

**Handleplan for opfølgning på
Tilsyn fra BDO / Uanmeldt tilsyn på personlig og praktisk bistand 2017**

Tilsynet fandt sted d. 15. og 16. Maj 2017

**Handleplan er udarbejdet d. 31. juli 2017 af Ledere af hjemmeplejen
Karin Bjerre Kohn og Tine Gitte Nielsen**

Anbefalinger	Indsats Opfølgning på anbefalinger	Ansvarlig Ansvarlig for indsatsens implementering	Tidsplan For implementering af indsatsen	Evaluering Opfølgning på effekten af indsatsen
Sundhedsrelaterede forhold:				
<p>Anbefaling 1 Ydelsesoversigt er ajourført, således at disse altid stemmer overens med den hjælp der faktisk leveres. Herunder bør der sættes fokus på at sikre overensstemmelse mellem visiteret og disponeret tid</p>	<p>Der er procedure på at der hver måned gennemgås analyse fra omsorgssystemet om visiteret/disponeret tid stemmer overens</p> <p>Medarbejderne er informeret om at de har oplysningspligt til visitationen hvis borgers funktionsniveau ændres, så ydelser kan afsluttes eller øges</p>	<p>Teamleder i eget team i samarbejde med planlægger</p>	<p>Er i gang</p> <p>Projektkoordinator på serviceydelser Kathrine Harden levere analyse til planlæggerne d. 15. hver måned . D. 1 på måneden skal planlægger gennemgå denne med teamleder</p>	<p>Audit hver 6. måned på 5 borgere i hvert team (35 i alt) på at der er sammenhæng mellem det der er visiteret og disponeret stemmer overens og at der ses sammenhæng mellem det der er visiteret også er beskrevet i plejeplanen (jf. anbefaling 4)</p> <p>Stikprøvekontrol af teamleder ved sambesøg med medarbejder hos borger. Sambesøg vil ske løbende og efter en ledelsesmæssig vurdering.</p>

Anbefalinger	Indsats Opfølgning på anbefalinger	Ansvarlig Ansvarlig for indsatsens implementering	Tidsplan For implementering af indsatsen	Evaluering Opfølgning på effekten af indsatsen
Sundhedsfaglige forhold:				
<p>Anbefaling 2 Igangsætte målrettede indsats, der skal sikre udarbejdelse af helhedsbeskrivelse hos alle borgere, der modtager sygeplejeindsatser. Herunder at man underviser og vejleder medarbejderne i, hvorledes helhedsbeskrivelser udfyldes korrekt. Sikre overensstemmelse og en rød tråd mellem helhedsbeskrivelsen og borgens medicinliste</p>	<p>Alle sygeplejersker udarbejder helhedsbeskrivelser hos alle nye borgere. Planlæggerne disponerer indsatsen. Kriterier for delegering til SSA'er ændres, så man kan som SPL ikke delegerer en indsats før der er lavet helhedsbeskrivelse. Undtaget i allerede defineret korte forløb, hvor der ikke skal laves helhedsbeskrivelse.</p> <p>Alle SSA'er ajourfører helhedsbeskrivelser</p> <p>"Gamle" delegerede indsats til SSA skal have et særligt fokus for at få oprettet helhedsbeskrivelser.</p> <p>Det skal italesættes endnu mere, at helhedsbeskrivelsen</p>	<p>Ledelsen i hjemmeplejen</p> <p>Projektkoordinatorer</p> <p>Superbrugere i omsorgssystemet og dokumentation</p> <p>Undervisere i nyt omsorgssystem skal inddrage undervisning af helhedsbeskrivelser i denne planlægning i samarbejde med sygeplejefaglig konsulent Lene Brangstrup.</p> <p>Teamlederne</p> <p>Teamleder i sygeplejen Projektkoordinator for</p>	<p>Efterår 2017</p> <p>Status x 1 månedligt ved SSA/SPL møde.</p> <p>Der skal aftales hvordan dette gøres i forbindelse med at der overgås til nyt omsorgssystem Plan for dette ultimo december 2017.</p> <p>Skal på som emne til sygeplejemøde og planlægger</p>	<p>Audit hver 6. måned på at helhedsbeskrivelser er udarbejdet, ajourført og der er en rød tråd til indsatsområder, medicin og visiterede indsats. (der er udarbejdet skema til udførelse af dokumentationsaudit på sundhedsindsatser)</p> <p>Stikprøvekontrol når teamleder er på samsøg med SSA hos borger. Samsøg sker løbende og efter ledelsesmæssig vurdering.</p> <p>Der trækkes analyse hver 2. måned for hvor mange helhedsbeskrivelser der er lavet i fht hvor mange borgere der har sygepleje</p>

