

Tilsynsrapport

Sygeplejen syd

Center for Sundhed & Pleje

2019

Formål

Hovedformålet med at udføre tilsyn er at sikre, at opgaverne løses til borgerens bedste og i overensstemmelse med såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Tilsynene udføres med sigte på læring og refleksion for at medvirke til at skabe langsigtede forbedringer for borgerne.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

Forord

Det uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med Tilsynsprocedurens krav. Målepunkterne er baseret på de krav Styrelsen for Patientsikkerhed stiller til kvaliteten i kommuner, og tilsynsrapporten er opbygget med sigte på læring og organisationsudvikling.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder deltagere, tidspunkt og antallet af borgere og medarbejdere, der er indgået i tilsynet.

Det samlede tilsynsresultat ses herefter i en oversigt, som efterfølgende bliver uddybet med, hvilke styrker og udfordringer, der er konstateret ved tilsynet samt tilsynets anbefalinger.

Sidste del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og ved gennemgang af dokumentation. Det er et omfattende materiale med konkrete oplysninger, som kan anvendes i det videre udviklingsarbejde.

De nærmere begrundelser bag vurderingsprincipper er beskrevet i proceduren for uanmeldte kommunale tilsyn i Greve Kommune.

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

Fakta om tilsynet

Leverandørens navn og adresse

Sygeplejen syd

Leder

Jeanette Buhl-Madsen

Dato og tidspunkt for tilsynet

18. november 2019

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov.

Data er indsamlet via:

- Dokumentation til journalaudit er indhentet fra omsorgssystemet Nexus, procedurer, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.

Der er lavet journalaudit på 6 % af borger i syd med sygeplejeindsatser, svarende til 32 journalaudits. (6 % af 527 borgere)

- Interview: Fælles-interview med 2 medarbejdere, samt et interview med leder af sygeplejen syd.

- Observation: Foretaget i 2 borgerhjem. Begge har givet tilsagn. Observation af borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag. 0 besøg er udført i aftenvagten.

Tilsynspersoner

1 lbm

2 lbd

0

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Sygeplejen syd:

Godkendt med mangler

Kategorier
Godkendt Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.
Godkendt med få bemærkninger Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er ikke konstateret betydelige mangler i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende.
Godkendt med mangler Dette betyder, at der er i et eller flere målområder er betydelige mangler i den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.
Kritisable forhold Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

Opsummering af styrker og forbedringsområder

I skemaer herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret er til stede. For det andet beskrives det på temaniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

Styrker
<p>Under besøgene hos borgerne, blev sygeplejerskerne oplevet meget imødekommende samt fagligt kompetente i forhold til udførelsen af sygeplejeopgaverne.</p> <p>Der var god og respektfuld kontakt og kommunikation mellem borger og sygeplejerske.</p> <p>De hygiejniske principper i forbindelse med udførelsen af besøg i borgers hjem blev opfyldt.</p> <p>Under fælles-interview med 2 medarbejdere, oplevede tilsynet medarbejderne som fagligt kompetente. De var bekendte med og kunne svare på spørgsmål om procedurer, arbejdsgange og dokumentation på stort set alle områder.</p> <p>Leder oplyser, at de er i gang med at udarbejde personlige kompetenceskemaer på alle medarbejdere. Leder kan klart redegøre for, og der er lavet kompetencebeskrivelser for de forskellige faggrupper og for overdragelse af opgaver.</p> <p>Leder har lavet tjekliste i forhold til dokumentation i Nexus, når der laves faglig udredning på nye borgere. Dels hvor de dokumenterer korrekt, og for at huske alle oplysninger.</p> <p>Denne inkluderer også borgers retsstilling, samtykkeerklæring og livsforlængende behandling.</p>
Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger
<p>Tilsynet anbefaler, at der arbejdes med "indsatsmål", da der ikke hos nogen af borgerne fra audit er udfyldt indsatsmål.</p> <p>Tilsynet anbefaler, at der arbejdes med "Borgers retsstilling", da det fremgår, at der ikke er taget stilling til dette i langt størstedelen af audits.jf. "Arbejdsgang for dokumentation i Nexus - drift"</p> <p>Tilsynet anbefaler at der arbejdes med at skærpe medarbejdernes opmærksomhed på at relatere dokumentation i diverse skemaer, .observationer, handleplaner mm til tilstande, således at overblikket via Tilstandshjulet bliver så optimalt som muligt.</p> <p>Tilsynet har via journalaudit observeret, at der var flere borgere der havde gamle og uaktuelle handleplaner som ikke var blevet inaktiveret.</p> <p>Tilsynet oplever, at de 12 sygeplejefaglige problemområder var beskrevet under enten helbredsoplysninger eller under sygeplejefaglige problemområder, der var dog nogle borgere, hvor dette ikke var beskrevet nogen steder.</p> <p>Tilsynet anbefaler, at der er fokus på, at de sygeplejefaglige problemområder dokumenteres alene under tilstande, dels fordi de så kommer med i indlæggelsesrapport og tilstandshjulet.</p> <p>Tilsynet er bevidst om, at der blev ændret på arbejdsgangen i midten af 2019, og at de 12 vil blive overført fra helbredsoplysninger til de sygeplejefaglige problemområder, efterhånden som borgerne bliver besøgt af sygeplejen.</p>

Tilsynet oplever at der ved hovedparten af de borgere der har en kronisk lidelse og får medicin for det, (KOL, hypertension, diabetes mm) ikke er noteret om der er kontrol hos lægen eller sygehus, hvor ofte, og om borgeren på nogen måder har brug for hjælp i relation til kontrol.

