



Tilsynsrapport Viborg Kommune

Løgstrup Fripleshjem

Uanmeldt sundhedsfagligt tilsyn
Februar 2022

INDHOLD

| | | |
|-------|---------------------------------------|----|
| 1. | FAKTA OM TILSYNET | 4 |
| 2. | VURDERING | 5 |
| 2.1 | TILSYNETS SAMLEDE VURDERING | 5 |
| 2.2 | OVERBLIK OVER MÅLEPUNKTER | 5 |
| 3. | DATAGRUNDLAG | 7 |
| 3.1 | VILKÅR OG OPFØLGNING | 7 |
| 3.2 | BEHANDLINGSSTEDETS ORGANISATION | 8 |
| 3.3 | JOURNALFØRING | 9 |
| 3.4 | MEDICINHÅNDBOK | 12 |
| 3.4.1 | Instrukser | 12 |
| 3.4.2 | Medicinskema | 12 |
| 3.4.3 | Medicinbeholdningen | 13 |
| 3.5 | BORGERENS RETSSTILLING | 15 |
| 3.6 | HYGEIJNE | 16 |
| 3.7 | DIVERSE | 16 |
| 3.8 | ØVRIGE FUND | 16 |
| 4. | TILSYNETS FORMÅL | 17 |
| 5. | VURDERINGSSKALA | 17 |
| 6. | TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE | 17 |

Forord

Rapporten er bygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet.

Herefter indeholder rapporten de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. gennemgang af dokumentation, medicinbeholdningen, interview med ledere/medarbejdere og borgere. For hvert mål foretager den tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

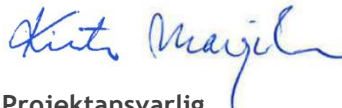
Da dette tilsyn er skærpet, er der efter aftale med Viborg Kommune udtaget fem stikprøver, mod normalt tre, og tre tilsynsførende har sammen udført tilsynet. Tilsynets tilrettelæggelse fremgår af pkt. 6 på side 17.

Sidste del af rapporten indeholder en kort beskrivelse af tilsynets formål, vurderingsskala, tilsynets tilrettelæggelse samt oplysninger om BDO

Med venlig hilsen



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



Projektansvarlig
Kirsten Marquardsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0436
Mail: kmq@bdo.dk

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



1. FAKTA OM TILSYNET

| Oplysninger om friplejehjemmet og tilsynet |
|--|
| Navn og Adresse: Løgstrup Friplejehjem, Hjarbækvej 59, 8831 Løgstrup |
| Forstander: Ane Gleerup |
| Dato for tilsynsbesøg: Den 2. februar 2022, kl. 08.30 - 16.00 |
| Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none">• Interview med forstander og stedfortræder.• Interview med en sygeplejerske• Gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation i fem tilfældigt udvalgte journaler• Gennemgang af medicinbeholdning hos fem tilfældigt udvalgte borgere• Gennemgang af skriftligt materiale i form af instrukser og procedurer vedrørende de sundhedsfaglige forhold• Observationer |
| Tilsynet blev afsluttet med en tilbagemelding til forstander og stedfortræder. |
| Tilsynsførende: Senior Manager Kirsten Marquardsen, sygeplejerske, MHM Manager Stine Nielsen, sygeplejerske Manager Dorte Karlskov, sygeplejerske |

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

BDO har på vegne af Viborg Kommune gennemført et uanmeldt sundhedsfagligt tilsyn på Løgstrup Friplesjehjem.

Den samlede tilsynsvurdering er, jf. beskrivelsen af vurderingsskalaen under afsnit 5:

Tilsynet har fundet fejl og mangler, som samlet kan indebære risiko for patientsikkerheden

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interview med ledelsen, medarbejdere, tilsynets observationer, gennemgang af journaler og skriftlige retningslinjer, samt medicinbeholdningen.

