



D. 25.8.2016

### Handleplan udarbejdet på baggrund at plejehjemstilsyn d. 12. juli 2016 på Plejecentret Krogstenshave – Hvidovre Kommune

Denne handleplan er forelagt ledelsen og vil blive anvendt aktivt på de kommende sygeplejemøder frem til uge 2-17. De af udviklingssygeplejersken udførte stikprøvekontroller vil blive gennemgået i læringsforum i den enkelte afdeling og eventuelle udfordring, som går igen i flere afdelinger drøftes på sygeplejemøder og i afdelingslederforum.

Krav	Indsats	Ansvarlig	Tidsplan	Evaluering
1. Alle instrukser var for nylig gennemgået og opdateret, men på Internettet var datofelt ikke opdateret	Samtlige opdaterede instrukser skal sendes til webmaster, som lægger disse Krogstenshaves personaleintranet. Dette var ikke sket, hvorfor opdaterede instrukser kun var tilgængelige for personalet i printet udgave i vagtmappen.	Udviklingssygeplejerske Jette Høimark	Alle instrukser er lagt på personaleintranettet i uge 34-16.	Opgaven er udført og personalet kan nu finde opdaterede instrukser i elektronisk form.
2. I tre ud af fire stikprøver var det ikke dokumenteret i patientjournalen, hvem der havde dispenseret medicin	Siden Hvidovre Kommune deltog i Partnerskabsprojektet i KL regi og i den forbindelse implementerede elektronisk disponering af fælles katalog for sygeplejefaglige indsatser på køreruter, er udførsel af medicindispensering dokumenteret manuelt på de printede disponeringslister (kørelister). Derved forefindes dokumentation for udført indsats ikke elektronisk. Dette har vi førhen beskrevet i en standardindsats "Medicinhåndtering". Vi har i ledelsen besluttet at genindføre denne for alle beboere.	Udviklingssygeplejerske Jette Høimark - sammen med sygeplejerskerne i de 6 afdelinger	Der er oprettet en indsats vedr. medicinhåndtering for alle beboere d. 31.10.2016	Udviklingssygeplejersken følger op og laver stikprøver på dette løbende – både før og efter d. 31.10.2016

<p>3. I to ud af fire stikprøver var ikke beskrevet en fyldestgørende aktuel pleje og behandling – f.eks. iltbehandling, smerteproblematik og hævede ben</p>	<p>Dette dokumenterer vi på to måder: Hvis en beboers tilstand er ustabil og en konkrete pleje/behandling kræver hyppig evaluering og justering, skal der foreligge et indsatsområde. Sygeplejersken vurderer – gerne i samråd med behandlingsansvarlige læge – hvor ofte indsatsen skal evalueres. Når beboer er velbehandlet og ikke længere har behov for jævnlig evaluering af pleje/behandling, inaktiveres indsatsområdet.</p> <p>Hvis en beboers tilstand er stabil og aktuel pleje/behandling ikke kræver hyppig justering, dokumenteres indikation og behandling under de sygeplejefaglige problemområder – f.eks. velbehandlet ødemproblematik eller smertebehandling. Det skal her fremgå hvilke sundhedsmæssige problemer, der har medført behandling, hvilken behandling der i iværksat, hvilken effekt beboeren har af behandling samt evt. behandlingsansvarlige. Her evalueres min. en gang om året samt løbende ved ændringer af beboerens tilstand.</p> <p>Vi skal hele tiden blive bedre til at sikre dokumentation hele vejen rundt</p>	<p>Afdelingsleder Mette Lykholt</p>	<p>Der er fulgt op på aktuelle fund dagen efter tilsynet.</p>	<p>Tjek af om den sygeplejefaglige dokumentation er fyldestgørende og lever op til Hvidovre Kommunes ” Instruks for sygeplejefaglig journalføring” samt ”Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler” samt ”Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser” er en del af udviklingssygeplejersken s rutinemæssige kvalitetskontrol hver 3. måned.</p>
<p>4.</p>	<p>Dette er desværre en fejl, som er</p>	<p>Udviklingssygeplejerske</p>	<p>I to ud af seks afdelinger</p>	<p>Udviklingssygeplejersken</p>

