

ÅRSRAPPORT AALBORG KOMMUNE

ÆLDRE- OG HANDICAPFORVALTNINGEN



Sundhedsfaglige tilsyn
på Ældreområdet
2017

INDHOLD

Forord	1
1. Sundhedsfaglige tilsyn plejecentre	2
1.1 Samlet vurdering	2
1.2 Vurdering af temaer	4
1.2.1 Sundhedsfaglig dokumentation	4
1.2.2 Medicinhåndtering	5
1.2.3 Instrukser og retningslinjer	5
1.2.4 Utilsigtede hændelser (UTH)	6
2. Formål og metode	7
2.1 Formål	7
2.2 Metode	7
2.3 Vurdering	7

FORORD

Læseren præsenteres indledningsvist med tilsynets samlede vurdering af tilbuddene med en tilhørende graf, som viser resultatet af kvalitetsmålingen for tilbuddene inden for området. Grafen vil på sigt kunne vise resultaterne over tid. Herefter gennemgås de overordnede temaer, som tilsynet har afdækket, og for hvert område er der indsat et cirkeldiagram, som viser det samlede billede af, hvilke score der er tildelt tilbuddene. Dette diagram underbygges med en kvalitativ vurdering, hvor også eventuelle tværgående udviklingspunkter og anbefalinger er anført.

Bagest i rapporten findes en kort beskrivelse af formål og metode. Ligeledes findes den vurderingskala, som er anvendt ved tilsynene, og som definerer de scorer, som er givet.