Vurderingen er baseret på de forhold, der er konstateret under det aktuelle tilsyn. BDO har ved vurderingen lagt vægt på, at der er fejl og mangler forbundet til 14 målepunkter. Fundene er relateret til hhv. organisering, journalføring, medicinbehandling samt borgers retsstilling.

Det er tilsynets vurdering, at rammerne og organiseringen er under optimering, og gør det muligt at levere en tilstrækkelig faglighed i den sundhedsfaglige opgaveløsning, samt at der ledelsesmæssigt er fagligt fokus på den sundhedsfaglige indsats, og at der arbejdes målrettet med opgaveløsningen og bemanningen inden for området.

På journalføringsområdet er det tilsynets vurdering, at der er behov for en meget målrettet og vedvarende ledelsesmæssig indsats for at sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation fremstår systematisk og overskueligt opbygget, samt er opdateret og fyldestgørende. Det er samtidig tilsynets vurdering, at etablering af et formaliseret samarbejde med borgernes læger ville kunne understøtte de sundhedsfaglige indsatser. Endelig er det tilsynets vurdering, at der på samtlige målepunkter under journalføring er udviklingspotentiale.

Tilsynet vurderer, at manglerne på medicinområdet relateret til dokumentation, medicinliste, dispensering, mærkning og holdbarhed vil kræve et særligt fokus fra såvel ledelse som sygeplejersker at rette op på.

I relation til borgers retsstilling er det tilsynets vurdering, at friplejehjemmet bør skærpe opmærksomheden på at efterleve og implementere instrukser for livsforlængende behandling.

2.2 OVERBLIK OVER MÅLEPUNKTER

| Målepunkter | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt |
|---|---------|--------------|--------------|
| BEHANDLINGSSTEDETS ORGANISERING | | | |
| Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling | | X | |
| Instrukser om patienternes behov for behandling | | X | |
| Formelle krav til instrukser | X | | |
| JOURNALFØRING | | | |
| Sundhedsfaglig dokumentation | | X | |
| Den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal | | X | |
| Sygeplejefaglig beskrivelse af borgers aktuelle og potentielle problemstillinger | | X | |
| Oversigt over borgernes sygdomme og funktionsnedsættelser | | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Aftaler, der er med den behandlende læge | | X | |
| MEDICINHÅNTERING - INSTRUKSER | | | |
| Instruks for medicinhandling | X | | |
| MEDICINHÅNTERING - MEDICINSKEMA | | | |
| Dato for ordinationen og/eller seponering | X | | |
| Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen | X | | |
| Præparatets navn, dispenseringsform og styrke | | X | |
| Enkelt dosis og døgndosis, herunder tidspunkt | | X | |
| Enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn-medicin | X | | |
| Behandlingsindikationer skal fremgå | X | | |
| Medicinlisten føres systematisk og entydigt | X | | |
| Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin | X | | |
| MEDICINHÅNTERING - MEDICINBEHOLDNING | | | |
| Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og æsker | | X | |
| Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdning | X | | |
| Ophældt pn medicin | | | X |
| Identifikation ved medicinudlevering | X | | |
| Medicinen opbevares forsvarligt | X | | |
| Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt | X | | |
| Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin | X | | |
| Ingen fælles medicin | X | | |
| Holdbarhedsdatoen er ikke overskredet | | X | |
| Der er anbrudsdato | | X | |
| Doseringsæsker er mærket korrekt | | X | |
| BORGERENS RETSSTILLING | | | |
| Varetagelse af helbredsmæssige interesser | X | | |
| Informeret samtykke dokumenteret | X | | |
| Instrukser om livsforlængende behandling | | X | |
| HYGIEJNE | | | |
| Håndhygiejne | X | | |
| Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc. | X | | |
| DIVERSE | | | |
| Adrenalin ved injektionsbehandling | X | | |
| ØVRIGE FUND | | | |
| Fund med sikkerhedsmæssige risici | | | X |

3. DATAGRUNDLAG

3.1 VILKÅR OG OPFØLGNING

Aktuelle vilkår

Tilsynet indledes med forstander og den ene af friplejehjemmets to sygeplejersker. Forstander, der tiltrådte første december, oplyser om en hektisk og meget travl opstart. Forstander informerer om, at der har været arbejdet målrettet med opfølgning på påbud fra Styrelsen for Patients sikkerheds tilsyn tilbage i november 2021, som for en uge siden har genbesøgt friplejehjemmet og udført såvel et ældretilsyn som et sundhedsfagligt tilsyn. Rapporten foreligger endnu ikke.