	<p>er den sygeplejefaglige udredning og er nødvendig at lave, før man kan lave indsatsområder hos den enkelte borger.</p> <p>Der er udarbejdet vejledning til udfyldelse af helhedsbeskrivelser samt instruks.</p> <p>Alle nye medarbejdere undervises i udarbejdelse eller ajourføring af helhedsbeskrivelser i hjemmeplejens månedlige introduktion.</p> <p>SSH skal målrettet undervises i hvor de kan se helhedsbeskrivelsen så de kan indhente relevant information om borgeren</p> <p>Alle medarbejdere skal undervises i helhedsbeskrivelser på deres niveau. Dette gøres i forbindelse med undervisningen i nyt omsorgssystem nexus</p>	sundhedsdelen	møde x 1 månedligt til ultimo 2017.	
--	---	---------------	-------------------------------------	--

Anbefalinger	Indsats Opfølgning på anbefalinger	Ansvarlig Ansvarlig for indsatsens implementering	Tidsplan For implementering af indsatsen	Evaluering Opfølgning på effekten af indsatsen
Sundhedsfaglige forhold:				
<p>Anbefaling 3 At ledelsen sikrer formidling af gældende instrukser i kommunen, således at alle medarbejdere opnår kendskab til disse, herunder hvornår instrukser skal anvendes, og hvor de kan søges</p>	<p>Der skal overordnet i C-SS laves en overskuelig tilgang til instrukser på intra. Disse instrukser skal kunne tilgås via mobil enhed.</p> <p>Der skal overordnet i C-SS laves en klar arbejdsgang ved godkendelse, formidling og implementering af nye instrukser</p> <p>Lokale procedurer, der ligger på V-drevet i hjemmeplejen skal ligeledes tilgås via mobil enhed der er stabil. Er installeret på alle enheder, men adgangen er ustabil.</p> <p>Overveje om en indholdsfortegnelse på V-drevet med lokale procedurer kan skabe et bedre overblik.</p> <p>Der skal arbejdes med</p>	<p>Øverste ledelse i C-SS</p> <p>Øverste ledelse i C-SS</p> <p>Følges op af IT medarbejder i hjemmeplejen i samarbejde med IT afdelingen Alle relevante lokale procedure skal ligges ind. Ansvarlige: Projektkoordinatorer og ledere af hjemmeplejen</p> <p>Ledere af hjemmeplejen og projektkoordinatorer</p> <p>Ledelsen i hjemmeplejen</p>	<p>Efteråret 2017 og ellers løbende proces</p> <p>Efterår 2017</p> <p>Efterår 2017</p> <p>Løbende</p>	<p>Teamlederne skal lave stikprøvekontrol ved deres medarbejdere. Kan de finde relevant procedure. Hyppighed skal aftales.</p> <p>Overveje om denne kan tilføjes i dokumentationsaudit både på sundheds- og serviceindsatser</p> <p>Stikprøvekontrol når teamlederne er på samsøg med medarbejder hos borger. Kan de finde relevante procedure ud fra det der skal bruges ved den enkelte borger</p> <p>Evaluering om denne effekt løbende på ledelsesmøder.</p>

