

# Tilsynsrapport 2012

**17. december 2012**  
**J.nr. /5-2211-2024**

**Embedslægerne Nordjyl-  
land**  
**Nytorv 7, 2 sal.**  
**9000 Aalborg**

## AABYBRO PLEJEHJEM

**Tlf. 72227990**  
**Fax 72227439**  
**E-post info@sst.dk**

**Dir. tlf.**  
**E-post 72227999**

Adresse: Vestergade 30, 9440 Aabybro

Kommune: Jammerbugt

Leder: Vibeke Espensen og Grethe Kristensen

Telefon: 98 24 21 55

E-post: vde@diakon.dk

Dato for tilsynet: 21. november 2012

SST-id: PHJSYN-00002751

P-nr.: 1003057616

Tilsynet blev foretaget af: Karen Marie Dencker

# Plejhjemstilsynet i 2012

Side 2  
17. december 2012  
**Sundhedsstyrelsen**

I forbindelse med tilsynene i 2012 vil der blive taget stilling til, om plejehjemmet skal have tilsyn i 2013. Hvis plejhjemmet ikke skal have tilsyn i 2013, vil det fremgå af tilsynsrapporten. De plejhjem, der ikke får tilsyn i 2013, vil få tilsyn i 2014.

Temaet for plejhjemstilsynet i 2012 fokuserer på plejhjemmenes opgave med at sikre oplysninger om beboernes sygdomme og handicap.

Temaet skal udelukkende give Sundhedsstyrelsen mere viden om området og inspirere plejhjemmene til at reflektere over egen praksis. Det indgår ikke i hovedkonklusionen og i beskrivelsen af fejl og mangler i tilsynsrapporten.

## Konklusion

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden, men ikke alvorlige fejl og mangler.

Der blev fundet fejl og mangler indenfor de fleste af tilsynets områder og en specielt inden for dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser vedrørende sundhedsfaglige forhold samt enkelte fejl og mangler i medicinhåndteringen.

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen og personalet havde gjort en stor indsats for at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav ved tilsynet i 2011, selvom det ved tilsynet kunne konstateres, at kun få af disse krav var opfyldt og flere nye krav kommet til ved dette års tilsyn. Dette kunne i nogen grad tilskrives, at elektronisk journal var indført for ca. ½ år siden og fortsat under implementering.

Der var derfor behov for at styrke og evt. revurdere indsatsen vedrørende dokumentation af beboernes sundhedsfaglige forhold og kontrollere om indsatsen har den ønskede effekt.

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejhjemmet efterlever Sundhedsstyrelsens regler for de sundhedsmæssige forhold.

Som driftsansvarlig myndighed er Jammerbugt kommune ansvarlig for at følge op på Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter for de enkelte plejhjem i kommunen. Sundhedsstyrelsen forventer således, at kommunen fører kontrol med, at plejhjemmet følger op på påviste fejl og mangler ved tilsynsbesøget.

Næste tilsyn foretages i 1. kvartal i 2013.

## Afvigelser fra gældende regler på sundhedsområdet 2012

Sundhedsstyrelsen har ved tilsynet fundet afvigelser fra gældende regler inden for sundhedsområdet, som giver anledning til følgende krav:

Side 3  
17. december 2012  
**Sundhedsstyrelsen**

- At personalet følger instrukserne i det daglige arbejde.
- At de sygeplejefaglige optegnelser kun føres ét sted.
- At de problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation.
- At der foreligger en aktuel beskrivelse af beboerens sygdomme og handicap.
- At det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme.
- At pleje og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer.
- At der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling.
- At det aktuelle handelsnavn konsekvent fremgår.
- At behandlingsindikationer fremgår af medicinlisten som anført af den ordinerende læge.
- At ophældt p.n. medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med beboerens navn, personnummer, præparatets navn, styrke, dosis, dato for ophældning og udløbsdato.
- At der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinlisten anførte medicin.
- At det fremgår af journalen, hvornår egen læge har revideret medicinlisten.
- At det fremgår af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser.
- At informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information.
- At der udarbejdes ernæringsplaner for de beboere, der har behov.
- At ernæringsplaner systematisk bliver evalueret.
- At beboernes behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

Side 4  
17. december 2012  
**Sundhedsstyrelsen**

## Tilsynet

AABYBRO PLEJEHJEM havde 45 beboere fordelt i to afdelinger med tilsammen fem grupper. Der var otte boliger til borgere med demens og en bolig til midlertidigt ophold.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med de to gruppeledere, som gennem de seneste par måneder havde varetaget ledelsesfunktionen. Der blev orienteret om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besigtiget. Der var samtale med enkelte ansatte og beboere. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov.