Forstander har, med udgangspunkt i de forskellige påbud, udarbejdet en omfattende handleplan, hvori stort set alle områder, ifølge forstander, enten nu er opfyldt, eller har en plan for opfølgning foreliggende. Ugentlige afrapporteringer og drøftelser med Styrelsen for Patientsikkerhed har ligeledes medvirket til en effektiv og udviklende proces på Servicelovs- såvel som Sundhedslovsydelser. Forstander tilkendegiver dog, at processen ikke er færdig, og at det fortsat vil kræve en målrettet ledelsesmæssig indsats at komme helt i mål og fortsat udvikle organisationen i en rigtig retning.

Der er to sygeplejersker ansat på friplejehjemmet, som sammen med forstander har det overordnede ansvar for levering og opfølgning på de sundhedsfaglige opgaver. Sygeplejerskerne, hvoraf den ene blev ansat for en måned siden, og den anden har seks måneders erfaring fra friplejehjemmet, har fælles ansvar for samtlige 24 borgere. Sygeplejerskerne samarbejder tæt med friplejehjemmets seks social- og sundhedsassistenter, bl.a. om levering af sundhedslovsydelser. Alle cirka 25 stillinger er nu besat med uddannet personale, og forstander tilkendegiver, at mange af medarbejderne kommer med relevant sundhedsfaglig erfaring. Forstander oplyser, at medarbejdergruppen først er blevet fuldtallig nu, hvorfor et fælles fagligt fundament stadig er under udvikling.

Opfølgning på borgerforløb sker dagligt ved morgen-koordineringsmødet og igen kl. 13, hvor samtlige medarbejdere mødes med sygeplejerskerne og ledelsen, og hvor der drøftes afvigelser og følges op på borgernes aktuelle tilstand og behandling. En whiteboard-tavle på kontoret viser et overblik over borgere, men ifølge sygeplejersken foregår der ikke triagering efter en systematisk metode, ligesom hun ikke kender til procedurer for, eller anvendelse af tavlen.

Forstander redegør for, at alle medarbejdere er undervist af en Nexus-ansvarlig medarbejder fra kommunen, og at der fortsat arbejdes målrettet med sidemandoplæring og opkvalificering af medarbejdernes kompetencer ift. gældende retningslinjer på området. Forstander har fortsat et stort ledelsesmæssigt fokus på at understøtte medarbejderne i at benytte Nexus.

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til de enkelte målepunkter.

Bemærkninger

Tilsynet bemærker, at de medarbejdere, tilsynet har interviewet, alle kun har været ansat i en måned eller derunder.

3.2 BEHANDLINGSSTEDETS ORGANISATION

Personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling

Der foreligger skriftlig instruks for medarbejdernes kompetencer og ansvars- og opgavefordeling.
Der foreligger skriftlig instruks, som beskriver kompetencer, ansvar- og opgavefordeling for alle ansatte medarbejdergrupper, herunder vikarer og ikke-sundhedsfagligt personale.
Der foreligger beskrivelser af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver samt rammedelegering (autoriserede sundhedspersoner).
Medarbejderne kan redegøre for instruksen og anvendelse af denne i praksis.

