der etableres mulighed og arbejdsgange for tidstro dokumentation.</p>

Anbefaling 2:

Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt sættes fokus på delegerings-, UTH-, triagerings- og kompetenceområdet, herunder for at sikre, at der udvikles arbejdsgange og forum for møder/undervisning/sparring på områderne.

Anbefaling 3:

Tilsynet anbefaler, at retningslinjer og instrukser opdateres, samt at det ledelsesmæssigt sikres, at medarbejderne er bekendte med og anvender disse i hverdagen

Anbefaling 4:

Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt er fokus på kontinuitet i leveringen af ydelserne, samt at ydelserne bliver leveret med rette faglighed.

3. MEDICINKONTROL

3.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har samtidig med det sundhedsfaglige tilsyn i sygeplejen foretaget medicinkontrol hos 8 borgere.

BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem kontrol, observationer og skriftligt materiale.

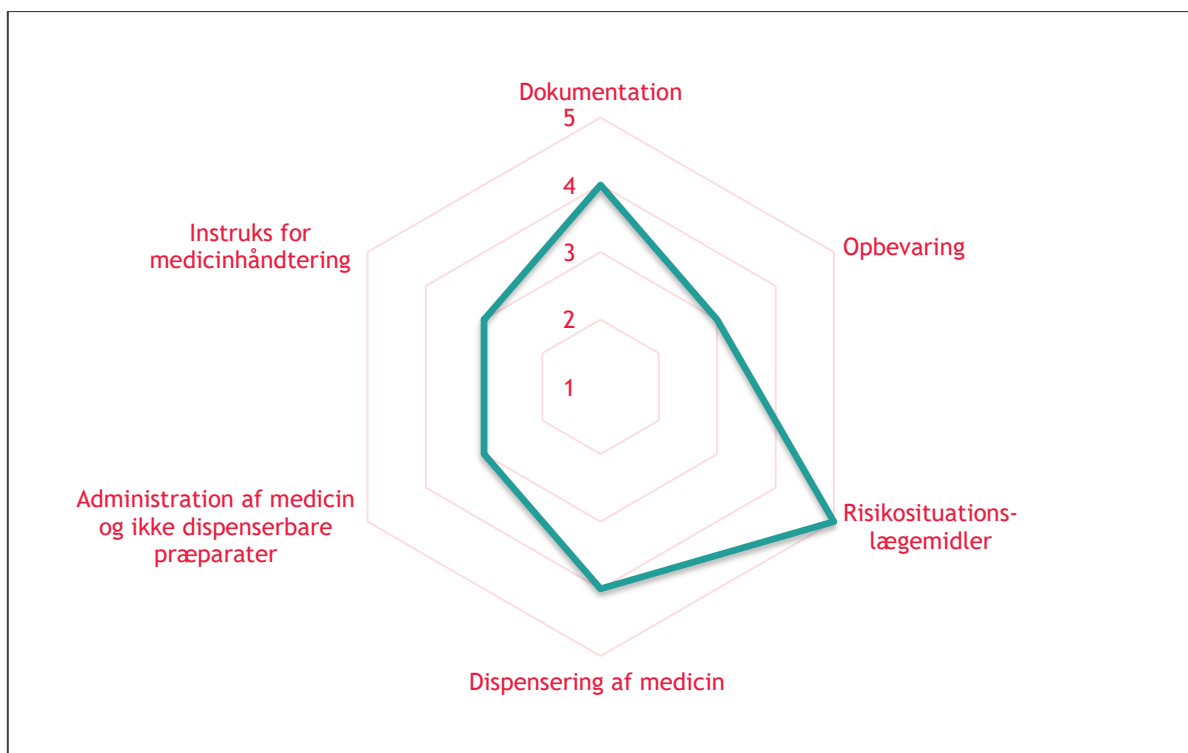
Det er tilsynets vurdering, at sygeplejen følger gældende retningslinjer og procedurer for medicinhandling i forhold til dispensering, risikosituationslægemidler og dokumentation og har en tilfredsstillende praksis på disse områder.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at der er udviklingsområder i forhold opbevaring, administration af ikke dispenserbare præparater og instrukser for medicinhandling, som det vil kræve en målrettet indsats at udbedre.

3.2 SCORE

For hvert overordnede tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema.

Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



3.3 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

Tema	Vurdering
Tema 1 Dokumentation Score: 4	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At elektroniske medicinlister er opdaterede og indeholder de lovmæssige krav • At der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisten • At retningslinjer for dokumentation af medicinydelsen generelt er i uoverensstemmelse med Gribskov Kommunes krav. Der mangler udarbejdelse af Handlingsanvisning på medicindispensering i et tilfælde. I enkelte tilfælde er handlingsanvisningerne ikke tilstrækkeligt detaljeret udfyldt • At der overordnet er dokumenteret for medicindispensering. I et tilfælde manglende der dokumentation for dispensering
Tema 2: Opbevaring Score: 3	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At den ordinerede medicin ikke i alle tilfælde opbevares forsvarligt. Tilsynet bemærker, at der kun i to dispenseringer anvendes kommunens medicinkasse. I de øvrige dispenseringer opbevares medicinen på køkkenbordet, i en kurv eller i en skuffe/skab <p>At kommunens posesystem til adskillelse af aktuel og ikke aktuel medicin ikke anvendes i alle tilfælde. I en medicingennemgang er to præparater ikke opbevaret korrekt. Det er vanskeligt at afgøre, om borgeren selv har ændret i opbevaringen. Det er tilsynet vurdering, at der i højere grad kan sikres en mere forsvarlig opbevaring og derved øge "patientsikkerheden". Dertil observerer tilsynet, at der i en medicingennemgang, hvor doseringsæsker er låst inde i en medicinkasse, benyttes doseringsæsker, som er meget snavsede</p> <ul style="list-style-type: none"> • At holdbarhedsdatoer er overholdt på faste medicinske præparater • At ugedoseringsæsker med ophældt medicin er mærket korrekt • At der overordnet er angivet anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter åbning. I et tilfælde mangler der anbrudsdato på en insulinpen • At der i tre medicingennemgange mangler borgerens navn på enkelte præparater • At medarbejderen kan redegøre for korrekt opbevaring af medicin
Tema 3: Risikosituationslægemidler Score: 5	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At medarbejderne kan redegøre for, hvordan der arbejdes med risikosituationslægemidler • At det fremgår af dokumentationen, at der arbejdes med risikosituationslægemidler, jf. retningslinjer på området

<p>Tema 4: Dispensering af medicin</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der er overensstemmelse mellem ordineret medicin/medicinliste og den op-hældte medicin. I et tilfælde manglede opdatering af FMK, dette havde dog ingen betydning for dispenseringen • At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dispensering • At borgerne overordnet er tilfredse med håndteringen af medicinen. En borger er dog mindre tilfreds og henviser til, at der har været en del uoverensstemmelser i håndteringen af medicinopgaverne, herunder opretholdelse af de hygiejniske regler på området. Ledelsen er orienteret og vil følge op på forløbet • Flere borgere er ikke bekendte med næste besøg fra sygeplejen til medicindispensering. Borgerne er forstående over for travlhed i sygeplejen, men finder det ønskeligt at kende dato for næste besøg. <p>I flere medicingennemgange, var der kun dispenseret til to dage i doseringsæskerne. Det er tilsynets vurdering, at grundlaget for at vurderer tema 4 er yderst spinkelt.</p>
<p>Tema 5: Administration af medicin og ikke dispenserbare præparater</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At medicinen er administreret til tiden • At der ved administreret medicin(salver) i to tilfælde mangler signering i journalen • At borgerne overordnet er inddragede i og trygge ved medicinadministrationen. I et tilfælde er en alvorlig syg borger dog mindre tilfreds og beskriver en dårlig oplevelse og koordinering i forbindelse med administration af et ikke dispenserbar præparat. Ledelsen vil følge op på sagen • At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for administration af medicin.
<p>Tema 6: Instruks og medicinhåndtering</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at sygeplejen i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ledelsen oplyser, at der udestår et arbejde i forhold til at sikre, at instrukser er opdaterede og målrettet den nye organisation • Medarbejderne kan redegøre for medicinhåndtering, jf. retningslinjer fra Styrelsen for patientsikkerhed ” Korrekt håndtering af medicin”, men henviser til, at der mangler interne opdaterede retningslinjer og instrukser på området. Medarbejderne er bekendte med, at der forefindes mappe med instrukser, men anvender ikke disse i hverdagen, da disse ikke er opdaterede. Direkte adspurgt, om der forefindes instrukser elektronisk på Bølgen, oplyser medarbejderne, at disse ikke benyttes.

3.4 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
<p>Anbefalinger 1: Tilsynet anbefaler, at sygeplejen har fokus at sikre, at borgernes medicin opbevares på forsvarlig vis, så der skabes sikre og effektive arbejdsbetingelser for medarbejderne.</p>
<p>Anbefalinger 2: Tilsynet anbefaler, at der altid sker signering i journalen, når der administreres ikke-dispenserbare medicinske salver.</p>
<p>Anbefalinger 3: Tilsynet anbefaler, at retningslinjer og instrukser for medicin håndtering i sygeplejen opdateres, samt at der ledelsesmæssigt sikres, at medarbejderne er bekendte og anvender disse i hverdagen.</p>
<p>Anbefaling 4: Tilsynet anbefaler, at koordinering og planlægning af medicindispenseringbesøgene kvalificeres, herunder at borgerne orienteres om dato og ca. tid for levering af ydelsen.</p>

3.5 TILSYNETS VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala

Samlet vurdering
<p>5 - Særdeles tilfredsstillende Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
<p>4 - Meget tilfredsstillende Indikatorerne er i høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgere • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger
<p>3 - Tilfredsstillende Indikatorerne er i middel grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgere • En del af elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.

2 - Mindre tilfredsstillende**Indikatorerne er i lav grad opfyldt**

- Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes
- Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne
- Få af elementer i indikatorerne er opfyldt
- Tilsynet har en eller flere anbefalinger.

Det mindre tilfredsstillende samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen

1- Ikke tilfredsstillende**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt**

- Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes
- Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne
- Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind
- Tilsynet har en eller flere anbefalinger.

Det ikke tilfredsstillende samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

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 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 m.m.

Partneransvarlig
Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk

Projektansvarlig
Mette Norré Sørensen
Senior Manager
Mobil: 4189 0475
Mail: meo@bdo.dk