

Tilsynsrapport 2010

Biersted Plejecenter

Adresse: Teglværksvej 17, Biersted, 9440 Aabybro

Kommune: Jammerbugt

Leder: Gruppet leder/ social- og sundhedsassistent Kirsten Thorhauge

Dato for tilsynet: 17 og 19.3.2010

Telefon: 72 57 86 10

E-post: kth@jammerbugt.dk

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Karen Marie Dencker

Sundhedsstyrelsen
Embedslægerne Nordjylland
Nytorv 7, 2.
9000 Aalborg
Tlf. 72 22 79 90 Fax 72 22 74 39
E-mail nord@sst.dk

1 Plejehjemstilsynet i 2010

Med ændring af sundhedsloven i 2008 blev det vedtaget, at Sundhedsstyrelsen kan undlade tilsyn det efterfølgende år, hvis der ved tilsynet ikke findes fejl og mangler, som kan give problemer for beboernes sikkerhed.

I forbindelse med tilsynene i 2010 vil der således blive taget stilling til, om plejehjemmet skal have tilsyn i 2011. Hvis plejehjemmet ikke skal have tilsyn i 2011, vil det fremgå af tilsynsrapporten. De plejehjem, der ikke får tilsyn i 2011, vil få tilsyn i 2012.

I 2010 er årets tema sundhedsfaglig dokumentation. Formålet med temaet er at belyse, om der på plejehjemmene foregår en planlagt og systematisk vurdering af, om dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser opfylder Sundhedsstyrelsens krav til sundhedsfaglig dokumentation. Systematisk vurdering af dokumentationen er ikke et krav til plejehjemmene og temaet indgår derfor ikke i beskrivelsen af fejl og mangler ved tilsynet.

Herudover er der ikke sket ændringer siden tilsynet i 2009.

2 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

Afvigelserne fra de gældende regler inden for sundhedsområdet drejer sig især om dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser, medicinbehandling og patientrettigheder.

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

Sundhedsstyrelsen skal anmode om inden fire uger at få en handleplan for, hvordan de nedenfor anførte krav vil blive imødekommet. Det skal heri oplyses:

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

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

Med baggrund i afvigelser fra gældende regler fra dette års tilsyn vil Sundhedsstyrelsen ved Embedslægerne Nordjylland foretage uanmeldt tilsyn i 2011.

Afviigelser fra gældende regler på sundhedsområdet 2010

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

- Gruppelederen skal sikre, at indholdet i de sundhedsfaglige instrukser bliver revideret/ renskrevet, så indholdet er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens regler.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal føres ét sted (i én journal).
- Der skal foreligge en helhedsvurdering med ajourførte og fyldestgørende beskrivelser af samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, som fremgår af *Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, således at det tydeligt fremgår, om beboeren har potentielle og/ eller aktuelle problemer.
- Der skal foreligge en oversigt over beboerens aktuelle sygdomme og handicap.
- Aftaler om kontrol af kroniske sygdomme skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Der skal foreligge ajourførte og fyldestgørende pleje- og behandlingsplaner for såvel den daglige stationære tilstand som for akut opstået problem.
- Der skal være dokumentation for opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling.
- Alle ark i de sygeplejefaglige optegnelser skal:
 - ✓ datering med dag, måned og år på alle notater (inkl. pleje- og behandlingsplaner),
 - ✓ rettelser skal være foretaget, så den oprindelige tekst fremgår, og rettelserne skal være signerede (minus brug af blyant).
- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde: Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling/ enkeltdosis og døgndosis for samtlige præparater inkl. maksimal døgndosis for pn-medicin/ behandlingsindikation for alle præparater.
- Den ordinerede medicin skal findes i beboerens medicinbeholdning.
- *Ophældt* pn-medicin skal være i overensstemmelse med ordinationen og doseret i ordinerede doser.
- Det skal fremgå at de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår egen læge sidst har revideret medicinlisten.
- Det skal fremgå af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser.
- Informeret samtykke til behandling skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal indeholde dokumentation for ernærings-/ kostplan hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov samt for opfølgning og vurdering heraf.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

3 Tilsynet

Biersted Plejecenter havde 17 beboere i ét afsnit. Der var fire boliger til midlertidigt ophold.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med stedfortræderen, idet gruppelederen ikke var til stede i forbindelse med tilsynet. Der blev efterfølgende taget kontakt til gruppelederen for orientering og supplerende oplysninger. Ved tilsynet blev der orienteret om personalets sammensætning og kompetence, om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besigtiget, og personale samt beboere interviewet. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov.