| | |
|--------------|---|
| Ikke opfyldt | <p>Ifølge forstander har der endnu ikke været afholdt MUS, ligesom medarbejderne heller ikke er kompetenceafklaret. Dette tilkendegiver forstander dog, at hun skal i gang med i nærmeste fremtid.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at de i tvivlstilfælde altid spørger en assistent eller sygeplejerske til råds. Medarbejderne kan ikke redegøre for, hvordan uddelegering foregår i praksis, fx i et konkret tilfælde vedrørende en borgers sårbehandling.</p> <p>Tilsynet bemærker, at delegeringsskemaer i fysisk mappe ikke er fulgt rettidigt op og mangler opdatering. Tilsynet ser en udarbejdet instruks for uddelegering af Sundhedslovsydelser, som forefindes i fysisk mappe på personalekontoret.</p> |
|--------------|---|

Instrukser om patienternes behov for behandling

Der foreligger skriftlige instrukser for medarbejdernes opgaver i forbindelse med borgernes behov for behandling.
Denne instruks beskriver, hvordan medarbejderne skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos borgere, herunder beskrives krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver og tilkald af læge.
Medarbejderne kan redegøre for instruksen og anvendelse af denne i praksis.

| | |
|--------------|---|
| Ikke opfyldt | <p>Medarbejderne redegør for, at alle faglige instrukser forefindes på VAR-portal, men de erkender, at de kan blive bedre til at bruge de konkrete retningslinjer.</p> <p>Den ene af friplejehjemmets to sygeplejersker er dog aktuelt udfordret af manglende adgang til systemet, hvilket hun i samarbejde med forstander arbejder på at løse.</p> |
|--------------|---|

Formelle krav til instrukser

De skriftlige instrukser overholder de formelle krav til instrukser.
Instrukserne er alle daterede, indeholdende oplysninger om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og er forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.
De skriftlige instrukser indeholder en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den medarbejdergruppe, som instruksen er rettet mod.
Instrukserne er udformet og placeret, så de er anvendelige i det daglige arbejde.
Ledelsen kan redegøre for arbejdet med instrukser, og hvorledes disse fortløbende bliver revideret.

| | |
|---------|---|
| Opfyldt | <p>Forstander har som en del af handlingsplanen udarbejdet enkelte aktuelle retningslinjer, som foreligger i fysisk mappe på personalekontoret, og som alle medarbejdere har adgang til. Ifølge forstander vil retningslinjer løbende blive udarbejdet.</p> |
|---------|---|

| | |
|--|--|
| | <p>Følgende retningslinjer er udarbejdet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktpersonens rolle. • Håndtering af adrenalin. • Instruks for uddelegering af sundhedslovsydelser. • Ansvar og kompetencer ift. medicin håndtering og administration. • Sygemeldinger. <p>Tilsynet oplyses af forstander om, at arbejdet med instrukser er i proces.</p> |
|--|--|

3.3 JOURNALFØRING

| Sundhedsfaglig dokumentation | |
|--|---|
| <p>Der foreligger en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>Den skriftlige instruks beskriver medarbejdernes opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser og indeholder ligeledes krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for instruksen og anvendelse af denne i praksis.</p> | |
| Ikke opfyldt | <p>Der foreligger skriftlig instruks for den sundhedsfaglige dokumentation i VAR, men medarbejderne kan ikke tydeligt redegøre for, hvordan dokumentationen føres og opdateres, fx er der ikke fulgt rettidigt op på opgaver i Nexus. Hos en borger savnes der dokumentation af de ordinerede blodtryks-målinger, hos en anden borger i behandling med psykofarmaka savnes evaluering herpå, ligesom der for en tredje borger mangler opfølgning på dennes vægtmålinger i Nexus.</p> <p>I flere tilfælde mangler der handlingsanvisninger med henvisning til VAR på sundhedslovsydelser, ligesom helbredstilstande i flere eksempler mangler opdatering, svarende til borgernes aktuelle helbredssituation.</p> |