<p>I to ud af fire stikprøver fremgik aktuelle handelsnavn ikke medicinlisten</p>	<p>hyppigere forekommende efter implementering af FMK. Systemisk er det en større opgave end tidligere. Vi har valgt at holde opgaven omkring FMK på få personer for at opnå rutine og minimere fejl. Det betyder, at nogle af de social- og sundhedsassistenter, som dispenserer medicin ikke kan genbestille og substituere medicin. Når en anden skal overtage og fuldføre opgaven, er der større risiko for fejl. Ansvar og procedure er beskrevet i henholdsvis "Instruks for medicinhåndtering" og "procedure FMK".</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Alle social- og sundhedsassistenter, som dispenserer, skal have autorisation til FMK samt undervisning i, hvilke specifikke funktioner, de skal/må anvende.</li> <li>2) "Instruks for medicinhåndtering" gennemgås med alle social- og sundhedsassistenter.</li> </ol>	<p>Jette Høimark sørger for FMK autorisation til alle social- og sundhedsassistenter.</p> <p>Jette Høimark og sygeplejerskerne i afdelingerne står for undervisning og gennemgang af instruks og vejledning</p>	<p>har udviklingssygeplejerske Jette Høimark gennemgået "instruks for medicinhåndtering" samt givet signatur til FMK/undervist i brug af FMK rettigheder.</p> <p>I de fire øvrige afdelinger er der i uge 33 og 34 bestilt signatur til FMK.</p> <p>Sygeplejerskerne i afdelingerne underviser i uge 35-41i "instruks for medicinhåndtering" samt "procedure FMK "+ sidemandsoplæring – med support fra udviklingssygeplejersken</p>	<p>følger i uge 41 op på, om alle signaturer fungerer og om alle nye brugere er undervist.</p> <p>Stikprøver – 1 i hver af 6 afdelinger i uge 45-16 og uge 2-17</p> <p>Herefter evalueres indsatsen og evt. behov for opfølgning vurderes.</p> <p>Tjek af om aktuelt handelsnavn fremgår af medicinlisten er en del af udviklings-sygeplejerskens rutine-mæssige kvalitetskontrol hver 3. måned.</p>
<p>5. I en ud af fire stikprøver var det ikke muligt at identificere beboeren ved medicinudlevering, idet der ikke var navn og cpr.nummer på doseringsæskerne</p>	<p>Det er en del af Hvidovre Kommunes "instruks for medicinhåndtering", at doseringsæsker ved indflytning tydeligt markeres med navn og cpr.nummer. Det er ligeledes en del af instruks, at dette sikres før dispenseringen startes.</p> <p>Ved stikprøver udført af udviklingssygeplejerske Jette Høimark over de sidste 4 år, er der ikke fundet</p>	<p>Afdelingsleder Mette Lykholt</p>	<p>d. 12.7. og 13.7. 2016</p>	<p>Tjek af navn og cpr.nummer på doseringsæsker er en del af udviklings-sygeplejerskens rutine-mæssige kvalitetskontrol hver 3. måned.</p>

