

Redegørelse vedrørende Sundhedsstyrelsens tilsyn på Ældrecentrene



2015 og 2016

Indholdsfortegnelse:

1.0 Indledning	side 3
2.0 Overordnet konklusion	side 4
3.0 Gennemgang af tilsynsrapporterne	side 5
3.1 Sundhedsadministrative forhold	side 5
3.2 Sundhedsfaglig dokumentation	side 6
3.3 Medicinhåndtering	side 8
3.4 Patienters retsstilling	side 10
4.0 Opsummering og kommentering	side 11

1.0 Indledning

Sundhedsstyrelsen har siden 1. januar 2002 og frem til 2016 ført et årligt uanmeldt tilsyn på de kommunale ældrecentre og lignende boliger.

Med ændring af sundhedsloven i 2008 blev det vedtaget, at Sundhedsstyrelsen kan undlade at føre tilsyn i det følgende år på et center, såfremt der ved tilsynsbesøget ikke bliver konstateret fejl eller mangler af betydning.

Med folketingets vedtagelse af lovgrundlaget vedrørende risikobaserede tilsyn, er embedslægetilsynene blevet afskaffet pr. 1. juli 2016.

Det vil sige, at Embedslægen fremadrettet udelukkende kommer på tilsynsbesøg i de situationer, hvor der er behov for et skærpet tilsyn.

Derfor er denne redegørelse også den sidste af sin slags.

Formålet med Embedslægetilsynene er, at sikre at alle de sundhedsfaglige instrukser og procedurer er opdaterede med udgangspunkt i gældende lovgivning og bekendtgørelser i Sundhedslovens bestemmelser og sikre at personalet har kendskab til disse. Derudover er alle tilsyn indeholdt en kontrol og vurdering hos 3 forskellige borgere vedrørende sundhedsfaglig dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser, indsatsplaner, medicin håndtering samt af borgerens mulighed for adgang til sundhedsfaglige ydelser og patientrettigheder.

Denne redegørelse er udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter fra Embedslægens uanmeldte tilsyn, som har fundet sted på Hjørring kommunes ældrecentre i tidsrummet fra januar 2015 – marts 2016. Her er indeholdt en gennemgang med uddybning og opsamling af anmærkningerne og afslutningsvis en kort afrunding og kommentering.

I 2015 er der ført tilsyn på 10 ældrecentre. Dvs. at 4 ældrecentre er undtaget tilsyn i 2015, jf. ændringen af Sundhedsloven i 2008.

Der er lavet opfølgende tilsyn på 3 ældrecentre. I 2015 på 1 ældrecenter og i 2016 på 2 ældrecentre.

2.0 Overordnet konklusion

Den overordnede konklusion på tilsynene i 2015 er at:

- Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger på 1 center
- Tilsynet har fundet få fejl og mangler, som samlet kun indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden på 6 centre
- Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer patientsikkerhedsmæssige risici på 1 center
- Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler på 2 centre
- Tilsynet har ikke fundet anledning til alvorlig kritik på nogen af kommunens centre.

På alle centre vurderes der at være fulgt op på tidligere tilsyn, og vurderingen er at ledelse og personalet på alle centre har arbejdet konstruktivt og målrettet for at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav.

På de 3 centre, hvor der er fundet fejl og mangler – eller alvorlige fejl og mangler, som indebærer patientsikkerhedsmæssige risici, har Embedslægeinstitutionen bedt om en fremadrettet handleplan i forbindelse med tilsynet for:

1. Hvilke løsninger, der vil blive iværksat.
2. Hvornår kravene vil være imødekommet.
3. Hvordan effekten af de iværksatte løsninger vil blive vurderet.

Handleplanen er efterfølgende fulgt op med et fornyet tilsyn i 2015 eller 2016.

På de opfølgende tilsyn på de 3 centre i henholdsvis 2015 og 2016, er vurderingen på 1 center, at der ikke er fundet anledning til bemærkninger. På de 2 øvrige centre er der fundet mindre fejl og mangler, som samlet set indebærer ringe risiko for patientsikkerheden.

Embedslægen vil aflægge uanmeldt tilsyn på de 2 sidstnævnte centre igen i henholdsvis 2017 og 2018.