| Den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal | |
|--|--|
| <p>Journalerne er dokumenteret overskueligt, systematisk og føres i en journal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationen er dateret og indeholder borgerens navn og CPR-nummer. • Det fremgår, hvilken medarbejder der har udarbejdet dokumentationen. • Dokumentationen er skrevet på dansk, undtagen ved brug af faglig terminologi. • Dokumentationen er forståelig, systematisk og overskuelig. • Indholdet er beskrevet meningsfuldt og anvendeligt. • Det fremgår tydeligt i den elektroniske journal, når der foreligger bilag på papir, og hvad disse indeholder. <p>Dokumentationen er tilgængelig for relevant personale, der deltager i behandling af borgeren.</p> | |
| Ikke opfyldt | <p>Dokumentationen er i alle tilfælde dateret og indeholder borgers navn og CPR-nummer og medarbejderen, der har udarbejdet dokumentationen, fremgår tydeligt. Dokumentationen er skrevet på dansk og er let forståelig.</p> <p>Tilsynet bemærker, at dokumentationen i journalerne indeholder informationer, som i flere tilfælde bliver registreret dobbelt. Der mangler i flere tilfælde systematik og sammenhæng i den samlede dokumentation, og medarbejderne kan ikke entydigt redegøre for, hvor opfølgninger og evalueringer dokumenteres.</p> |

Sygeplejefaglig beskrivelse af borgers aktuelle og potentielle problemstillinger

I alle journaler indeholder den sundhedsfaglige dokumentation (sygeplejefaglige optegnelser) beskrivelse af borgers sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling.

Samtlige aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret i borgernes journaler, det drejer sig om:

- Funktionsniveau, evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living).
- Faldudredning.
- Bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens.
- Ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning.
- Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx muskler, hår og negle.
- Kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen.
- Psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring.
- Respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls.
- Seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler.
- Smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse.
- Søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile.
- Viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse.
- Udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Den sundhedsfaglige dokumentation er revideret i takt med ændringer i borgers helbredstilstand.

| | |
|--------------|---|
| Ikke opfyldt | <p>Der er foretaget vurdering af borgernes aktuelle og potentielle helbredstilstande, men hos tre borgere mangler der opfølgning, svarende til borgernes aktuelle helbreds-situation.</p> <p>Helbredstilstande ses delvist opdateret svarende til borgernes aktuelle helbredstilstand. en sundhedsfaglige dokumentation indeholder ikke konsekvent beskrivelse af aftaler med den behandlende læge.</p> <p>Medarbejderne fortæller, at de alle har et ansvar for at sikre, at dokumentationen er opdateret, men de har ikke en oplevelse af en klar rolle- og ansvarsfordeling. Ifølge ledelsen pågår der aktuelt et målrettet arbejde med opkvalificering af den sundhedsfaglige dokumentation i samarbejde med stedets to sygeplejersker.</p> |
|--------------|---|

Oversigt over borgernes sygdomme og funktionsnedsættelser - Generelle oplysninger

I samtlige journaler er der udarbejdet oversigt/handleplaner over borgernes sygdomme og funktionsnedsættelser, som har betydning for borgernes aktuelle behandling.

Der er udarbejdet oversigt/handlingsanvisninger over borgernes potentielle problemer, som behandles medicinsk, og hvor der foretages observation og kontrol af tilstanden.

Handlingsanvisningerne er revideret og ajourførte i forhold til borgers tilstand.

I forhold til den medicinske borger indeholder den sundhedsfaglige dokumentation aktuell og relevant beskrivelse af:

- Aftaler med behandlingsansvarlig læge.
- Polyfarmaci.
- Blodsuktermålinger - obs referenceintervaller.

- Blodtryk - obs referenceintervaller.
- Opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar.
- Opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved borgere, der for nyligt har fået foretaget kirurgiske indgreb.

