

Tilsynsrapport
Sygeplejen nord
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 nord

Leder

Linda Christoffersen

Dato og tidspunkt for tilsynet

6. december 2019

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov.

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, informationsbreve til borgerne, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
- Interview med 2 medarbejdere, samt leder for sygeplejen.
- Observation foretaget hos 2 borgere, som begge har givet tilsagn om at få besøg. Der blev lavet observationer af borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet og opbevaring af relevante remedier.

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 nord:

Godkendt med mangler

Kategorier
<p>Godkendt</p> <p>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.</p>
<p>Godkendt med få bemærkninger</p> <p>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.</p>
<p>Godkendt med mangler</p> <p>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.</p>
<p>Kritisable forhold</p> <p>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.</p>

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 imødekomende samt fagligt kompetente i forhold til udførelsen af sygeplejeopgaverne.</p> <p>Tilsynet oplever at medarbejderen har rigtigt godt helhedssyn på borger.</p> <p>Der var god og respektfuld kontakt og kommunikation mellem borger og sygeplejerske, og kommunikation tilpasses rigtig fint borgers niveau.</p> <p>De hygiejniske principper i forbindelse med udførelsen af besøg i borgers hjem blev opfyldt.</p> <p>Under fællesinterview 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>Tilsynet oplever, at leder har styr på og har udarbejdet personlige kompetenceskemaer på alle medarbejdere.</p> <p>Leder kan klart redegøre for, og der er lavet kompetencebeskrivelser for de forskellige faggrupper og for overdragelse af opgaver.</p> <p>Tilsynet oplever, at der er rigtig god styr på håndtering og dokumentation af medicin.</p> <p>Persondata sikres fint, ingen bemærkninger.</p>

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Handleanvisninger og indsatsmål:

Tilsynet anbefaler, at der arbejdes med "indsatsmål", da der kun hos ganske få borgere fra audit er udfyldt indsatsmål, og ikke på alle handleanvisninger.

Tilsynet anbefaler, at der arbejdes med handleanvisninger, da der ved audit er fundet, at hos langt størstedelen er der ikke lavet relevante handleanvisninger på alle SUL-indsatser og hos mange borger er opfølgingsdato på handleanvisninger ikke overholdt

Hos et antal borgere er der flere handlingsanvisninger der er stoppet, men som stadig stå som aktive, og der er ingen beskrivelser.

Tilsynet anbefaler, at der arbejdes med "Borgers retstilling", da det ikke, at der er taget stilling til dette i langt størstedelen af audits.jf. "Arbejdsgang for dokumentation i Nexus - drift"

.observationer:

Tilsynet anbefaler at der kommer øget fokus på .observationer, da der ved audit hos et stort antal borgere er fundet at der er ingen eller en enkelt .observationer.

Efterfølgende viser det sig, at observationerne hos nogen borgere kun ligger under fanen "Plan" kontinuerligt, men hos nogen borgere er de ikke kommet med over i overblikket, hvor vi har kigget.

Medicinadministration:

Hos en borger der får inj. Vibeden er der ikke FMK, dvs. ordinationen fremgår ikke.

Hos en borger med medicindosering, der varetages af leverandør, er der ikke udfyldt nogen former for dokumentation af medicindoseringen andet end FMK.

Hos en borger i Marevanbehandling kan ordinationer på baggrund af INR-måling ikke findes.

Generelle oplysninger:

Tilsynet anbefaler, at der kommer mere fokus på udfyldelse af Generelle oplysninger, da der ved audit er fundet, at hos langt størstedelen af borgerne, var alle relevante oplysninger ikke udfyldt.

Hos et antal borgere var helbredsoplysningerne ikke opdateret.

Tilsynet anbefaler, at der kommer øget fokus på udfyldelse af samtykke til at udveksle oplysninger med bl.a egen læge. Det er dog ikke registreret i .observation, men som et gemt dokument overført fra tidligere oms.system. Hos enkelte, stod det i handlingsanvisning.

Generelt er der ikke releateret mellem tilstande, skemaer, observationer mm, hvorved tilstandshjulet ikke skaber relevant overblik.

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	Kritisable forhold
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
Medicinhandling <ul style="list-style-type: none">- Medicinordination- Medicindosering- Medicinadministration- Medicinopbevaring	Godkendt
Organisering <ul style="list-style-type: none">- 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	

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer:

Fund er indbefattet og dækket under afsnittet ”Opsummering af styrker og forbedringsområder”

Vurderingsprincipper

De 6 overordnede målområder 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 tracer metoden, 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 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, 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 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 2 kategorier: Helt 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 helbreds-mæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er "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

Kommentarer fra tilsynsstedet efter høring.

Der har ikke været kommentarer fra tilsynsstedet i forbindelse med formel høring.