3.0 Gennemgang af tilsynsrapporterne

Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter er udarbejdet med udgangspunkt i en række vurderinger af: De sundhedsadministrative forhold, sundhedsfaglig dokumentation, medicin håndtering, patienters retsstilling. Hertil er der anvendt en række målepunkter, som Embedslægen og Sundhedsstyrelsen har formuleret ud fra de vejledninger, der ligger til grund for tilsynet.

3.1 Sundhedsadministrative forhold

I forbindelse med vurderingen af de sundhedsadministrative forhold, vurderes de skriftlige instrukser for en række områder, om de er lettilgængelige og kendte af personalet – på alle centrene som har tilsyn.

For de skriftlige instrukser gælder, at de skal leve op til de sidste nye gældende faglige vejledninger og bekendtgørelser, de skal indeholde en præcisering af den personalegruppe som de henvender sig til, være dateret, signeret, forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring samt hvem der er ansvarlig for instruksen.

Der skal være sundhedsfaglige instrukser for:

- Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling – for fast personale (alle relevante personalegrupper) og vikarer samt for delegation af sundhedsfaglige opgaver
- Personalets opgaver i forbindelse med beboerens behov for behandling – ved akut sygdom samt i forbindelse med kroniske sygdomme.
- Personalets opgaver i forbindelse med livsforlængende behandling, genoplivning og afbrydelse af behandling
- Sundhedsfaglig dokumentation – herunder føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
- Medicin håndtering
- Samarbejde med de behandlende læger
- Håndhygiejne – herunder hygiejne i overensstemmelse med instrukser etc. samt smitsomme sygdomme

Resultat: Alle de skriftlige instrukser lever op til Sundhedsstyrelsens krav. Instrukserne er lettilgængelige og de er kendte af personalet.

Opsamling:

En arbejdsgruppe (Kvalitetssikringsgruppen) bestående af sygeplejefaglig konsulent fra Faglig Udviklings stab og 6 afdelingsledere fra Sundheds – og Ældreområdet, har til opgave at sikre en ensartet kvalitet jf. Sundhedsstyrelsens krav.

Arbejdsgruppen udarbejder nye instrukser ved behov, reviderer de sundhedsfaglige instrukser ud fra de gældende krav, sikrer at de er tilgængelige i Care (det elektroniske omsorgssystem) og medvirker til at understøtte implementeringen af nye og/eller reviderede instrukser jævnt procedure herfor. Ansvar for at sikre at personalet har kendskab til – og følger instrukserne påhviler afdelingslederen.

3.2 Sundhedsfaglig dokumentation

Dokumentationen i de sundhedsfaglige optegnelser er vurderet ud fra en stikprøvekontrol hos 3 borgere på hvert af de 10 besøgte centre i 2015. Dvs. 30 borgere.

Med udgangspunkt i en række målepunkter, vurderes om plejen og behandlingen samt dokumentationen og opfølgningen heraf, lever op til de gældende krav. Hvis ikke den sundhedsfaglige dokumentation lever op til alle målepunkter/krav, gives der en anmærkning for hvert af de mangelfulde områder.

Målepunkterne for de sundhedsfaglige forhold er:

- Sygeplejefaglig vurdering og dokumentation – sker med udgangspunkt i de sundhedsfaglige problemområder¹

Resultat: 9 centre lever op til de gældende krav.

- Oversigt over borgernes sygdomme og handicaps

Resultat: 7 centre lever op til de gældende krav

- Aftaler med den behandlende læge – vedr. kontrol og behandling af borgerens kroniske sygdomme og handicaps

Resultat: 9 centre lever op til de gældende krav.

¹ De sygeplejefaglige problemområder indbefatter: aktivitet (ADL), sanseindtryk inkl. syn og hørelse, kommunikation inkl. hukommelse og sprogfunktion, smerter, bevægeapparatet inkl. balance og faldtendens, vejrtrækning og kredsløb, søvn og hvile, psykosociale forhold inkl. stimulation og intellektuel funktion, hus og slimhinder, udskillelse af affaldsstoffer – herunder inkontinens og obstipation samt ernæring.