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

1. SUNDHEDSFAGLIGE TILSYN PLEJECENTRE

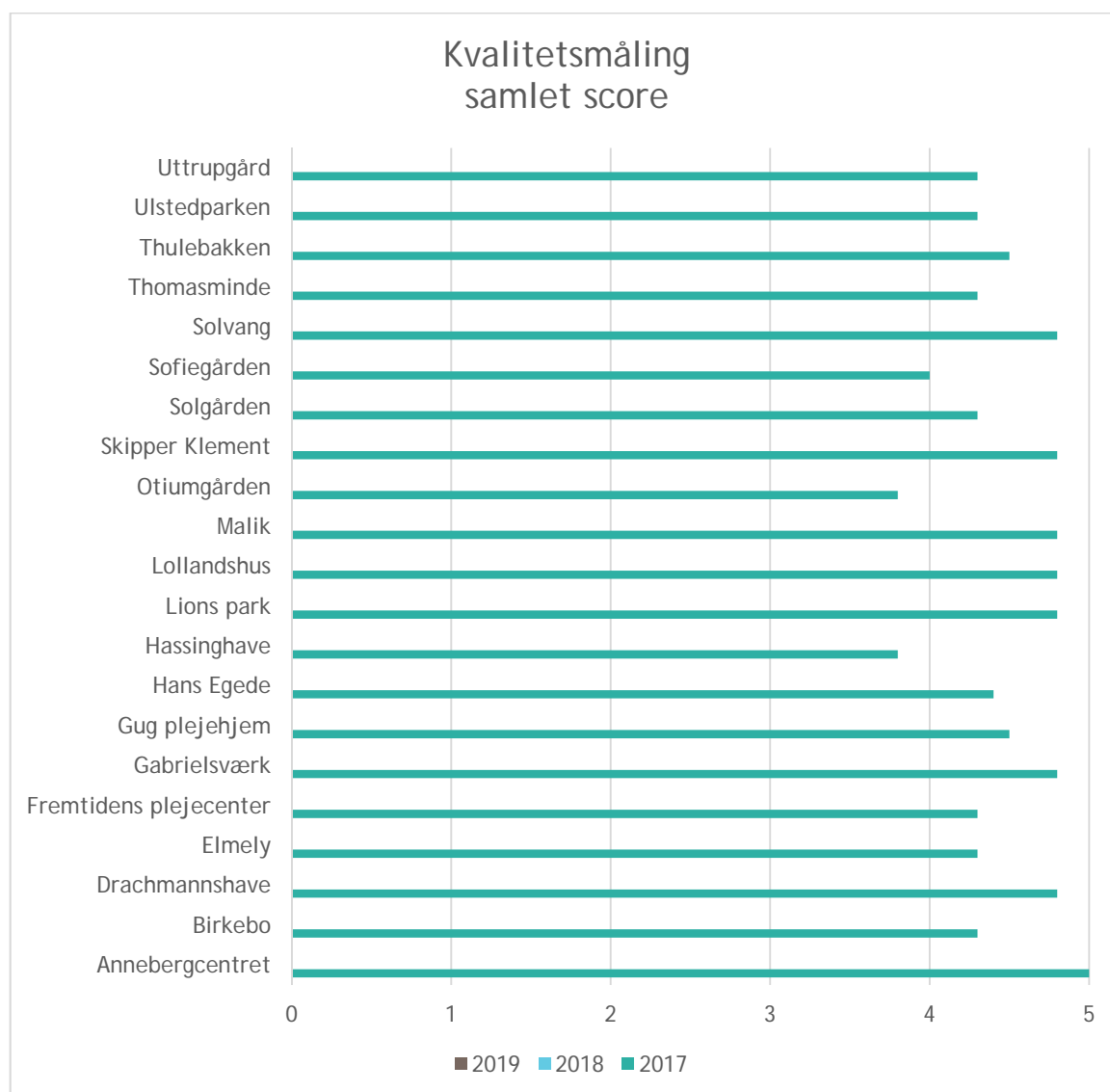
1.1 SAMLET VURDERING

BDO har i 2017 foretaget sundhedsfaglige tilsyn på 21 plejecentre i Aalborg Kommune. BDO har med udgangspunkt i en femtrins vurderingsskal, som går fra 1 til 5, og hvor 5 er særdeles tilfredsstillende, vurderet og bedømt hvert enkelt plejecenter i relation til fire aftalte temaer.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at plejecentrene i høj grad efterlever Aalborg Kommunes politisk fastsatte serviceniveau og de dertil knyttede kvalitetsstandarder. Generelt vurderer tilsynet, at de sundhedsfaglige ydelser, som borgerne modtager på plejecentrene, leveres med høj faglig kvalitet, dog observeres mangler inden for medicinhåndtering, hvor kvaliteten kan forbedres yderligere i forhold til overholdelse af retningslinjerne for området.

Plejhjemssygeplejerskerne har alle steder, hvor det var muligt, deltaget i gennemgangen af den sundhedsfaglige dokumentation hos tre borgere på hvert plejecenter.

Nedenstående graf viser de gennemsnitlige scorer, som det enkelte plejecenter har opnået i indeværende år ved det sundhedsfaglige tilsyn.

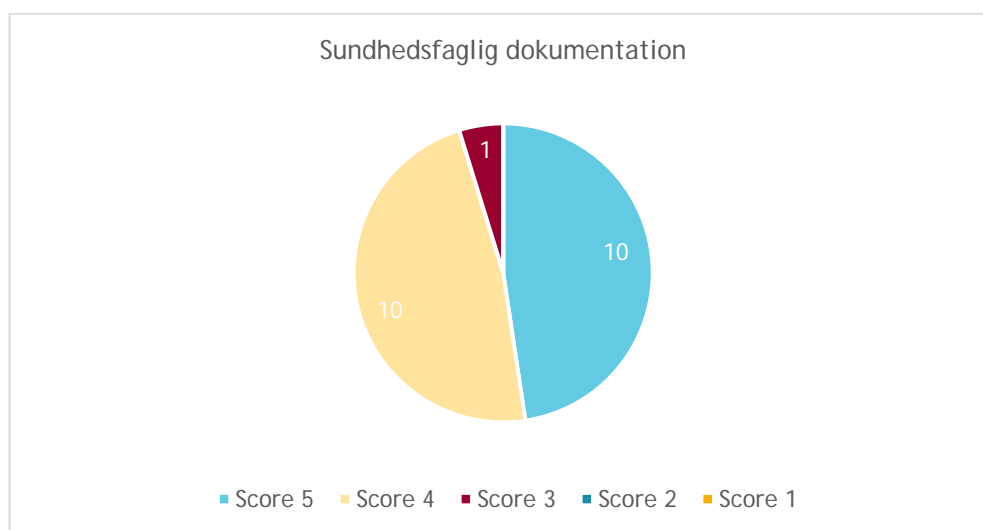


For de efterfølgende år vil resultater for årene før fremgå med hver sin farve, så man kan se udviklingen for det enkelte plejecenter.

1.2 VURDERING AF TEMAER

1.2.1 Sundhedsfaglig dokumentation

Af nedenstående graf fremgår fordelingen af scorer inden for temaet Sundhedsfaglig dokumentation for de 21 plejecentre, der har fået foretaget sundhedsfagligt tilsyn i 2017.



På de plejecentre, der har opnået scoren 5, fremstår dokumentationen fyldestgørende, opdateret og handlingsanvisende med en "rød tråd" mellem dokumentationens enkelte elementer. I vurderingen indgår endvidere, at der i vid udstrækning er indhentet informeret samtykke til pleje og behandling.