Åbybro Plejehjem er en selvejende institution under Danske diakonhjem med driftsoverenskomst med Jammerbugt Kommune.

### Opfølgning på tidligere tilsyn

Kravene ved tilsynet i 2011 var fulgt, idet elektronisk journal var implementeret. Der havde været fokus på korrekt dokumentation af medicinordinationer. Regler vedrørende patientrettigheder havde været drøftet og der havde været fokus på beboernes fysiske funktionsevne. Alt personale havde været på tryksårskonference.

De to gruppeledere foretog jævnligt stikprøver og fulgte med i beboernes helbredssituation og superviserede medarbejdernes dokumentation og iværksatte støtte til udvikling af it-kompetencer.

Ved behov blev taget kontakt til hjemmesygeplejersker med speciale i eksempelvis sår, inkontinens og kommunens egen hygiejnesygeplejerske.

## Sundhedsadministrative forhold

### Instrukser

Alle plejehjem skal have instrukser for de fem områder, der er nævnt nedenfor. Det fremgår af afsnittet ”Sundhedsfaglige instrukser” i det vedlagte af-rapporteringsskema. De fem områder er:

1. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling

2. Personalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling
3. Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom
4. Føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
5. Medicinhåndtering

Side 5  
17. december 2012  
**Sundhedsstyrelsen**

En instruks er en forskrift for, hvordan personalet skal forholde sig i en bestemt situation, herunder hvilke procedurer, de skal følge.

En instruks skal indeholde en præcisering af, hvilken personalegruppe instruksen er skrevet for. Derudover skal det fremgå med dag, måned og år, hvornår instruksen trådte i kraft, og hvornår den er blevet ajourført og hvem, der er ansvarlig for instruksen.

Grubelederne oplyste, at plejehjemmet havde skriftlige instrukser for alle de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere i papirbaseret form i hver gruppe samt på kontoret. Alle medarbejdere skulle gennemlæse de sundhedsfaglige instrukser hvert kvartal for repetition. Nye instrukser og ændringer blev introduceret på relevante møder og ved skriftlig information. Nyan satte blev introduceret til instrukserne.

Der var fælles instrukser med Jammerbugt kommune og grubelederne sikrede, at instrukserne var tilpasset forholdene på plejehjemmet, når der kom reviderede instrukser fra kommunen ca. en gang om året.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne delvist blev fulgt i det daglige arbejde, eftersom der blev fundet fejl og mangler i bl.a. dokumentation og medicinhåndtering.

De skriftlige instrukser var daterede, signerede og forsynet med dato for, hvornår de var trådt i kraft, og hvornår de var blevet ajourført, og de indeholdt en præcisering af den personalegruppe, de var skrevet for.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- At personalet følger instrukserne i det daglige arbejde.

## Sundhedsfaglige forhold

### Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev siden maj 2012 dokumenteret i elektronisk journal. Der blev fortsat arbejdet med implementering og med at bringe dokumentationen af sundhedsfaglige forhold i overensstemmelse med gældende regler.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle tre optegnelser indeholdt en vurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede beskrivelser af de sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og som tilsynet omfatter. Der var flere beskrivelser, der enten ikke var blevet ajourførte eller også manglende konkretisering og præcision af beboerens aktuelle problem, eksempelvis syn og hørelse, psykosociale forhold, blærefunktion og aktivitet. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

Ingen af de tre stikprøver indeholdt en oversigt over alle beboernes væsentligste sygdomme og handicap. Der manglede eksempelvis en beskrivelse af hjertesygdom og depression.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det ikke rutinemæssigt og let tilgængeligt beskrevet, hvilke aftaler der var med den behandlende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme.

De sygeplejefaglige optegnelser hos de tre beboere indeholdt konsekvent en beskrivelse af pleje og behandling af de fleste beboernes sundhedsproblemer. Nogle beskrivelser kunne med fordel være mere konkrete eksempelvis initiativer vedrørende uro, demens. I en stikprøve manglede beskrivelser vedrørende afføringsproblemer.

Indikationen for den beskrevne behandling fremgik af alle stikprøver.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev ikke rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser. Der var eksempler på observation af problemer som der ikke blev fulgt op på og eksempelvis fremgik det ikke, hvilken effekt der var af behandling af urinvejsinfektion eller hudproblemer.