- Aktuel beskrivelse af pleje og behandling – herunder indikationen herfor
Resultat: 8 centre lever op til de gældende krav.
- Beskrivelse af opfølgning og evaluering – vedr. pleje og behandling samt lægens tilkendegivelser ift. hertil
Resultat: 3 centre lever op til de gældende krav
- Dokumentationen er overskuelig og systematisk – ud fra de gældende krav
Resultat: 6 centre lever op til de gældende krav
- Dokumentationen føres i en journal – og skal være tilgængelig for det involverede personale i forbindelse med observation, pleje, behandling og opfølgning. Al dokumentation (elektronisk – og papir) skal gemmes i mindst 5 år.
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav

Opsamling:

Ved indflytning på et center, sikrer personalet at der (ved behov) indhentes oplysninger om borgerens helbredsmæssige tilstand/problemer hos den praktiserende læge, ligesom personalet kontakter den praktiserende læge med henblik på aftaler om centrets opgaver i forbindelse med kontrol af borgerens evt. kroniske sygdomme, medicinliste mv.

På alle centrene er der opmærksomhed på at sikre en ensartet og overskuelig beskrivelse af borgerens sygdomme og handicaps samt beskrivelse af den ordinerede behandling, pleje og opfølgningen heraf.

De største udfordringer i forbindelse med dokumentation er, at sikre en ensartet og overskuelig dokumentation samt at huske at få dokumenteret, når der følges op på en behandling. F.eks. dokumentation på opfølgning af virkning, hvis der gives PN - medicin. ²

Kvalitetssikringen i personalegrupperne sker bl.a. ved at tage udgangspunkt i det dokumenterede hos udvalgte borgere på fællesmøder og lignende.

Sundhedsfaglig dokumentation er også et af hovedtemaerne på et efteruddannelsesforløb for alle Social – og Sundhedsassistenterne, som forløber fra 2016 – 2017.

² PN – medicin er medicin som gives ved behov.

3.3 Medicinhåndtering

Håndtering af medicin er vurderes ud fra en stikprøvekontrol hos 3 borgere på hvert af de 10 besøgte centre i 2015. Dvs. 30 borgere.

Vurderingen sker med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens krav for håndtering af medicin – og de målepunkter der er udarbejdet med udgangspunkt heri.

Målepunkter for medicinhåndtering er:

- Dato for ordination og/eller seponering
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav

- Ordinerede læges navn eller navnet på sygehusafdelingen
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav

- Præparatets (medicinen) navn, dispenseringsform (f.eks. tabletter, mikstur) og styrke
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav

- Enkeldosis og døgndosis, herunder tidspunkt
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav

- Enkeldosis og maksimal døgndosis for PN – medicin
Resultat: 7 centre lever op til de gældende krav.

- Behandlingsindikation
Resultat: 9 centre lever op til de gældende krav

- Medicinlisten føres systematisk og entydigt
Resultat: 9 centre lever op til de gældende krav

- Medicingennemgang - herunder dokumentation for hvornår den behandlende læge har gennemgået borgerens medicin
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav

- Overensstemmelse mellem den ordinerede – og den på medicinlisten anførte medicin
Resultat: 9 centre lever op til de gældende krav

- Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og i æsker
Resultat: 8 centre lever op til de gældende krav
- Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav
- Ophældt PN medicin – hos de borgere hvor det er relevant
- **Resultat:** Alle centrene lever op til de gældende krav - hos os de borgere, hvor der er ophældt PN - medicin
- Identifikation ved medicinudlevering (Navn og CPR nr. på æsker)
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav
- Medicinen opbevares forsvarligt
Resultat: 8 centre lever op til de gældende krav
- Hver enkelt borgers medicin opbevares afskilt
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav
- Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuelt medicin
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav
- Ingen fælles medicin (undtagen adrenalin)
Resultat: Alle centrene lever op til de gældende krav
- Holdbarhedsdato er ikke overskredet
Resultat: 5 centre lever op til de gældende krav
- Der er anført anbrudsdato
Resultat: 8 centre lever op til de gældende krav
- Doseringsæskerne er mærket korrekt – med borgerens navn og cpr.nr.
Resultat: 5 centre lever op til de gældende krav

Opsamling:

Medicinhåndtering er et af de områder, som der allerede er stor opmærksomhed på. Forebyggelse – og læring af utilsigtede hændelser i forhold til medicinadministration er et af fokusområderne i sektorovergangene samt i udviklingsplanen for patientsikkerhedsområdet på Sundheds-, Ældre-, og Handicapområdet i 2016 - 2017.