På de plejecentre, der har opnået scoren 4, har tilsynet fundet enkelte mangler i dokumentationen, der let kan udbedres ved en fælles målrettet indsats i samarbejde med center- eller plejehjemssygeplejersken.

På tværs af plejecentrene anvendes triagering enten på fast ugentlig basis eller i forbindelse med ændringer i borgers tilstand. Ved triagering har medarbejderne fokus på videndeling og sparring vedrørende helbredsrelevante problemområder med bl.a. borgers læge, plejehjemssygeplejerske og udekørende sygeplejerske.

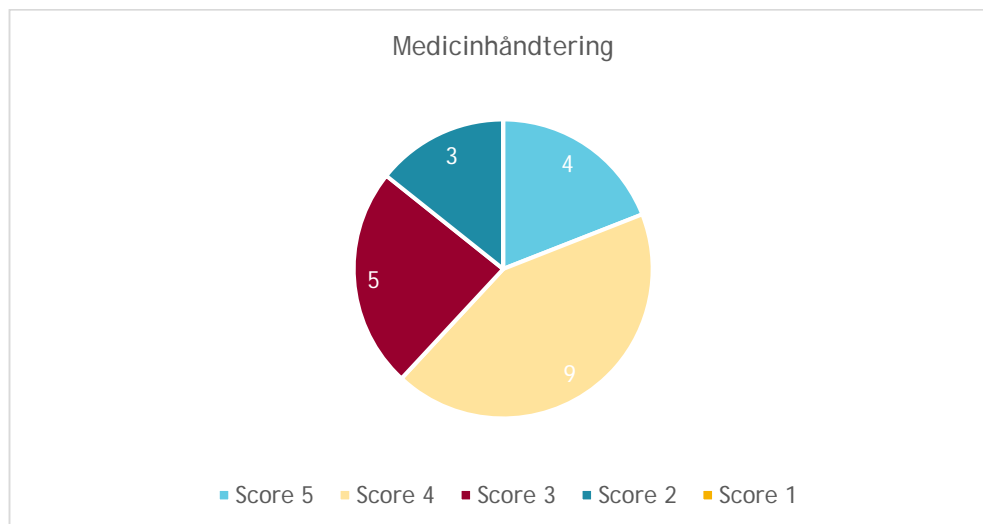
Medarbejderne oplever generelt set gode sparringsmuligheder med hjemmesygeplejen om sygeplejefaglige områder og dokumentation. Der er fokus på deling af relevant observation og viden i forbindelse med ændringer i borgernes tilstand samt inddragelse af relevante samarbejdspartnere.

De lokale rammer for delegation kendes og følges i praksis bl.a. under hensyntagen til medarbejdernes oplæring og kompetencer.

Det er tilsynet samlede vurdering, at plejecentrene arbejder målrettet og systematisk med løbende at forbedre den sundhedsfaglige dokumentation, herunder sammenhængen mellem helbredsoplysninger, sygeplejefaglig optegnelser og sundhedsfaglige indsatser/plejeplaner samt opfølgning på kontroller og behandling.

1.2.2 Medicinhåndtering

Af nedenstående graf fremgår fordelingen af scorer inden for temaet Medicinhåndtering for de 21 plejecentre, som har fået foretaget et sundhedsfagligt tilsyn.



Fire plejecentre har opnået scoren 5 på baggrund af en fejlfri medicinhåndtering.

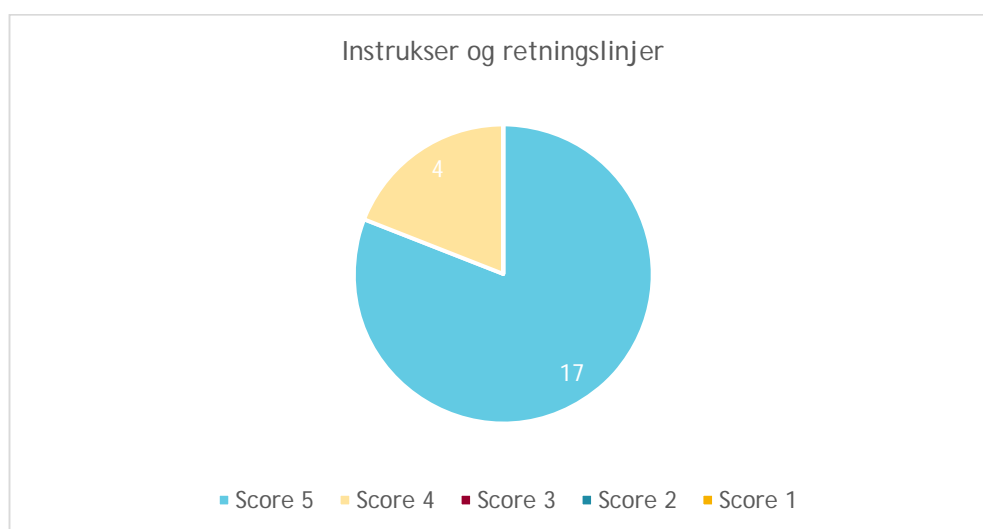
Hos de resterende 17 plejecentre observerer tilsynet mangler i divergerende omfang, der har medført anbefalinger vedrørende dokumentation, dosering, mærkning, opbevaring og bortskaffelse af gammel medicin.