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- Sårpleje.
- Tryksår .
- Risikosituationslægemidler.
- Genoptræning.

| | |
|--------------|---|
| Ikke opfyldt | <p>Tilsynet observerer relevante handlingsanvisninger i forhold til eksempelvis medicindispensering, medicinadministration, kompressionsbehandling, sårpleje og ernæringsindsats.</p> <p>Handlingsanvisninger for sundhedslovsydelser er dog ikke konsekvent oprettet, fulgt op eller afsluttet.</p> <p>Tilsynet observerer mangler, som vedrører følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der mangler ajourføring af handlingsanvisning for administration af smerteplaster. • Der mangler handleanvisning på administration af Vagifem. • Handlingsanvisning for måling af blodtryk mangler oprettelse og opfølgning i to tilfælde. • I forhold til en borger mangler dokumentation af værdier i forhold til vægtmålinger. Sidste vægtmåling er dokumenteret i oktober 2021. • Der mangler handleanvisning med beskrivelse af sygeplejerskens opfølgning i relation til sårbehandling. <p>Borgere, der får risikosituationslægemidler, har dette noteret på medicinkortet, og forstander redegør for gældende retningslinjer på området. Det er tilsynets vurdering, at der er behov for at gennemgå retningslinjer for risikosituationslægemidler for relevante medarbejdere, hvilket forstander er bekendtgjort med, og vil følge op på.</p> |
|--------------|---|

Aftaler med den behandlende læge

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol og behandling af borgernes kroniske sygdomme og handicaps, som er indgået med de behandlende læger.

Beskrivelserne er løbende revideret i takt med borgernes tilstand og/eller ved ændringer af aftaler.

| | |
|--------------|---|
| Ikke opfyldt | <p>Der er ikke konsekvent beskrevet i helbredstilstande, hvem der er den behandlingsansvarlige læge samt dokumentation for, hvornår der følges op på borgers sundhedsfaglige problemstillinger.</p> <p>Sygeplejersken oplyser, at der ikke er en fast plejehjemslæge tilknyttet, hvorfor der samarbejdes med borgernes egen læge. Ifølge sygeplejersken er samarbejdet endnu ikke systematiseret, og det kan derfor være svært at danne sig overblik over borgernes behandlingsplaner og løbende opfølgning - eksempelvis den årlige medicingennemgang.</p> |
|--------------|---|

3.4 MEDICINHÅNDBTERING

3.4.1 Instrukser

| Instruks for medicin håndtering | |
|---|---------------------|
| <p>Der foreligger skriftlig instruks for medicin håndtering. Instruksen beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modtagelse af medicin, herunder kontrol og dokumentation af, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen. • Medarbejdernes kompetence i forhold til medicin håndtering. • Dokumentation af medicinordinationer. • Identifikation af borgeren og borgerens medicin. • Hvordan medicin dispenseres. • Medicinadministration og håndtering af dosisdispenseret medicin. <p>Det fremgår i instruksen, hvilke kompetencer medarbejderne skal besidde for at varetage opgaverne. Medarbejderne kan redegøre for instruksen og anvendelsen af denne i praksis.</p> | |
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |

3.4.2 Medicinskema

| Dato for ordinationen og/eller seponering | |
|---|---------------------|
| <p>På alle medicinordinationer, herunder også dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponeringsdato i medicinskemaet.</p> | |
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |

| Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen | |
|--|---------------------|
| <p>På alle medicinordinationer, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen i den sundhedsfaglige dokumentation.</p> | |
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |

| Præparatets navn, dispenseringsform og styrke | |
|---|---|
| <p>På alle medicinordinationer, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (f.eks. tabletter, mikstur) og styrke i den sundhedsfaglige dokumentation.</p> | |
| Ikke opfyldt | Ved fire ud af fem borgere finder tilsynet et præparat, hvor handelsnavn ikke stemmer overens med præparatet i kassen med aktuel medicin. |

| Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt | |
|--|--|
| <p>På alle medicinordinationer, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin i den sundhedsfaglige dokumentation.</p> | |
| Ikke opfyldt | Tilsynet observerer, at tablet Alendronat ved en borger ikke er påført korrekt på medicinskemaet, svarende til ordinationen, som tilskriver, at det skal administreres ½ time før øvrig morgenmedicin. |

Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn medicin

På alle medicinordinationer, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn medicin i den sundhedsfaglige dokumentation.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

Behandlingsindikationer skal fremgå

På alle medicinordinationer, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling af den sundhedsfaglige dokumentation.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