Tilsynet anbefaler, at dette drøftes i spl.gruppen og at der bliver lavet et punkt til arbejdsgangen for driften omhandlende dokumentation af dette. (Emnet er drøftet ved interview med både leder og de to medarbejdere)

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelte området i tilsynet

Sundhedsloven - Tilsystema	
Fagligt fokus <ul style="list-style-type: none">- Særligt sygdomme, fx diabetes og skizofreni- Den sundhedsfaglige dokumentation- Beskrivelse af borgerens helbredstilstande- Behov for information og undervisning- Fravalg af livsforlængende behandling	Godkendt med mangler
Hygiejne <ul style="list-style-type: none">- Krav til den skriftlig instruks for hygiejne- Personalet kender og anvender de hygiejniske principper.- Forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme	Godkendt

Medicin håndtering - Medicinordination - Medicindosering - Medicinadministration - Medicinopbevaring	Godkendt
Organisering - Beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer - Brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.	Godkendt
Borgers retstilling - Det fremgår om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke. - Der er indhentet informeret samtykke når relevant.	Kritisable forhold
Øvrige fund	Ingen øvrige fund er gjort under tilsynet

Tilsynspersonernes kommentarer

Yderligere fund fra Journalaudit:

- Hos 2 borgere indgår ikke anerkendte/ukendte forkortelser (CO, AFLI)

Øvrige områder og fund er indbefattet og dækket under afsnittet "Opsummering af styrker og forbedringsområder"

Vurderingsprincipper

De 6 overordnede måleområder har 11 temaer, der hver har 5-15 indikatorer. Stikprøvestørrelsen afhænger af antallet af borgere som plejeenheden leverer ydelser til, samt om tilsynspersonerne har adgang til plejeenhedens egne kvalitetsvurderinger eller ikke. Hver plejegruppe (Der er fx flere plejegrupper på et plejeenhed/center) foretager systematisk kvalitetsvurdering på minimum 24 borgere om året, og sikrer herved, at de fleste væsentlige kvalitetsproblemer bliver identificeret. I tilfælde hvor tilsynspersonerne ikke har adgang til plejeenhedens kvalitetsvurdering, anvendes en større stikprøve til tilsyn.

Tilsynet gennemføres som en kombination af journalgennemgang og tracermetoden, hvor tilsynspersonerne gennemgår borgerforløbet, ved hjælp af interview med borgeren, medarbejdere og ledelsen. Se evt. detaljer i procedure for uanmeldte tilsyn.

Der foretages vurderinger på 4 niveauer:

- Niveau 1: Den enkelte stikprøve
- Niveau 2: Den enkelte indikator
- Niveau 3: Det enkelte tema
- Niveau 4: Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. På alle niveauer baseres vurderingen på lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingsprincipperne gennemgås nedenfor.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 1: VURDERING AF DEN ENKELTE STIKPRØVE

Der er indsat vejledende tjekpunkter under den enkelte indikator i rapporten. Tjekpunkterne tilpasses efter forholdene under tilsynsbesøget, således at indikatorerne bliver bedst muligt belyst.

Kvalitative data: Positive og negative fund indskrives under "Beskrivelse", så vidt mulig med uddybende oplysninger til brug for det videre udviklingsarbejde.

Kvantitative data: Den enkelte stikprøve vurderes som Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Ud fra antallet af relevante beregnes % af mulige point. Point tildeles efter følgende kriterier: Der gives 1 point, hvis indikatoren er vurderet Opfyldt, ½ point ved Delvist Opfyldt, 0 point ved Ikke Opfyldt. Enkelte forhold indvirker på den kvantitative beregning, herunder

- a. Antallet af borgere, der indgår i tilsynet er som ovenfor beskrevet 20 borgere. I forhold til det enkelte målepunkt, kan antallet af relevante være mindre end 20, idet nogle borgere ikke modtager en ydelse, ikke kan deltage i interview, at indikatoren ikke er relevant for borgeren samt lignende vilkår.
- b. Et enkelt fund kan være fuld dokumentation for, at eksempelvis en instruks for en delegeret opgave foreligger. I så tilfælde markeres med Opfyldt. Såfremt der er mangler, markeres med Delvist Opfyldt, og såfremt der er betydelige mangler eller instruksen ikke foreligger markeres med Ikke Opfyldt.
- c. For enkelte indikatorer er opfyldelsesprocenten angivet samlet for stikprøverne.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATOR Indikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Indikatoropfyldelsen vurderes på baggrund af beskrivelserne af de positive og negative fund i stikprøverne samt den kvantitative målopfyldelse. En kvantitativ målopfyldelse på over 75% giver mulighed for at indikatoren kan vurderes som Helt Opfyldt. Analysen af de kvalitative fund er afgørende, idet få negative fund kan have betydning for borgerens helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er " Delvist Opfyldt" eller måske "Ikke Opfyldt", selvom de kvantitative data viser målopfyldelse på over 75 %.

Begrundelsen vil i så fald fremgå af rapporten. Alvorlige fejl og mangler indebærer alvorlige konsekvenser for borgeren. Det omhandler forhold, hvor der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og de tildelte eller leverede ydelser eller der eksempelvis konstateres sundhedsskadelige hygiejniske forhold i hjemmet med alvorlig risiko for borgerens helbred. Det kan tillige omhandle forhold hvor kvaliteten i den personlige pleje medfører risiko for borgerens helbred eller hvor borgeren er udsat for dokumenterbare alvorlige krænkelse i forhold til personlige grænser.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 3: VURDERING AF DET ENKELTE MÅL

Målopfyldelsen vurderes på baggrund af resultaterne fra de enkelte indikatorer sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 4: DET SAMLEDE TILSYNSRESULTAT

Det endelige tilsynsresultat vurderes på baggrund af resultaterne fra de 6 målområder sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

Kommentarer fra tilsynsstedet

Der er ikke kommentarer til rapporten efter den formelle høring.