For plejecentre, der har opnået scoren 4, er konstateret mangler i arbejdet med medicinhåndtering, som let kan udbedres med en målrettet indsats. For de plejecentre, der har opnået scoren 3, har tilsynet fundet en del mangler, som kan udbedres med en målrettet indsats. På de tre plejecentre, der har opnået scoren 2, har tilsynet afdækket mangler, som kræver en vedholdende og målrettet indsats og opfølgning fra ledelsen og de medicinansvarlige.

Samlet set er det tilsynets vurdering, at overholdelse af retningslinjer for medicinhåndtering fortsat bør have et skærpet ledelsesfokus. Der bør følges systematisk op på medarbejdernes egenkontrol i forbindelse med medicinhåndtering, og medarbejderne bør fortsat tilbydes opkvalificering på baggrund af konkrete og aktuelle behov. Endelig bør der overalt etableres hensigtsmæssige fysiske rammer for medicinhåndtering og opbevaring.

1.2.3 Instrukser og retningslinjer

Af nedenstående graf fremgår fordelingen af scorer inden for temaet Instrukser og retningslinjer for de 21 plejecentre, som har fået foretaget et sundhedsfagligt tilsyn.



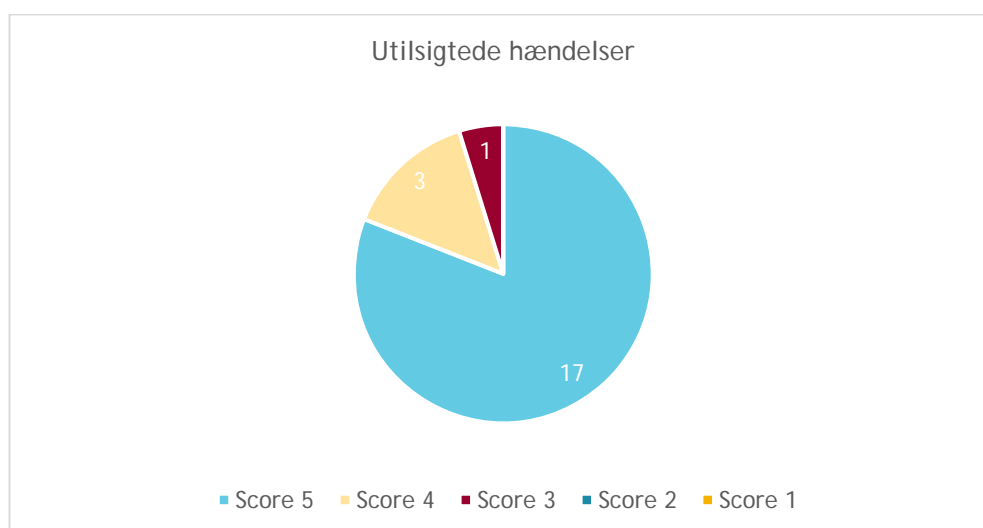
Det er tilsynets samlede vurdering, at plejecentrene i høj grad lever op til indikatorerne, og at regler og instrukser kendes og generelt følges.

Medarbejderne har kendskab til - og kan i stort omfang redegøre for - gældende instrukser og retningslinjer på hygiejneområdet og ved, hvor de findes.

Tilsynet observerer ligeledes, at retningslinjer for hygiejne, og til dels for medicinhåndtering, efterleves i praksis på tværs af plejecentrene.

1.2.4 Utilisgtede hændelser (UTH)

Af nedenstående graf fremgår fordelingen af scorer inden for temaet Indberetning og opfølgning på UTH for de 21 plejecentre, som har fået foretaget et sundhedsfagligt tilsyn.



Det er tilsynets samlede vurdering, at plejecentrene i høj grad arbejder efter reglerne, når det gælder med utilisgtede hændelser (UTH). Der er på et plejecenter fundet en UTH på medicinområdet.