	<p>doseringsæsker uden navn og cpr. nummer.</p> <p>De doseringsæsker som ved tilsynet blev fundet uden korrekt identifikation blev straks efter tilsynet påført navn og cpr. nummer og øvrige doseringsæsker i afdelingen blev tjekket dagen efter tilsynet. Der blev ikke fundet yderligere doseringsæsker uden korrekt identifikation.</p>			
<p>6. I en ud af fire stikprøver var aktuel medicin ikke adskilt fra uaktuel medicin</p>	<p>Det er en del af Hvidovre Kommunes "instruks for medicinhandling", at aktuel medicin tydeligt er adskilt fra uaktuel medicin.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Alle medicinbeholdninger tjekkes for, om aktuel og uaktuel medicin er tydeligt adskilt.</li> <li>2) "Instruks for medicinhandling" gennemgås med alle social- og sundhedsassistenter</li> </ol>	<p>Sygeplejerskerne i afdelingerne sørger for tjek af samtlige medicinbeholdninger</p> <p>Udviklingssygeplejerske Jette Høimark og sygeplejerskerne i afdelingerne står for gennemgang af instruks med samtlige social- og sundhedsassistenter</p>	<p>Alle medicinbeholdninger er gennemgået i august 2016.</p> <p>Sygeplejerskerne i afdelingerne underviser i uge 35-41 i "instruks for medicinhandling" – med support fra udviklingssygeplejersken</p>	<p>Tjek af om aktuel og uaktuel medicin er tydeligt adskilt er en del af udviklingssygeplejerskens rutinemæssige kvalitetskontrol hver 3. måned.</p>
<p>7. I to ud af fire stikprøver fandtes kanyler med overskredet udløbsdato og i en ud af fire stikprøver et præparat til pn. brug med</p>	<p>Holdbarhed af Adrenalin, kanyler og sprøjter blev tjekket og udskiftet efter behov i alle 6 bokse.</p> <p>Adrenalin opbevares på kontor i hver afdeling i aflåst medicinboks. Adrenalin må opbevares i 6 mdr. uden for køleskab. En sygeplejerske bestiller hver 6. måned ny Adrenalin og "deler"</p>	<p>Mette Lykholt foranledigede at alle 6 bokse blev tjekket dagen efter tilsynet</p> <p>Udviklingssygeplejerske Jette Høimark er ansvarlig for at ny procedure beslattes på</p>	<p>Ny procedure beslattes d. 6.9.2016. Vil blive dokumenteret indenfor en uge efter sygeplejemødet.</p>	<p>Afhænger af ny procedure.</p>

<p>overskredet holdbarhedsdato</p>	<p>ud til de andre afdelinger på fælles sygeplejemøde. Det er op til den enkelte afdelings sygeplejerske at sørge for udskiftning af Adrenalin og tjek af kanylere og sprøjters holdbarhed.</p> <p>Ny procedure vil dog blive overvejet. Er på dagsorden til næste sygeplejemøde d. 6.9.2016</p>	<p>sygeplejemøde og at denne dokumenteres i "instruks for medicinhåndtering"</p>		
<p>8. I en ud af fire stikprøver var informeret samtykke til behandling ikke dokumenteret.</p>	<p>Det fremgår tydeligt af "instruks for sygeplejefaglig journalføring", at der altid skal indhentes informeret samtykke fra beboer eller ved varig inhabilitet stedfortrædende samtykke fra dennes nærmeste relation før kontakt til læge samt opstart af pleje/behandling (ved en ny sygdomssituation). Og at dette tydeligt skal fremgå af den sygeplejefaglige dokumentation</p> <p>Alle sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter ansat på Krogstenshave er bekendt med deres ansvar i forhold til beboernes rettigheder. Og alligevel hænder det, at selve dokumentationen af samtykket glemmes.</p> <p>Egenkontrol i afdelingen – d.v.s. større fokus på kvalitet i dokumentation i forhold til informeret samtykke og læring i situationen.</p>	<p>Sygeplejerskerne i afdelingerne skal i dagligdagen sikre, at den sygeplejefaglige dokumentation lever op til loven om informeret samtykke. Sygeplejerskerne skal "opdage" mangler i forhold til dokumentation af informeret samtykke og sikre sig, at samtykke efterfølgende bliver dokumenteret af aktuelle medarbejder (for at skabe læring).</p>	<p>Sygeplejerskerne i afdelingen.</p>	<p>Tjek af om informeret samtykke altid er dokumenteret ved kontakt til læge og før opstart af leje/behandling er en del af udviklingssygeplejerskens rutinemæssige kvalitetskontrol hver 3. måned.</p>