	<p>kulturen for egen faglighed og at opdatering af viden også er et individuelt ansvar, som man skal tage ansvar for, for at kunne udføre sine opgaver tilfredsstillende.</p> <p>PPS skal atter introduceres for alle medarbejderne. SSH er ikke før blevet introduceret til dette. Kun SPL og SSA. Skal ligge fast i introduktionsprogram på alle faggrupper og bruges målrettet i eget team.</p> <p>Der er i marts 2017 lavet et notat om hjemmeplejen og herunder anbefalinger til at sikre højere kvalitet, kompetenceudvikling og nærledelse. Et af forslagene på SSU mødet i september 2017 er, at der bliver prioriteret mere tid til mødeaktivitet for at man som teamleder kan sikre implementering af tiltag. Herunder også målrettet få gennemgået procedure/instrukser løbende.</p>	<p>Udøve nærledelse ved en målrettet indsats hvor teamlederne tager med deres medarbejdere på sambesøg hos borgerne. Ud fra fælles udarbejdede tjekliste følger teamleder op på relevante områder (ligesom en stikprøve/audit). Sambesøg laves løbende og efter ledelsesmæssig vurdering.</p> <p>Projektkoordinatorer på sundheds- og serviceindsatser</p> <p>Omsorgschef Susanne Bettina Jørgensen, leder af hjemmeplejen Karin Bjerre Kohn og Tine Gitte Nielsen</p> <p>Konkret gennemgang af instrukser af teamleder og ressourcepersoner</p>	<p>Er allerede startet op i et team juli 2017</p> <p>Fast i introduktionsprogram hver måned</p> <p>Superbruger præsenterer dette i deres teams senest november 2017 efter gennemgang i superbrugergruppen af projektkoordinatorerne</p>	<p>Den enkelte teamleder bidrager med sine erfaringer til fælles sparring og læring i ledelsesgruppen. Kan der f.eks ses en ændret adfærd hos medarbejderne. Øger det kendskabet til viden om medarbejdernes kompetencer og kendskabet til borgerne for teamlederen, så TL bedre kan sparre med medarbejderne om kompetenceudvikling og udførelse af kerneopgaven?</p> <p>Bliver tiden til at afholde møder udvidet, skal der sikres en evaluering på om dette har den ønskede effekt.</p> <p>Dette set sammen med at hjemmeplejens teamleder målrettet starter op med sambesøg hos borgerne sammen med medarbejderne.</p>
--	---	--	---	--

--	--	--	--	--

Anbefalinger	Indsats Opfølgning på anbefalinger	Ansvarlig Ansvarlig for indsatsens implementering	Tidsplan For implementering af indsatsen	Evaluering Opfølgning på effekten af indsatsen
Sundhedsrelaterede forhold:				
<p>Anbefaling 4 At der igangsættes målrettet initiativer, der skal sikre, at der er udarbejdet døgnrytmeplaner på alle borgerne, og at beskrivelserne heri stemmer overens med den hjælp der faktisk leveres. At der sættes fokus på dokumentation af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser samt borgernes ønsker og vaner</p>	<p>Der er siden sidste tilsyn i 2016 været målrettet indsats på dette område. Ny skabelon er udfærdiget og hjælpe tekst sat ind. Alle SSA og SSH er undervist både teoretisk og praktisk i døgnrytmeplaner i efterår 2016. Er ligeledes en del af introduktionsprogrammet for nyansatte.</p> <p>Alle medarbejdere har fået udleveret procedure og navigations sedler på omsorgssystem og mobil enhed</p> <p>Ved ny borger disponeres 30 minutter til udarbejdelse af døgnrytmeplaner. Opdateringer foregår i borgerrelateret tid.</p> <p>Der må konkluderes ud fra nuværende tilsyn at denne</p>	<p>Ledelsen i hjemmeplejen</p> <p>Projektkoordinator på serviceydelser Kathrine Harden</p> <p>Projektkoordinator Kathrine Harden</p> <p>Planlæggerne</p> <p>Teamlederne skal udøve nærledelse og løbende følge</p>	<p>Igangværende</p> <p>Efterår 2017 ved sambesøg teamleder og medarbejdere jf.</p>	<p>Audit hver 6. måned på 5 borgere i hvert team (35 i alt). Der er udarbejdet skema til dokumentationsaudit på serviceindsatser, hvor døgnrytmeplaner indgår</p> <p>Der skal aftales nærmere om teamlederne skal lave deres egne audit/status på alle de borgere, de har.</p> <p>Stikprøvekontrol ved sambesøg med teamleder og medarbejder. Sambesøg foregår løbende og efter ledelsesmæssig vurdering.</p> <p>Tiltag fra hjemmeplejens ledelse januar 2017 for at øge</p>