Medarbejderne kan redegøre for, hvordan UTH håndteres i praksis, fx ved fejdoseret medicin, og kan ligeledes redegøre for praksis ved indberetning. Ledelsen foretager på forskellig vis og sammen med medarbejderne, relevant opfølgning - ofte i samarbejde med plejehjemssygeplejersken. Opfølgning sker ofte på faste møder med medarbejdere med henblik på at skabe læring og forebygge UTH.

2. FORMÅL OG METODE

2.1 FORMÅL

Det overordnede formål med tilsynene er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer, og den praksis, der udføres på stedet.

Tilsynet vil, jf. lovgivningen og bekendtgørelsen på området, have fokus på, at det enkelte tilbud er tilpasset den enkeltes borgers ønsker og muligheder. Herunder at tilbuddet medvirker til at øge den enkeltes livskvalitet i dagligdagen, at der er mulighed for personlig udvikling, at der er mulighed for at deltage i relevante sociale aktiviteter, og at der er mulighed for at udfolde sig sammen med andre og deltage i sociale fællesskaber. Tilsynet vil endvidere have fokus på de pædagogiske, organisatoriske og personale-mæssige forhold.

Det overordnede formål med BDO's tilsynskoncept er at:

- Kontrollere om der på det enkelte tilbud praktiseres en udviklende og relevant ydelse, der er afpasset målgruppen som sådan, samt den enkeltes ønsker og muligheder.
- Kontrollere at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten af tilbuddet.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.

2.2 METODE

Metodisk arbejdes der ud fra tre datakilder, hhv. gennemgang af dokumentation, observation og semistrukturerede kvalitative interviews med ledelse, medarbejdere og borgere. Tilsynene foretages som uanmeldte tilsyn.

Interviewguides vil være målrettet det enkelte tilbudstype. De tilsynsførende vil have en faglig baggrund som er relevant inden for det pågældende tilsynsområde. Således vil tilsynet også med hensyn til dokumentation, have viden om og erfaring med at gennemgå og vurdere dokumentationen uanset område.

2.3 VURDERING

I tilsynene i Aalborg Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Score/vurdering	Forklaring	Bemærkninger
I meget høj grad opfyldt Scoren: 5	Udtømmende opfyldelse	Tilsynet kan i sin bedømmelse lægge vægt på følgende forhold: <ul style="list-style-type: none"> - Der er ingen mangler i opfyldelsen - Indikatoren er opfyldt i forhold til alle borgere - Alle elementer i indikatoren er opfyldt - Tilsynet har ingen bemærkninger til opfyldelsen

I høj grad opfyldt Score: 4	Omfattende opfyldelse	Tilsynet kan i sin bedømmelse lægge vægt på følgende forhold: <ul style="list-style-type: none"> - Der er få mangler i opfyldelsen - Indikatoren er opfyldt i forhold til størstedelen af borgere - Størstedelen af elementer i indikatoren er opfyldt - Tilsynet har enkelte bemærkninger til opfyldelsen
I middel grad opfyldt Score: 3	Delvis opfyldelse	Tilsynet kan i sin bedømmelse lægge vægt på følgende forhold: <ul style="list-style-type: none"> - Der er en del mangler i opfyldelsen - Indikatoren er opfyldt i forhold til en del af borgere - En del af elementer i indikatoren er opfyldt - Tilsynet har del bemærkninger til opfyldelsen
I lav grad opfyldt Score: 2	Mangelfuld opfyldelse	Tilsynet kan i sin bedømmelse lægge vægt på følgende forhold: <ul style="list-style-type: none"> - Der er mange mangler i opfyldelsen - Indikatoren er opfyldt i forhold til få af borgere - Få af elementer i indikatoren er opfyldt - Tilsynet har mange bemærkninger til opfyldelsen
I meget lav grad opfyldt Score: 1	Meget mangelfuld opfyldelse	Tilsynet kan i sin bedømmelse lægge vægt på følgende forhold: <ul style="list-style-type: none"> - Der er omfattende mangler i opfyldelsen - Indikatoren er opfyldt for få eller ingen af borgerne

Partneransvarlig
BIRGITTE HOBERG SLOTH
Partner
m: 2810 5680
e: bsq@bdo.dk

Projektansvarlig
KIRSTEN MARQUARDSEN
Senior Manager
m: 4189 0436
e: kmq@bdo.dk

www.bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, en danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger godt 1.100 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO netværk har godt 64.000 medarbejdere i 154 lande.

Copyright - BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, cvr.nr. 20 22 26 70.