Udviklingen sker med udgangspunkt i de nationale mål og udviklingstiltag samt erfaringer på tværs af sektorerne – bl.a. via UTH – klynge samarbejdet og ikke mindst via erfaringerne, som er opnået i vores egen organisation via UTH organiseringen.

UTH – arbejdsgruppen som består af sygeplejefaglig konsulent fra Faglig Udviklings stab og 6 afdelingsledere fra Sundheds – og Ældreområdet, har en central rolle i forhold til kvalitetssikring/udvikling af en patientsikker kultur på Sundheds – og Ældreområdet

Personalet registrer medicinhåndteringsfejl i den elektroniske database (DPSD), hvori alle UTH hændelser skal indrapporteres, der udarbejdes analyse og handleplaner, som ledelsen kontinuerligt følger op med personalet.

På centrene sikres kvaliteten i medicinhåndteringen endvidere ved hjælp af afkrydsningsskemaer og tjeklister i forbindelse med dosering – og givning af medicin. Den øgede fokus på kvalitetssikring og kvalitetskontrol på det medicinske område, har bl.a. medvirket til en kraftig reduktion i antallet af medicinfejl på centrene.

3.4 Patienters retsstilling

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, om borgeren vurderes helt eller delvist selv, at have evnen til, at give et informeret samtykke til den planlagte pleje/behandling. I de tilfælde, hvor det er en pårørende eller en værge, som giver det stedfortrædende samtykke skal det fremgå i den sundhedsfaglige dokumentation.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde oplysninger om information (f.eks. ved lægekontakt, opstart af ny behandling) til borgeren og/eller til de pårørende, og deres tilkendegivelser herpå (informeret samtykke/stedfortrædende samtykke).

Målepunkter for varetagelse borgerens retsstilling er:

- Varetagelse af helbredsmæssige interesser (dokumentation af aftaler/samarbejdet med borgeren og dennes pårørende)

Resultat: 8 centre lever op til de gældende krav

- Informeret samtykke dokumenteret (indhentning af samtykke til behandling og pleje)

Resultat: 8 centre lever op til de gældende krav

Opsamling:

Målet er at der skal afholdes forventningssamtale i forbindelse med indflytning og opfølgningssamtale efter 3 – 6 måneder. Dette sker med udgangspunkt i en standard, sammen med alle nye borgere og deres pårørende.

Her aftales bl.a. hvem der varetager borgerens helbredsmæssige interesser, hvornår de pårørende forventer at blive inddraget og orienteret mv.

På alle centrene har der været særlig fokus på, at få skabt tydelighed og sikkerhed i kravet om indhentning- og dokumentation af informeret - og stedfortrædende samtykke.

4.0 Opsummering og kommentering

Fra Embedslægeinstitutionen er vurderingen:

- at ledelse og personale på alle de besøgte centre har arbejdet konstruktivt og målrettet for at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav ved tilsynet
- at der ved tilsynene i 2015 er vurderet behov for opfølgende besøg på 3 centre
- at der ved tilsynene i 2015 eller ved de opfølgende tilsyn på 3 af centrene i 2015 og 2016, enten ikke er fundet anledning til bemærkninger eller (blot) er fundet mindre fejl og mangler, som samlet set indebærer ringe risiko for patientsikkerheden.
- at der på de 2 centre, hvor der er fundet mindre fejl og mangler ved de opfølgende tilsyn i 2016, føres fornyet tilsyn i henholdsvis 2017 og 2018.

Ved et tilbageblik på resultatet af tilsynene igennem de foregående år, er der samlet set sket en kontinuerlig forbedring igennem alle årene, og dermed også en øget Patientsikkerhed på kommunens ældrecentre.

Denne positive situation skyldes ledelsens og personalets konstruktive og målrettede indsats.

Målet er at denne positive situation – og udvikling fastholdes.

Ledelsen er sammen med Kvalitetssikringsgruppen og UTH – gruppen pt. i færd med at udarbejde en kvalitetssikringsplan for Sundheds – og Ældreområdet.

Formålet med kvalitetssikringsplanen er at sikre en fremadrettet udvikling og kvalitetssikring med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens krav og bestemmelser, således at vi sikre en fortsat udvikling af en moden patientsikkerhedskultur på Sundheds – og Ældreområdet i Hjørring kommune