	<p>indsats kræver en endnu større ledelsesmæssig opfølgning for at få ændret kulturen for vigtigheden samt brugen af døgnrytmeplaner. Der er defineret opfølgning hver 3 måned. Det skal tydeliggøres at der skal ændres i døgnrytmeplanen løbende hvis der sker ændringer i borgers habituelle tilstand, der betyder ændring i plejen.</p> <p>Der kommer nyt omsorgssystem ud fra fællessprog III, hvor også døgnrytmeplanen vil se anderledes ud. Alle skal derfor undervises i dette igen i efterår 2017 og forår 2018. Observationer fra tilsynet skal målrettet inddrages i undervisningen i nexus og fællessprog III</p> <p>Superbrugerne skal klædes på til at kunne følge op ude i teams</p>	<p>op på at alle døgnrytmeplaner er lavet og fuldt op på. Sparringspartnere er: teamkoordinator, planlæggere og superbrugere.</p> <p>Teamlederne tager med medarbejder ud til borgerne. Dvs. kører med en medarbejder en ½ dag eller hel vagt til de borgere den medarbejder har på sin kørerliste på den pågældende dag.</p> <p>Undervisere i Nexus og fællessprog III Kathrine Harden og Lene Billekop</p> <p>Får undervisning i nyt omsorgssystem og FSIII. Skal følges op af projektkoordinatorerne i superbrugernetværket i hjemmeplejen</p>	<p>tidligere beskrevet.</p> <p>Hyppighed af sambesøg skal beslattes i ledelsesgruppen ud fra et realistisk skøn fht. andre opgaver som teamlederne har.</p> <p>Beslattes i forbindelse med ledelsesevaluering i september.</p> <p>Efterår 2017</p> <p>Efterår2017</p>	<p>nærledelsen hos teamlederne er at der er ansat en teamkoordinator på 17 timer ugentligt i hvert team. Teamkoordinator skal hjælpe med planlægning af driften, så at teamleder får større mulighed for at have fokus på kompetenceudvikling og nærledelse.</p> <p>Der skal evalueres på om dette har haft den ønskede effekt ultimo 2017. Flere af de anbefalede indsatser vil kunne være målepunkter her for om der er sket den ønskede forbedring.</p>
--	--	---	---	--

Anbefalinger	Indsats Opfølgning på anbefalinger	Ansvarlig Ansvarlig for indsatsens implementering	Tidsplan For implementering af indsatsen	Evaluering Opfølgning på effekten af indsatsen
Sundhedsrelaterede forhold:				
<p>Anbefaling 5 At beskrivelsen i døgnrytmeplanerne i endnu højere grad tager afsæt i en beskrivelse af den rehabiliterende tilgang med fokus på, hvorledes borgerne medinddrages</p>	<p>Beskrivelsen tages med i undervisning af det nye omsorgssystem. Der skal overvejes om der skal hjælpe tekst ind Der har været truffet et bevidst valg om at implementere rehabilitering i et team først, hvilket har været en succes. Det har vist sig, at det kræver stort tværfagligt samarbejde i hverdagen og stor mødeaktivitet for at få klædt medarbejderne på i det rehabiliterende team.</p> <p>Alle ledere har gennemgået forløb med type2 dialog i fht lederens ansvar, men også omkring arbejdsgange og viden om rehabilitering i efterår 2016/forår 2017.</p> <p>Der er etableret ressource netværk med</p>	<p>Ledelsen i hjemmeplejen</p> <p>Projektkoordinator Kathrine Harden</p> <p>Lederne i hjemmeplejen</p> <p>Teamleder Lena Jensen og</p>	<p>Efterår 2017</p> <p>Rehabilitering er løbende på dagsordenen i ledelsesteamet Siden marts 2017 og fortsætter.</p> <p>November 2017</p>	<p>Audit hver 6. måned på 5 borgere i hvert team (35 i alt). Der er udarbejdet skema til dokumentationsaudit på serviceindsatser, hvor døgnrytmeplaner indgår.</p> <p>Stikprøvekontrol af teamleder ved samsesøg med medarbejder hos borger. Samsesøg foregår løbende og efter behov.</p> <p>Der skal planlægges hvordan</p>