Medicinlisten føres systematisk og entydigt, og har sammenhæng til helbredstilstande

På alle medicinordinationer, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår medicinlisten systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin

Der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinlisten anførte medicin.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

3.4.3 Medicinbeholdningen

Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinlisten og i æsker/dosetter

Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne.

| | |
|--------------|--|
| Ikke opfyldt | I et tilfælde er der en tablet for meget i doseringsæsken til nat. |
|--------------|--|

Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen

Den ordinerede medicin forefindes i borgerens medicinbeholdning.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

Ophældt pn medicin

Ophældt pn medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med borgerens navn, CPR-nummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for ophældning og udløbsdato.

| | |
|--------------|---------------------|
| Ikke aktuelt | Ingen bemærkninger. |
|--------------|---------------------|

Identifikation ved medicinudlevering

Medarbejderne kan redegøre for, at de skal sikre, at borgerens identitet er i overensstemmelse med angivelse af navn og CPR-nummer på doseringsæsken eller anden medicinbeholder.

Medarbejderne kan redegøre for, at udlevering af medicin skal ske på grundlag af identifikation af borgeren enten ved navn og CPR-nummer eller fødselsdato og -år eller ved sikker genkendelse.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

Medicinen opbevares forsvarligt

Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt

Borgernes medicin er opbevares adskilt fra de øvrige borgeres medicin.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin

Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin.

| | |
|---------|--|
| Opfyldt | Tilsynet bemærker, at en borgers medicin til selvadministration opbevares i kassen til pn medicin. |
|---------|--|

Ingen fælles medicin

Reglen om, at der ikke må forefindes fælles medicin med undtagelse af adrenalin, bliver overholdt.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

Holdbarhedsdatoen er ikke overskredet

Holdbarhedsdatoen på borgernes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling er ikke overskredet.

| | |
|--------------|---|
| Ikke opfyldt | Ved to borgere er der medicin, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet. |
|--------------|---|

Der er anbrudsdato

Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed efter åbning.

| | |
|--------------|--|
| Ikke opfyldt | I et tilfælde mangler der anbrudsdato på et præparat med begrænset holdbarhed. |
|--------------|--|

Doseringsæsker er mærket korrekt

Doseringsæsker og andre beholdere med ophældt medicin er mærket med borgernes navn og CPR-nummer.

| | |
|--------------|--|
| Ikke opfyldt | Ved to borgere mangler der navn og CPR-nummer på ugeæsker. |
|--------------|--|

3.5 BORGERENS RETSSTILLING

Varetagelse af helbredsmæssige interesser

Det fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation, om borgeren vurderes til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling.

Det fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation, at pårørende/værge giver stedfortrædende samtykke.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

Informeret samtykke dokumenteret

Det fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation, at der er indhentet informeret samtykke til behandling og pleje.

Vurdering af habilitet.

| | |
|---------|---------------------|
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |
|---------|---------------------|

Instrukser om livsforlængende behandling

Der foreligger skriftlig instruks om, hvordan medarbejderne anmoder om en lægelig vurdering af borgeren med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling.

Instrukserne indeholder retningslinjer om:

- Ansvars- og kompetenceforhold.
- Hvem der i konkrete sammenhænge anses for den behandlingsansvarlige læge.
- Ansvaret for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til borgeren, og dertil hørende nødvendige procedurer til overholdelse af pligten til at kontakte den behandlingsansvarlige læge i relevant omfang.
- Inddragelse af borger og nærmeste pårørende forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge.
- Journalføring i borgerjournal af oplysninger fra den behandlingsansvarlige læge om borgers beslutning af fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg og om afbrydelse af behandling.
- Praksis og udmøntning i relation til samtaler vedrørende livets afslutning.