Vedrørende opbevaringen af de sygeplejefaglige optegnelser og den måde, notaterne blev skrevet på (angivelse af beboerens navn og personnummer, dato for notaterne, signering af notaterne og rettelser), var alle relevante målepunkter opfyldt i de tre stikprøver.

De sygeplejefaglige optegnelser blev ikke ført ét sted i én journal, hvad angik medicinordinationer (fx blodfortyndende medicin og et enkelt eksempel på afføringsmiddel).

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- At de sygeplejefaglige optegnelser kun føres ét sted.
- At de problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation.
- At der foreligger en aktuel beskrivelse af beboerens sygdomme og handicap.

- At det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme.
- At pleje og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer.
- At der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling.

Side 7  
17. december 2012  
**Sundhedsstyrelsen**

Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

## Medicinhåndtering

Plejehjemmet anvendte ikke dosispakket medicin fra apoteket men alene medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

Dokumentationen af medicinordinationerne var næsten helt korrekt i de tre stikprøver. Følgende var i enkelte tilfælde ikke dokumenteret:

- det korrekte aktuelle handelsnavn efter substitution
- behandlingsindikation som anført af den ordinerende læge i stedet for en af "systemet" foreslået indikation.

Ordination af pn-medicin kunne med fordel præciseres, så det blev entydigt vedrørende dels enkeltdosis og dels døgndosis (max. antal gange i døgnet).

Håndtering af ordinationer vedrørende blodfortyndende medicin var ikke enstregt. Disse blev overført fra fax til særskilt papirbaseret skema, hvilket indebærer en risiko for, at ordinationerne ikke bliver korrekt overført og dermed udgør en risiko for patientsikkerheden.

Der var i stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinlisten anførte medicin bortset fra, at et aktuelt afføringsmiddel ikke var anført på medicinlisten, men anført et andet sted.

Antallet af tabletter angivet i medicinlisten var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i alle stikprøver.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning i alle stikprøver. Aktuell medicin blev holdt adskilt fra ikke aktuell medicin, hvor det var relevant.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle tre stikprøver. Der var anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

I to af tre stikprøver fremgik det, hvornår den behandlende læge sidst havde gennemgået beboerens medicin.

Plejhjemmet havde ikke fælles medicin eller depot af akut medicin med undtagelse af adrenalin.

Side 8  
17. december 2012  
**Sundhedsstyrelsen**

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- At det aktuelle handelsnavn konsekvent fremgår.
- At behandlingsindikationer fremgår af medicinlisten som anført af den ordinerende læge.
- At ophældt p.n. medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med beboers navn, personnummer, præparatets navn, styrke, dosis, dato for ophældning og udløbsdato.
- At der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinlisten anførte medicin.
- At det fremgår af journalen, hvornår egen læge har revideret medicinlisten.

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

## Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var problemer vedrørende kontakt til lægerne, sygebesøg, indhentning af oplysninger eller revision af medicinlisterne.

Samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.

Der var et velfungerende samarbejde med de lokale sygehuse. Ved udskrivning af beboerne fra sygehus fik plejhjemmet relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje.

Alle beboere var blevet orienteret om muligheden for influenzavaccination og om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.

## Patientrettigheder

Plejhjemmet havde en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser i to af tre stikprøver, om det var beboeren selv eller en pårørende/værge, der gav informeret samtykke til behandling.

Det blev oplyst, at der altid blev indhentet informeret samtykke til behandling. Informationen var dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser i to af tre stikprøver, men beboernes og de pårørendes/værgens tilkendegivelse fremgik ikke systematisk.



Det blev endvidere oplyst, at hvis en beboer ikke ønskede at blive behandlet, blev pårørende/værge og egen læge - efter aftale med beboeren - informeret og eventuelt inddraget i det videre forløb.

Side 9  
17. december 2012  
**Sundhedsstyrelsen**

Personalet oplyste, at de kun videregav helbredsoplysninger til de pårørende, hvis der var indhentet samtykke fra beboeren. Samtykket blev noteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Efter det oplyste blev beboernes krav på sundhedspersonalets tavshed om helbredsforhold efterkommet.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- At det fremgår af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser.
- At informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information.

Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

## Sundhedsrelaterede forhold

### Hygiejne

Personalet oplyste, at de var instrueret i håndhygiejne.

Sundhedsstyrelsen konstaterede ved tilsynet, at ingen af personalet havde smykker og ur på hænder eller underarme. Der var mulighed for at vaske hænder og anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshandsker og engangshåndklæder til rådighed.

