

Tilsynsrapport 2010

Opfølgende besøg

Hune Plejecenter

Adresse: Hansensvej 2, 9492 Blokhus

Kommune: Jammerbugt

Leder: Gruppeleder/ social og sundhedsassistent Jonna Underlin

Dato for opfølgende tilsyn: 15.11.2010

Telefon: 98 20 93 14

E-post: jmu@jammerbugt.dk

Opfølgende tilsyn 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

Opfølgning på Sundhedsstyrelsens uanmeldte tilsyn

Ved det ordinære tilsyn den 17. maj 2010 vurderede Sundhedsstyrelsen, at Hune Plejecenter ikke fungerede tilfredsstillende på det sundhedsfaglige område. Dokumentationen var mangelfuld og uoverskuelig og blev ikke ført ét sted. Det var vanskeligt hurtigt at få et overblik over en beboers helbredsmæssige problemer, idet væsentlige helbredsmæssige oplysninger ikke var ajourført, hvorved der var risiko for, at beboeren ikke fik den nødvendige pleje og behandling. Der var fejl og mangler i medicinhåndteringen. En væsentlig del af tilsynets krav var givet som anbefalinger ved sidste ordinære tilsyn og gentaget ved det opfølgende tilsyn i 2009, hvor der også blev fundet alvorlige fejl og mangler.

I forbindelse med det opfølgende tilsyn blev der afholdt samtale med gruppelederen og to social- og sundhedsassistenter, som orienterede om, hvilke ændringer, der var sket vedrørende det sundhedsfaglige område siden det ordinære uanmeldte tilsyn. Der var uarbejdet en handleplan, som var blevet fulgt og pr. 1. september 2010 var der blevet ansat to nye social- og sundhedsassistenter. Den elektroniske omsorgsjournal var implementeret. Gældende regler for *dokumentation* vedrørende patientrettigheder var ikke helt implementeret.

Kravene fra det ordinære tilsyn i 2010 blev herefter gennemgået og den sygeplejefaglige dokumentation og medicinhåndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere.

Konklusion vedrørende det opfølgende tilsyn

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering ved det opfølgende tilsyn, at Hune Plejecenter havde arbejdet konstruktivt med Sundhedsstyrelsens krav, og der som følge heraf var sket forbedringer på samtlige sundhedsfaglige områder.

Kvaliteten af de sundhedsfaglige forhold, specielt omkring dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser og medicin håndtering generelt, var forbedret betragteligt, ligesom der var nogen forbedring ved de sundhedsrelaterede forhold omkring ernæring og træningstilbud men ikke vedrørende tryksår.

Der var imidlertid fortsat behov for en fokuseret indsats vedrørende udarbejdelse af *mere fyldestgørende* beskrivelser af de sygeplejefaglige problemområder, oversigt over den enkeltes sygdomme og handicap, pleje – og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder, dokumentation vedrørende opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling og opmærksomhed på sammenhænge/ overensstemmelser mellem problembeskrivelser, observationer, pleje og behandling.

Angående medicin håndteringen skal der uændret være opmærksomhed på en korrekt dokumentation på medicinskema hos alle beboere samt kontrol af, om lægens ordination på label på medicinemballage er enslydende med de anførte oplysninger på medicinskemaet eller at evt. ændringer var dokumenteret i journalen.

Der skal være fokus på rutinemæssig og konsekvent dokumentation vedrørende informeret samtykke, information og tilkendegivelser herpå samt de ernæringsmæssige forhold, effekt af træningstilbud og vurdering af risiko for tryksår.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af det opfølgende tilsyn nedenfor. Kravene fra det ordinære tilsyn er anført med kursiv, hvorefter det er beskrevet, hvordan plejehjemmet har fulgt op på kravene og resultatet af de tre stikprøvekontroller ved det opfølgende tilsyn.

1. Sundhedsadministrative forhold

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn ikke anledning til krav vedrørende instrukser.

2. Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At der skal foreligge en helhedsvurdering med ajourførte og fyldestgørende beskrivelser af de 11 sygeplejefaglige problemområder, som fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, således at det tydeligt fremgår, om beboeren har potentielle og/ eller aktuelle problemer.*
- *At der skal foreligge en oversigt over beboerens aktuelle sygdomme og handicap.*

- *At der skal foreligge en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboerens aktuelle sygdomme og handicap for såvel den daglige stationære tilstand som for akut opstået problem.*
- *At opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling konsekvent skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.*
- *At aftaler med egen læge om kontrol af kroniske sygdomme skal være dokumenteret.*
- *At de sygeplejefaglige optegnelser skal snarest muligt føres i én journal.*
- *At alle ark i beboerbog skal være påført beboerens navn og personnummer.*
- *At alle notater skal være dateret.*
- *At der skal anvendes skriveredskab, så den oprindelige tekst fremgår efter rettelser.*

Det blev oplyst, at den elektroniske omsorgsjournal var implementeret, og der havde været afviklet undervisning og afsat tid til udarbejdelse og ajourføring samt systematisk opfølgning. Social- og sundhedsassistenterne var ansvarlige for udarbejdelse af helhedsvurdering, pleje- og behandlingsplaner, mens de daglige notater også blev ført af social- og sundhedshjælpere.

Ved gennemgang af stikprøverne fremgik det, at alle tre stikprøver indeholdt en aktuell beskrivelse af samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, der er beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser med undtagelse af beskrivelse af hørelse i en enkelt stikprøve. Der var flere eksempler på fyldestgørende og ajourførte beskrivelser, men også eksempler på beskrivelser, som var mangelfulde i forhold til beskrivelse af beboerens konkrete situation eksempelvis vedrørende gangfunktion.

I to af de tre stikprøver var der beskrivelse af *nogle* af beboernes sygdomme og handicap, men oversigten var ikke dækkende for alle beboerens aktuelle sygdomme og handicap. Der manglede bl.a. en beskrivelse af forhøjet blodtryk og hjertesygdomme. I den tredje stikprøve var oversigten fyldestgørende og dækkende.

Det fremgik ikke tydeligt af dokumentationen, hvilke aftaler der var med den behandlende læge om kontrol mv. af beboernes kroniske sygdomme.

I alle tre stikprøver var der konsekvent udarbejdet pleje- og behandlingsplaner i relation til de *fleste* af beboerens sygdomme og sundhedsfaglige problemområder. Der manglede for eksempel en beskrivelse vedrørende pleje og behandling af hudproblemer. Pleje- og behandling for den daglige stationære tilstand var beskrevet i *døgnrytmeplaner* evt. suppleret med *handleplaner* for specifikke eller midlertidige problemer. Akut opstået problem blev beskrevet i de *daglige notater*.

For nogle sundhedsfaglige problemer forelå dokumentation for opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling, men dette var ikke konsekvent anført. Eksempelvis manglede opfølgning efter behandling af urinvejsinfektion, psykiske problemer og observationer efter hjernerystelse og i forbindelse med hoste.

De sygeplejefaglige optegnelser blev konsekvent ført i én journal.

Alle ark var påført navn og personnummer. Alle notater var dateret. Det var ikke relevant at kontrollere om den oprindelige tekst fremgik efter rettelser. Der blev anvendt kuglepen i forbindelse med håndskrevne notater på skemaer m.m..

Medicin håndtering

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At dokumentation af medicinordinationer skal indeholde:*
 - *Den ordinerende læges navn/sygehusafdeling*
 - *Styrke på alle præparater*
 - *Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgivelse*
 - *Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin.*
 - *Behandlingsindikation*
- *At der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.*
- *At antallet af tabletter angivet i medicinskemaet skal være i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne.*
- *At den ordinerede pn-medicin skal være tilgængelig i beboerens medicinbeholdning.*
- *At alle doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin skal mærkes korrekt.*
- *At medicin med overskredet holdbarhedsdato og løse ikke anvendelige tabletter/ kapsler skal destrueres.*
- *At det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår medicinskemaet sidst er revideret i samarbejde med den praktiserende læge.*

Det blev oplyst, at kravene var blevet fulgt. Kravene havde været drøftet på møder, alle medicinskemaer var blevet gennemgået, og der blev udført stikprøvekontroller.