	<p>medarbejdere i alle teams for at sikre den rehabiliterende tilgang i alle teams. Kommissorium for netværket er udarbejdet i juni 2017 og der er to teamledere der er tovholdere på gruppen</p> <p>Der er opstartet møder hver 3. mandag med hvert team hvor aktiv hverdagsliv og medarbejdere fra det rehabiliterende team deltager, for at identificere rehabiliteringspotentialer hos teamets borgere og sikre opdateret viden indenfor rehabilitering</p> <p>Øget mødeaktivitet i hjemmeplejen vurderes at kunne være med til at sikre en implementering. Mulighed for dette vurderes. Hjemmeplejen har dog allerede sat det i værk hver 3 uge i hvert team. Men det kræver dog yderligere udvidelse af frokostmøderne fast i det daglige, så der er den nødvendige tid til at drøfte borgere og klæde medarbejderne på.</p>	<p>Anette Pedersen der er tovholdere på rehabilitering</p> <p>Teamleder Lena Jensen og Anette Pedersen der er tovholdere på rehabilitering Projektleder på rehabilitering Tina Frederiksen</p> <p>Omsorgschef Susanne Bettina Jørgensen, leder af hjemmeplejen Karin Bjerre Kohn og Tine Gitte Nielsen</p>	<p>Er opstartet forår 2017</p> <p>Drøftes også på SSU møde 5. september 2017</p>	<p>der kan måles på effekten af ressourcenetværket og de tværfaglige møder. Dette skal planlægges af de to tovholdere og projektleder Tina Frederiksen</p>
--	--	--	--	--

Anbefalinger	Indsats Opfølgning på anbefalinger	Ansvarlig Ansvarlig for indsatsens implementering	Tidsplan For implementering af indsatsen	Evaluering Opfølgning på effekten af indsatsen
Sundhedsrelaterede forhold:				
<p>Anbefaling 6</p> <p>At der sættes fagligt fokus på hvorledes der kan sikres større tilfredshed for borgerne i opgavelæsningen omkring hjælpen til rengøring</p> <p>(obs at tilsynet beskriver at der ser rent og pænt ud i alle de hjem de besøger)</p>	<p>Kvalitetsstandarden for rengøring skal være kendt af borgerne ved visitering af indsatsen.</p> <p>Der skal ses på serviceniveauet for rengøring i kommunen i fht den tid der bevilliges til rengøring på 60 m2. Medarbejderne oplever at de forventninger borgerne har, ikke altid er muligt at indfri på den visiterede tid.</p> <p>Hjemmeplejens arbejdsmiljøgruppe har udarbejdet en pjece målrettet borgerne der beskriver rammerne for rengøring (skal evt. revideres). Der skal laves en klar arbejdsplan for at denne skal udleveres og gennemgås med borgeren ved første rengøring</p>	<p>Ledelsen i hjemmeplejen</p> <p>Visitationen (hvad informeres). Opfølgning med visitationen, ledere af hjemmeplejen Karin Bjerre Kohn og Tine Gitte Nielsen</p> <p>Ledelse C-SS og ledere af hjemmeplejen</p> <p>Leder af hjemmeplejen Karin Bjerre Kohn Koordinerende arbejdsmiljøperson Jan Pedersen og AM-gruppen</p>	<p>Efterår 2017</p> <p>Efterår 2017</p> <p>På dagsorden til AM-møde i september 2017, hvor plan udarbejdes</p>	<p>Brugerundersøgelse – der skal aftales nærmere hvordan dette gøres i ledelsesteamet forår 2018</p>

	<p>og der skal forventnings afstemmes samt laves plan for rengøringen i plejeplan ud fra borgers ønsker og behov inden for den ramme der er i kvalitetsstandarden for praktisk hjælp på rengøring.</p> <p>Pjecen samt ydelsen rengøring skal gennemgås hos alle medarbejderne, samt præciseres med og uden støvaførring</p>			
--	---	--	--	--

Anbefalinger	Indsats Opfølgning på anbefalinger	Ansvarlig Ansvarlig for indsatsens implementering	Tidsplan For implementering af indsatsen	Evaluering Opfølgning på effekten af indsatsen
Sundhedsrelaterede forhold:				
<p>Anbefaling 7 At arbejdet med rehabilitering og triagering fortsætter i alle teams, således at der opnås fælles forståelse for arbejdet hermed.</p>	<p>Den rehabiliterende indsats er beskrevet under anbefaling 5, og betragtes som fyldestgørende også for denne anbefaling, da der er sammenfald.</p> <p>Der har været arbejdet målrettet med triagering i de 3 kronikerteams, men det er via en tavlemodel, der kræver meget administrativ klippe/klistre af borger tilgang/afgang og det har ingen kobling til omsorgssystemet.</p> <p>Der er nedsat et tovholdergruppe af ledere der pt arbejder på en arbejdsgangsbeskrivelse og har lavet undervisningsmateriale der er gennemgået i de 3 teams.</p> <p>For at implementere triagering i alle teams i hjemmeplejen har erfaringen indtil nu vidst at det kræver</p>	<p>Ledelsen i hjemmeplejen</p> <p>Tovholdere Leder af hjemmeplejen Karin Bjerre Kohn Teamleder Helle Skov Lund, Julie Kjellberg- Andersen og Katja Nørholm</p>	<p>Fortsætter i team 4+5+6 med tavlemodeludgaven i efterår 2017 ud fra arbejdsgangsbeskrivelse</p>	<p>Evaluering i de tre teams med kendskabet til triagering forår 2018. Udarbejdes af tovholderne i ledelsesgruppen</p>

	<p>indkøb af et IT-system der kan understøtte triagering og har kobling til omsorgssystemet. Der udvides derfor ikke med triagering før der er et IT system der understøtter at medarbejderne kan triagere alle borgere via en APP i hjemmet på deres mobile enhed og at scoren for borgerne kan ses på skærme i hjemmeplejen.</p> <p>Nexus modulet digital triagering er en del af det nye omsorgssystem incl mobil løsning</p>	<p>Niels Kisku Morten Thomsen Karin Bjerre Kohn</p>	<p>Implementering pilotprojekt team 5 og sygeplejen evt. forår 2018</p>	<p>Der skal findes model for evaluering når denne implementeres. Kan være i færre indlæggelser/genindlæggelser.</p> <p>Mere gennemskuelige arbejdsgange og overblik over borger, der er i risikogruppen for indlæggelse, øget borgertilfredshed mm</p>
--	--	---	---	--

Anbefalinger	Indsats Opfølgning på anbefalinger	Ansvarlig Ansvarlig for indsatsens implementering	Tidsplan For implementering af indsatsen	Evaluering Opfølgning på effekten af indsatsen
Sundhedsadministrative forhold:				
<p>Anbefaling 8 Implementeres indsatser, der sikrer medarbejderne en fælles forståelse og viden omkring dokumentation i indsatsområder for medicinadministration</p>	<p>Der har i et af de teams hvor der var tilsyn været en afvigelse i fht dokumentation af medicingivning. Denne er afklaret da det afveg fra gældende procedure.</p> <p>Dokumentation af injektionsgivning og smertepaster er en anden arbejdsgang og det skal præciseres</p> <p>Der er en klar arbejdsgang for at alle medarbejdere KUN bruger medicinskemaet i FMK, når man dosere medicin og udlevere medicin. Alle er oplært i dette (<i>jf. anbefaling 9 vedrørende oplæring i medicin håndtering og FMK</i>). Alle er også oplært i at søge sammentælling af tabletter på mobil enhed. Der følges op i de enkelte team med denne arbejdsgang.</p> <p>Alle sygeplejersker og SSA'er</p>	<p>Ledelsen i hjemmeplejen</p> <p>Projektkoordinator Lene Billekop, Superbrugerne</p> <p>Teamledere, projektkoordinatorer og superbrugere</p> <p>Projektkoordinator Lene</p>	<p>Maj 2017</p> <p>August 2017</p> <p>september 2017 Der skal afdækkes, om der er nogen medarbejdere, der skal have ekstra oplæring</p> <p>Efterår 2017</p>	<p>Årligt ved rapporteret utilsigtede hændelser på medicinområdet</p> <p>Kvalitetskontrol af medicin håndtering hver 6 måned (skema er udarbejdet)</p> <p>Stikprøvekontrol af teamleder ved samsesøg med medarbejder hos borger. Samsesøg foretages efter behov og ved en ledelsesmæssig vurdering.</p>