Der var ansat to social- og sundhedsassistenter fortrinsvis til dagvagt inkl. weekend. Hjemmesygeplejen kunne tilkaldes for tilsyn, rådgivning og specifik opgaveløsning alle dage hele døgnet.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Anbefalingerne ved tilsynet i 2009 var fulgt, hvad angår de sundhedsfaglige instrukser og medicin håndteringen samt dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser men den elektroniske omsorgsjournal var fortsat under implementering.

4 Sundhedsadministrative forhold

Instrukser

Alle plejehjem skal have instrukser for fem forskellige områder. Det fremgår af afsnittet ”Sundhedsfaglige instrukser” i det vedlagte afrapporteringsskema. De fem områder er:

1. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling inkl. vikarers kompetence, ansvar og opgaver samt regler for delegation
2. Plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling
3. Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom
4. Førings, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
5. Medicin håndtering

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.

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

Ved gennemgang af plejehjemmets instrukser for sygeplejefaglige optegnelser, medicin håndtering og plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling blev det konstateret, at indholdet af

instrukserne delvist var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der var tilføjet relevante kommentarer til de eksisterende instrukser dateret september 2009, men der forelå ingen reviderede instrukser, indeholdende de tilføjede kommentarer. Med de tilføjede kommentarer indarbejdet, ville instrukserne være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere. Instrukserne blev regelmæssigt drøftet med personalet.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne blev delvist fulgt i det daglige arbejde.

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:

- Gruppelæderen skal sikre, at indholdet i de sundhedsfaglige instrukser bliver revideret/ renskrevet, så indholdet er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens regler.

5 Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i beboerbog og elektronisk omsorgsjournal. Overgang til elektronisk omsorgsjournal var opstartet i oktober 2009, men det var kun hos enkelte beboere, hvor de sygeplejefaglige optegnelser forelå i én journal. Hos alle beboere blev den elektroniske omsorgsjournal anvendt til daglige notater, mens de sygeplejefaglige optegnelser vedrørende øvrige forhold forelå i beboerbog. Det blev oplyst, at helhedsvurdering og pleje- og behandlingsplaner hos de fleste beboere endnu ikke var indført i den elektroniske omsorgsjournal. Der foregik sidemandsoplæring og gruppelederen forventede, at de sygeplejefaglige optegnelser forelå i én journal i løbet af et par måneder.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle tre optegnelser indeholdt en helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede mellem 10 og 11 af de 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Der manglede en beskrivelse af ernæring i en enkelt stikprøve. Beskrivelser af problemområderne gav ikke et helt korrekt indtryk af beboerens situation, eftersom flere beskrivelser manglede konkretisering og præcision samt ajourføring. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling og for at kunne udarbejde relevante pleje- og behandlingsplaner.

Ingen af de tre stikprøver indeholdt en oversigt over beboernes aktuelle sygdomme og handicap. Der manglede en beskrivelse af flere sygdomme, som beboerens var i medikamentel behandling for eksempelvis forhøjet blodtryk, mavesår, kronisk nyresygdom.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det ikke beskrevet, hvilke aftaler der var med den praktiserende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme. Der forelå dokumentation for resultater af undersøgelser, men den konkrete aftale var ikke beskrevet.

De sygeplejefaglige optegnelser hos de tre beboere indeholdt konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til de fleste af beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder. Der var udarbejdet døgnrytmeplaner for den daglige stationære tilstand suppleret med specifikke behandlingsplaner. Beskrivelser i størstedelen af behandlingsplanerne kunne med fordel have været

indskrevet i behandlings- og plejeplan for den daglige stationære tilstand, idet det så ville være hurtigere og enklere at få overblik. Der var enkelte uoverensstemmelser mellem oplysninger i døgnrytmeplan og i behandlingsplaner.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling var i flere tilfælde anført i de sygeplejefaglige optegnelser, men dette foregik ikke rutinemæssigt. Eksempelvis fremgik det ikke, hvilken effekt der var af smertebehandling, blødning.

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

Der manglede datering på nogle notater, og rettelser var ikke foretaget på en sådan måde, at den oprindelige tekst fremgik, fordi der som skriveredskab var anvendt blyant.

Afvisninger fra gældende regler medfører følgende krav:

- De sygeplejefaglige optegnelser skal føres ét sted (i én journal).
- Der skal foreligge en helhedsvurdering med ajourførte og fyldestgørende beskrivelser af samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, som fremgår af *Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, således at det tydeligt fremgår, om beboeren har potentielle og/ eller aktuelle problemer.
- Der skal foreligge en oversigt over beboerens aktuelle sygdomme og handicap.
- Aftaler om kontrol af kroniske sygdomme skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Der skal foreligge ajourførte og fyldestgørende pleje- og behandlingsplaner for såvel den daglige stationære tilstand som for akut opstået problem.
- Der skal være dokumentation for opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling.
- Alle ark i de sygeplejefaglige optegnelser skal:
 - ✓ datering med dag, måned og år på alle notater (inkl. pleje- og behandlingsplaner),
 - ✓ rettelser skal være foretaget, så den oprindelige tekst fremgår, og rettelserne skal være signerede (minus brug af blyant).

Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Medicinhåndtering

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

Dokumentationen af medicinordinationerne var korrekt i én af tre stikprøver. Følgende var i flere tilfælde ikke dokumenteret:

- den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling
- enkeltdosis og døgndosis,

- enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin
- behandlingsindikation.

Døgndosis var i nogle tilfælde angivet i antal mg/g/tabletter fx 1g x 2 eller 2 tabletter x 2. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at lægens ordination i antal tabletter *ikke* omregnes til antal mg/g.

Der var i alle tre stikprøver overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.

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

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes ikke i beholdningen i nogen af de tre stikprøver. I to stikprøver drejede det sig om pn-medicin. Aktuell medicin blev ikke opbevaret separat fra *ikke* *aktuel* medicin.

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

I ingen af tre stikprøver fremgik det, hvornår medicinskemaet sidst var revideret i samarbejde med den praktiserende læge.

Det blev oplyst, at plejehjemmet ikke havde fælles medicin eller depot af akut medicin med undtagelse af adrenalin, men der blev fundet morfin til injektion, hvor holdbarhedsdato var overskredet samt præparat til indgift mod kramper, men ikke til en af plejehjemmets beboere. Gruppelederen tager kontakt til hjemmesygeplejen vedrørende dette.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde: Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling/ enkeltdosis og døgndosis for samtlige præparater inkl. maksimal døgndosis for pn-medicin/ behandlingsindikation for alle præparater.
- *Ophældt* pn-medicin skal være i overensstemmelse med ordinationen og doseret i ordinerede doser.
- Den ordinerede medicin skal findes i beboerens medicinbeholdning.
- Det skal fremgå at de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår egen læge sidst har revideret medicinlisten.

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var ikke problemer vedrørende kontakt til lægen, sygebesøg, indhentning af oplysninger, revision af medicinlisten.

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

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

Problemstillingen bliver taget op med sygehusledelsen via det administrative ledelsesniveau i kommunens ældrepleje.

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

Patientrettigheder

Plejhjemmet havde ikke en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det fremgik heller ikke af de sygeplejefaglige optegnelser, 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 blev ikke rutinemæssigt dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, og beboernes og de pårørendes/værgens tilkendegivelse fremgik ikke systematisk.

Ved samtalerne blev det 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.

Det blev oplyst, at personalet 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:

- Det skal fremgå af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser. Er det beboeren selv/nærmeste pårørende eller værge?
- Informeret samtykke til behandling skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information.

Sundhedsstyrelsens vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejhjem og i plejeboliger findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

6 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/underarme. Der var mulighed for at vaske hænder og anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshåndklæder og engangshandsker.

Central Enhed for Infektionshygiejne (tidligere Statens Serum Institut) har et e-learning program om håndhygiejne, som er tilgængeligt på deres hjemmeside: 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 rutinemæssigt fik tilbud om at blive vejret, 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 der mangelfuld dokumentation for kostplan/ ernæringsplan hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov.

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

Der var ingen beboere med ernæringssonde.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- De sygeplejefaglige optegnelser skal indeholde dokumentation for ernærings-/ kostplan hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov samt for opfølgning og vurdering heraf.

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 i egen bolig, gangarealer eller evt. motionscykel. Det blev oplyst, at resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser

I stikprøverne forelå dokumentation for træningstilbud, men beboerens aktuelle fysiske funktionsniveau var mangelfuldt beskrevet.

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

Det blev oplyst, at plejehjemmet ikke havde problemer med tryksår. Der var de nødvendige trykaflastende 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 dog ikke rutinemæssigt.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Beboernes fysiske funktionsniveau skal rutinemæssigt være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår skal rutinemæssigt være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Bygningsforhold og indeklima

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

Kvalitetssikring og egenkontrol

Plejhjemmet havde en central registrering af fejl og mangler ved medicinhandling, fald og ulykker.

Der foregik en systematisk opfølgning af fejl og mangler for hele plejhjemmet med henblik på forebyggelse.

Gruppelederen oplyste, at der ikke blev foretaget en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation med anvendelse af en række målepunkter, som skulle være opfyldt.

Karen Marie Dencker
Oversygeplejerske/ Ansvarlig for plejhjemstilsyn

/Annika From
Oversygeplejerske

Hvis der er spørgsmål eller noget, der er uafklaret, eller 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 plejhjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Denne vejledning kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk. Af vejledningen fremgår det, at tilsynet alene omfatter den sundhedsfaglige indsats.