I stikprøverne var dokumentationen af medicinordination fortsat ikke helt korrekt grundet tekniske forhold. Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling blev ikke anført på medicinskema. Navnet fremgik af den elektroniske omsorgsjournal, og personalet skulle ved angivelse af en ordination være opmærksom på at vælge den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling korrekt fra en "rulleliste" med muligheder for valg.

I to stikprøver var dokumentation af medicinordinationer korrekt. I den tredje stikprøve var der fejl i dispenseringsform, enkeltdosis og døgndosis var anført i henholdsvis antal mg og antal tabletter, der manglede angivelse af såvel enkeltdosis som maksimal døgndosis for pn-medicin, og behandlingsindikation var ikke anført ved alle præparater. Pn-medicin var påført til indgift på faste tidspunkter. Både generisk navn og handelsnavn var anført, men det var ikke konsekvent det *aktuelle handelsnavn*, der fremgik.

I alle tre stikprøver var der overensstemmelse mellem lægens medicinordination og ordinationen på medicinskemaet med undtagelse af anført ordination af pn-medicin i to stikprøver.

Der var overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet på medicinskema og antal tabletter i doseringsæsker i alle tre stikprøver.

Den ordinerede medicin var fandtes i medicinbeholdningen i alle stikprøver.

Alle doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt med undtagelse af to æsker i den ene stikprøve.

Der blev ikke fundet medicin med overskredet holdbarhedsdato.

I en stikprøve fremgik det hvornår egen læge sidst havde revideret medicinlisten. I de to øvrige stikprøver var dette planlagt, men endnu ikke udført.

Ved det opfølgende tilsyn blev det konstateret, at der i en af de tre stikprøver ikke var separat opbevaring af aktuel medicin og medicin, der ikke var i brug.

Patientrettigheder

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At det skal fremgå af dokumentationen hos alle beboere, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser.*
- *At informeret samtykke til behandling skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information.*

Det blev oplyst, at dokumentation af dette krav ikke var fuldt implementeret, men diskuteret.

Det fremgik af dokumentationen i to af tre stikprøver, i hvilket omfang beboeren var i stand til at varetage egne helbredsmæssige interesser, men oplysningen kunne med fordel tydeliggøres i forhold til, at der var fokus på evne til at give informeret samtykke. Der forelå i de to stikprøver eksempler på dokumentation for, at der var indhentet informeret samtykke til pleje og behandling, mens dokumentation for beboerens og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information generelt var mangelfuld.

3. Sundhedsrelaterede forhold

Hygiejne

Sundhedsstyrelsen havde ingen krav efter det uanmeldte tilsyn og ved det opfølgende tilsyn blev der fortsat ikke observeret personale med smykker og ur på hænder og underarme.

Ernæring

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At dokumentation vedrørende ernærings-/ kostplan hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov skal være entydig, og der skal foreligge dokumentation for evaluering.*

Det blev oplyst, at det endnu ikke var rutine, at alle beboerne blev tilbudt at blive vejlet ved indflytningen og regelmæssigt herefter.

I stikprøverne forelå dokumentation for ernærings-/ kostplan hos to beboere med særlige ernæringsmæssige behov, men dokumentation for opfølgning og vurdering heraf var mangelfuld inkl. entydighed i dokumentation vedrørende kontrol af vægten.

Aktivering og mobilisering

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At der skal foreligge dokumentation for træningstilbud.*
- *At vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.*

Kravene var blevet drøftet. Det blev oplyst, at der forelå dokumentation for træningstilbud, men der var ingen faste aftaler omkring dokumentation af effekten heraf.

I alle tre stikprøver var beboernes aktuelle funktionsniveau beskrevet, og der forelå dokumentation for træningstilbud, men ikke for effekten heraf.

Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår var fortsat ikke dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Karen Marie Dencker
Oversygeplejerske

/

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 plejehjem, 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.