sikre den nødvendige evaluering af indsatsområderne	skal undervises i korrekt dokumentation af indsatsen. Det skal afklares hvor meget af denne undervisning der allerede kommer til at ligge i FSIII undervisningen i det nye omsorgssystem eller om der skal sideløbende undervisning til for at opnå forbedringer	Billekop Sygeplejefaglig konsulent Lene Brangstrup		
---	--	---	--	--

Anbefalinger	Indsats Opfølgning på anbefalinger	Ansvarlig Ansvarlig for indsatsens implementering	Tidsplan For implementering af indsatsen	Evaluering Opfølgning på effekten af indsatsen
Sundhedsadministrative forhold:				
<p>Anbefaling 9 Igangsætte initiativer der sikrer overholdelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer for medicin håndtering</p>	<p><u>Korrekt medicin håndtering</u> Der er lavet nye instrukser på medicin håndtering i C-SS. Disse implementeres ved undervisning både teoretisk og praktisk i FMK i omsorgssystemet, for alle ansatte. Undervisningsmateriale er udarbejdet. Der er målrettet undervisning for alle nyansatte hver måned i hjemmeplejens introduktionsprogram. Der er udarbejdet e-learning moduler på medicinområdet, som implementeres i efterår 2017. Alle medarbejdere skal gennemføre dette modul og bestå (årligt?)</p> <p><u>Opbevaring af medicin</u> Der er lavet lokal procedure på dette område og det gennemgås i undervisningen for alle medarbejderne</p>	<p>Ledere af hjemmeplejen samt teamledere.</p> <p>Undervisning af alle nye SSA og SPL projektkoordinator på sundhedsindsatser Lene Billekop.</p> <p>Undervisning af nye SSH i udlevering og opbevaring af medicin projektkoordinator på serviceindsatser Kathrine Harden</p> <p>Løbende opfølgning i teams ved ændrede procedure/nye tiltag tages ved superbrugerne i hvert team, efter aftale i superbrugernetværket</p> <p>Projektkoordinatorer og superbrugere</p>	<p>Er allerede implementeret, men der opstartes ny undervisning for alle i efterår 2017 ud fra de nye instrukser</p> <p>Efterår 2017</p> <p>Efterår 2017</p>	<p>Kvalitetskontrol af medicin håndtering hver 6 måned (skema er udarbejdet)</p> <p>Stikprøvekontrol af teamleder ved samsesøg med medarbejder hos borger. Samsesøg foretages efter behov og ved en ledelsesmæssig vurdering.</p> <p>Alle skal gennemføre E-learning modulet. Der vil man kunne se hvad medarbejderne har svaret forkert på. Der vil kunne laves tiltag ud fra dette.</p> <p>Kvalitetskontrol af medicin håndtering hver 6 måned (skema er udarbejdet)</p> <p>Stikprøvekontrol af teamleder ved samsesøg med medarbejder hos borger. Samsesøg foretages ved</p>

	<p><u>Dokumentation på borgers medicinæsker</u> Der er lavet arbejdsgang for at sikre at alle borgere får labels på medicinæsker. Der er tydeliggjort at der skal labels med CPR på både omslag samt alle medicinæsker</p>	<p>Teamleder for sygeplejen Julie Kjellberg-Andersen</p>	<p>Juni 2017</p>	<p>behov og efter en ledelsesmæssig vurdering.</p> <p>Kvalitetskontrol af medicinhandling hver 6 måned (skema er udarbejdet)</p> <p>Stikprøvekontrol af teamleder ved sambesøg med medarbejder hos borger. Sambesøg foretages efter behov og efter en ledelsesmæssig vurdering.</p>
--	---	--	------------------	---