

# Tilsynsrapport 2010

## Birkelse Plejecenter

Adresse: Birkevangen 2, Birkelse, 9440 Aabybro

Kommune: Jammerbugt

Leder: Forstander, social- og sundhedsassistent Karin Nielsen

Dato for tilsynet: 7.4.2010

Telefon: 98 24 31 00

E-post: knn@diakon.dk

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Annika From

**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

Afviselserne fra de gældende regler inden for sundhedsområdet drejer sig især om instrukser, dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser og medicinhandling.

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

Sundhedsstyrelsen skal anmode om inden 6 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.

## Afvielser fra gældende regler på sundhedsområdet 2010

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

- Der skal udarbejdes skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
- De instrukser, hvor indholdet ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens regler, skal revideres.
- Hos alle beboere skal der foreligge en helhedsvurdering med fyldestgørende og ajourførte beskrivelser af samtlige 11 problemområder, sådan som det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om de sygeplejefaglige optegnelser.
- Der skal være en samlet oversigt over beboernes aktuelle sygdomme og handicap hos alle beboere.
- Der skal konsekvent foreligge beskrivelser af pleje- og behandlingsplaner for den daglige stationære tilstand og ved akutte tilstande.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling inkl. observationer skal rutinemæssigt anføres i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Dokumentationen af medicinordinationer skal indeholde:
  - præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
  - angivelse af dato for ordination
  - angivelse af den ordinerende læges navn
- Der skal være overensstemmelse mellem lægens ordination og den på medicinlisten anførte ordination samt medicin ophældt i doseringsæsker/antal tabletter.
- Det skal fremgå tydeligt og let tilgængeligt i de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår egen læge sidst har revideret medicinlisten.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

### 3 Tilsynet

Birkelse Plejecenter havde 22 beboere fordelt i to boenheder på hver sin gang. Alle boliger på plejecenteret er beliggende i stueplan.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med forstanderen, der orienterede 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 otte social- og sundhedsassistenter. Der var altid social- og sundhedsassistenter i dagvagt og som regel i aftenvagt. Hjemmesygeplejen kunne tilkaldes for tilsyn, rådgivning og specifik opgaveløsning hele døgnet.

## Opfølgning på tidligere tilsyn

Anbefalingerne ved tilsynet i 2009 var delvist fulgt, idet der var udarbejdet en handleplan for implementering af samtlige anbefalinger. De i handleplanen beskrevne aktiviteter/initiativer var blevet drøftet på personalemøder. Det blev oplyst, at der fortsat blev arbejdet med implementeringen af anbefalingerne vedrørende dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser, medicin håndtering og patientrettigheder. Der var endnu ikke blevet udarbejdet skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser.

# 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. Føring, 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.

Forstanderen oplyste, at de havde skriftlige instrukser for fire af de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Der var ikke skriftlig instruks for:

- føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser

Ved gennemgang af plejehjemets instrukser 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.

Instruksen for *medicin håndtering* manglede en beskrivelse af:

- håndtering af dosisdispenseret medicin

Instruksen for *plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling* manglede en beskrivelse af:

- hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med kronisk sygdom, herunder kontakt til læge
- hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med terminal behandling af beboere, herunder tilkald af læge

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere. Instrukserne forelå i papirformat i et ringbind.

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.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Der skal udarbejdes skriftlige instruks for føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
- De instrukser, hvor indholdet ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens regler, skal revideres.

## 5 Sundhedsfaglige forhold

### Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i kardex med håndskrevne notater.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Tre af optegnelserne indeholdt en aktuel helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede 9 og 10 af de 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Der manglede en beskrivelse af smerter, søvn og hvile og hud og slimhinder. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling. Helhedsvurderingen blev opbevaret separat fra kardex og dermed ikke umiddelbart anvendt i det daglige arbejde.

I en af de tre stikprøver var der en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap. I de to øvrige stikprøver manglede en beskrivelse af forhøjet blodtryk og tendens til væske i kroppen.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det beskrevet, hvilke aftaler der var med den praktiserende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme.

De sygeplejefaglige optegnelser hos de tre beboere indeholdt ikke helt konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder. Der var for eksempel ikke en beskrivelse af pleje af en stomi.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev næsten rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser. Eksempelvis fremgik det ikke, hvilken effekt der var af behandling af hudproblem.

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

Afviselser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Hos alle beboere skal der foreligge en helhedsvurdering med fyldestgørende og ajourførte beskrivelser af samtlige 11 problemområder, sådan som det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om de sygeplejefaglige optegnelser.
- Der skal være en samlet oversigt over beboernes aktuelle sygdomme og handicap hos alle beboere.
- Der skal konsekvent foreligge beskrivelser af pleje- og behandlingsplaner for den daglige stationære tilstand og ved akutte tilstande.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling inkl. observationer skal rutinemæssigt anføres i de sygeplejefaglige optegnelser.

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

## Medicin håndtering

Plejhjemmet anvendte medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

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

- det aktuelle handelsnavn for præparatet
- dato for ordination
- den ordinerende læges navn

Der var i to af stikprøverne 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 i beboers medicinbeholdning i alle stikprøver. Aktuell medicin blev ikke opbevaret separat fra ikke aktuell medicin

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

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

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

Afviselser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde:
  1. præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
  2. angivelse af dato for ordination
  3. angivelse af den ordinerende læges navn
- Der skal være overensstemmelse mellem lægens ordination og den på medicinlisten anførte ordination samt medicin ophældt i doseringsæsker/antal tabletter.
- Det skal fremgå tydeligt og let tilgængeligt i 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](http://www.sst.dk)

## Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var generelt 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 velfungerende samarbejde med de lokale sygehuse. Ved udskrivning af beboerne fra sygehusene fik plejehjemmet 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

Plejehjemmet 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 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 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.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Det skal fremgå af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser – er det beboeren selv eller er det en pårørende eller værge, der giver stedfortrædende samtykke?

- Informeret samtykke til behandling skal dokumenteres 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)

## 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 i beboernes bolig, hvor der også var engangshåndklæder og engangshandsker. Håndsprit fandtes i en beholder på gangen.

Central Enhed for Infektionshygiejne (CEI) (tidligere Statens Serum Institut) har et e-learning program om håndhygiejne, som 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 rutinemæssigt 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 der ikke eksempler på ernærings/kostplan.

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.

### Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af plejepersonalet ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik via egen læge tilbud om træning ved fysioterapeut. Resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne var der ikke eksempler på dokumenteret træningstilbud.

Der var opmærksomhed på forebyggelse af fald. Faldepisoder blev registreret i de sygeplejefaglige optegnelser.



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.

## Bygningsforhold og indeklima

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

## Kvalitetssikring og egenkontrol

Plejehjemmet havde en central registrering af fejl og mangler ved medicinhandling.

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

Forstanderen oplyste, at der med regelmæssige intervaller, som regel blev foretaget en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. Ved vurderingen blev der anvendt en række målepunkter, som skulle være opfyldt. Personalet blev underrettet om resultatet af vurderingen.

Personalet var vidende om, at der blev foretaget systematisk vurdering af dokumentationen. De personalemedlemmer, som blev interviewet oplyste, at de havde oplevet, at der på baggrund af den systematiske vurdering var blevet iværksat aktiviteter, der skulle forbedre den sundhedsfaglige dokumentation.

Annika From  
Oversygeplejerske

/Karen Marie Dencker  
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 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.