| | |
|--------------|--|
| Ikke opfyldt | I alle tilfælde er der dokumentation for, at borger og dennes eventuelle pårørende har deltaget eller fået tilbud om en samtale, hvor en drøftelse af borgers ønsker til livsforlængende behandling har fundet sted. Der mangler dog generelt opfølgning på, hvad borger og pårørende efterfølgende har besluttet, ligesom der ikke er fastlagt dato for opfølgning med de pågældende. |
|--------------|--|

| | |
|--|--|
| | Medarbejderne kan redegøre for deres ansvar ifm. genoplivning. De reflekterer og redegør med eksempler for dilemmaer, de kan komme til at stå i, når det juridiske grundlag og borgers stillingtagen til genoplivning ikke fremgår af dokumentationen. Forstander redegør for, at der er planlagt undervisning vedrørende "Livets afslutning". |
|--|--|

3.6 HYGEIJNE

| Håndhygiejne | |
|---|---------------------|
| Der foreligger skriftlig instruks for håndhygiejne, der beskriver arbejdsgange og hjælpemidler til opfyldelse af almindelig anerkendt hygiejnisk standard. | |
| Der foreligger beskrivelser for, hvordan medarbejderne forebygger spredning af smitsomme sygdomme, herunder overholder den Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne. | |
| Medarbejderne kan redegøre for instruksen og anvendelse af denne i praksis. | |
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |

| Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc. | |
|--|---------------------|
| Medarbejderne har mulighed for at udføre håndhygiejne i overensstemmelse med instruksen. | |
| Medarbejderne kan redegøre for korrekt håndhygiejne, og hvorledes de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne følges. | |
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |

3.7 DIVERSE

| Adrenalin ved injektionsbehandling | |
|--|---------------------|
| Medarbejderne har kendskab til brug af adrenalin ved injektionsbehandling. | |
| Medarbejderne har den fornødne viden og kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin. | |
| Medarbejdernes praktiske håndtering ved injektioner. | |
| Opfyldt | Ingen bemærkninger. |

3.8 ØVRIGE FUND

| Fund med sikkerhedsmæssige risici | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Ikke aktuelt | Ingen bemærkninger. |

4. TILSYNETS FORMÅL

Formålet med tilsynet er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem den beskrevne og vedtagne lovgivning og den praksis, der udføres på stedet, samt at bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af tilbuddets indhold.

Sammenfattende er formålet med det uanmeldte sundhedsfaglige tilsyn at kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler efterleves.

Tilsynet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens og Styrelsen for Patientsikkerheds lovgivning, krav og retningslinjer på de sundhedsfaglige områder, der er gældende på plejecentre, plejeboligbebyggelser og tilsvarende bo enheder.

Der bliver ved dette tilsyn ikke foretaget en vurdering af andre forhold, f.eks. socialfaglige problemer eller normeringsproblemer.

Retningslinjer og lovgrundlag for tilsynet, kan findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: <http://stps.dk> og på Statens Serum Instituts hjemmeside: <http://www.ssi.dk>.

5. VURDERINGSSKALA

Ved tilsynet arbejder BDO ud fra følgende scorer og vurderingsskala

| Bedømmelse | Definition |
|------------|---|
| 5 | Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger |
| 4 | Tilsynet har fundet fejl og mangler, som samlet kun indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden |
| 3 | Tilsynet har fundet fejl og mangler, som kan indebære risiko for patientsikkerheden |
| 2 | Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerhed |
| 1 | Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden og som har givet anledning til alvorlig kritik |

6. TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynet er foretaget uanmeldt efter aftale med Viborg Kommune. Tilsynet er gennemført af tre tilsynsførende med sygeplejefaglig baggrund.

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 tidligere tilsynsrapporter, vejledninger og politikker.

Uanset det konkrete forløb, vil et tilsyn indeholde følgende elementer:

- Interview med ledelse og sundhedsfagligt personale
- Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation
- Gennemgang af skriftlige procedurer og vejledninger
- Gennemgang af medicinbeholdningen for et aftalt stikprøveantal

- Observation og besigtigelse af friplejehjemmet
- Observation og dialog med medarbejdere og borgere, som tilsynet møder under tilsynet.

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 friplejehjemmets egen hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

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.