Personalet anvendte ikke arbejdsdragt som anvist i Sundhedsstyrelsens vejledning om brug af arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren (Vejledning nr. 9204 af 7. juni 2011).

Statens Serum Instituts e-learning program om håndhygiejne er tilgængeligt på deres hjemmeside: [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk). Programmet kan bruges til at lære, hvordan man opretholder en høj håndhygiejne kvalitet til forebyggelse af smittespredning.

### Ernæring

Personalet oplyste, at beboerne altid fik tilbud om at blive vejjet, når de flyttede ind på plejehjemmet og efterfølgende med jævne mellemrum. For beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev der udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Planen blev vurderet med jævne mellemrum samtidig

med, at beboeren fik kontrolleret vægten. Der var opmærksomhed på beboernes væske- og fødeindtagelse, og der blev ført væske- og ernæringsregnskab hos beboere, som havde problemer med at spise og drikke.

I stikprøverne var dokumentation vedrørende kostplan/ ernæringsplan og evaluering heraf mangelfuld. Ved vægtkontrol forelå ingen dokumentation for at der var foretaget en vurdering af vægttab/ vægtøgning.

Beboerne tilkendegav ved tilsynet, at de fik nok at spise og drikke. Desuden oplyste beboerne og personalet, at beboerne fik den hjælp, de havde behov for i forbindelse med måltiderne.

Personale, der gav sondemad, var undervist og oplært i dette og førte regnskab med indgift af sondemad og væske.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- At der udarbejdes ernæringsplaner for de beboere, der har behov.
- At ernæringsplaner systematisk bliver evalueret.
- At beboernes behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet.

## Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af plejepersonale ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning på plejehjemmet. Det blev oplyst, at resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i en handleplan.

Der var megen fokus på træning og beskrivelse af træning i forbindelse med daglige aktiviteter i planer for den daglige pleje og behandling.

I en stikprøve forelå relevant dokumentation. I to stikprøver manglede dokumentation for vurdering af beboernes behov for træning.

Der var opmærksomhed på forebyggelse af fald. Faldepisoder blev registreret i de sygeplejefaglige optegnelser. Herudover registrerede plejehjemmet systematisk fald med henblik på forebyggelse.

Personalet oplyste, at plejehjemmet ikke havde problemer med tryksår. Der var de nødvendige trykafastende hjælpemidler til rådighed, og personalet var opmærksom på at forebygge tryksår. Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- At beboernes behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet.

Side 11  
17. december 2012  
**Sundhedsstyrelsen**

## Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed.

## Kvalitetssikring og egenkontrol

Fra efteråret 2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor og de sociale institutioner. Plejehjemmet havde taget indberetningssystemet i brug. Fejl og utilsigtede hændelser vedrørende fald, medicinbehandling og infektioner blev indberettet.

Der foregik internt på plejehjemmet en systematisk registrering og opfølgning af fejl og mangler vedrørende medicinbehandling og fald med henblik på forebyggelse.

## Tema 2012: Plejehjemmets sikring af oplysninger om beboernes sygdomme og handicap

Gruppen oplyste, at det ikke fremgik af plejehjemmets instrukser, hvem der skulle vurdere oplysninger om beboernes sygdomme og handicap i forbindelse med indflytningen, og hvordan en sådan vurdering skulle foretages.

Instrukserne beskrev heller ikke fremgangsmåden ved indhentning af supplerende oplysninger, hvis oplysningerne ved indflytningen ikke var tilstrækkelige.

I en af stikprøverne, hvor beboeren var flyttet ind for kort tid siden, fremgik det ikke af journalen, om der var foretaget en vurdering af, om oplysningerne om beboerens sygdomme og handicap var fyldestgørende og hvorfra oplysningerne var indhentet.

Der var ikke indhentet supplerende oplysninger om beboerens sygdomme og handicap fra beboerens praktiserende læge.

Karen Marie Dencker  
Oversygeplejerske

Lone Husted  
Oversygeplejerske

Hvis der er spørgsmål eller noget, der er uafklaret, eller I har behov for yderligere at drøfte tilsynet med os, er I velkommen til at kontakte os.

Tilsynet er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Denne vejledning kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Af vejledningen fremgår det, at tilsynet alene omfatter den sundhedsfaglige indsats.

Lovgrundlaget for plejehjemstilsynet er sundhedslovens § 219, stk. 1 og 2, lovbe-  
kendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som ændret ved lov nr. 820 af 01. juli 2011.  
Regler vedrørende tilsynet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk).