

Tilsynsrapport 2010

Hune Plejecenter

Adresse: Hansensvej 2, 9492 Blokhus

Kommune: Jammerbugt

Leder: Gruppeteleder/social- og sundhedsassistent Jonna Underlin.

Dato for tilsynet: 17.5.2010

Telefon: 98 20 93 14

E-post: jmu@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 i lighed med tilsynet i 2009 ved tilsynet blev fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden.

Afvigelserne fra de gældende regler inden for sundhedsområdet drejer sig især om dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser, medicinhåndtering, patientrettigheder, ernæring og fysisk aktivitet og mobilisering. De sygeplejefaglige optegnelser blev fortsat ikke ført ét sted (én journal).

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejecentret 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 plejecentret 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 opfølgende tilsyn senere på året (2010).

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:

- Der skal foreligge en helhedsvurdering med ajourførte og fyldestgørende beskrivelser af de 11 sygeplejefaglige problemområder, som fremgår af *Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, så det tydeligt fremgår, om beboeren har potentielle og/ eller aktuelle problemer inden for hvert af de 11 problemområder.
- Der skal foreligge en samlet oversigt over beboernes sygdomme og handicap.
- Der skal foreligge en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboerens aktuelle sygdomme og handicap for såvel den stationære tilstand som ved akut opstået problem.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal konsekvent være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Aftaler med egen læge om kontrol af kroniske sygdomme skal være dokumenteret.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal snarest muligt føres i én journal.
- Alle ark i beboerbog skal være påført navn og personnummer.
- Alle notater skal være dateret.
- Der skal anvendes skriveredskab, så den oprindelige tekst fremgår efter rettelse.
- 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
- Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.
- Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet skal være i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne.
- Den ordinerede pn-medicin skal være tilgængelig i beboerens medicinbeholdning.
- Alle doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin skal mærkes korrekt.
- Medicin med overskredet holdbarhedsdato og løse ikke anvendelige tabletter/ kapsler skal destrueres.

- Det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår medicinskemaet sidst er revideret i samarbejde med den praktiserende læge.
- 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.
- Dokumentation vedrørende kostplan/ ernæringsplan skal være entydig, og der skal foreligge dokumentation for evaluering.
- Der skal foreligge dokumentation for træningstilbud.
- Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

3 Tilsynet

Hune Plejecenter havde 18 beboere fordelt på to etager.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med lederen af plejecentret, der orienterede om personalets sammensætning og kompetence, om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejecentret besigtiget, og personale samt beboere interviewet. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicinbehandlingen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov.

Der var ansat to social- og sundhedsassistenter foruden lederen samt en plejehjemsassistent. 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 arbejdet med gennemgang af medicinbehandlingen og patientrettigheder. Vedrørende dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser var der endnu ikke sket overgang til anvendelse af én journal, idet der fortsat blev arbejdet med ”det gamle system” vedrørende helhedsvurderinger og pleje- og behandlingsplaner. Daglige notater blev indskrevet i den elektroniske omsorgsjournal. Det blev oplyst, at der var taget kontakt til en underviser med henblik på snarlig anvendelse af den elektroniske omsorgsjournal til helhedsvurderinger og pleje- og behandlingsplaner. Det var meningen, at der skulle foregå sidemandsoplæring, men dette var blevet stærkt forsinket, eftersom gruppelederen først havde været på kursus i april 2010.

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. Førning, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
5. Medicinhåndtering

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.

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

Ved gennemgang af plejecentrets instrukser for sygeplejefaglige optegnelser, medicinhåndtering og plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling blev det konstateret, at indholdet af instrukserne var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere i ringbind placeret i vagtrummet. Ledelsen sikrer, at instrukserne er kendte og bliver fulgt af personalet gennem drøftelser og kontrol af det daglige arbejde.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne blev delvist fulgt i det daglige arbejde, dog blev instruksen for førning, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser ikke fulgt.

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.

5 Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i beboerbog og i den elektroniske omsorgsjournal.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. To af optegnelserne indeholdt en helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. I en af stikprøverne var helhedsvurderingen ikke revideret siden 2007, og i en anden stikprøve var den ikke blevet revideret efter større ændringer i beboerens tilstand og i den tredje stikprøve forelå der ingen helhedsvurdering. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

Ingen af de tre stikprøver indeholdt en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap. Der manglede en beskrivelse af sukkersyge, forhøjet stofskifte m.fl.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det ikke 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 konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder. Der var for eksempel ikke en beskrivelse af psykiske problemer, kateterpleje, mobilisering m.fl.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev ikke rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser. Eksempelvis fremgik det ikke, hvilken effekt der var af behandling af mundproblemer, tryksår, udskrivelse fra sygehus, resultat af lægekontakt.

Pleje og behandling var generelt beskrevet ustruktureret og usystematisk, og det var meget vanskeligt at få overblik over aktuel og relevant behandling og pleje ud fra dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser. Forslag til ændringer eller spørgsmål til iværksat pleje og behandling blev ikke rutinemæssigt fulgt op.

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), fire til syv af de relevante målepunkter opfyldt i de tre stikprøver.

De sygeplejefaglige optegnelser blev ikke ført ét sted i én journal, der blev fortsat benyttet blyant ved udarbejdelse af pleje- og behandlingsplaner og navn, personnummer og datering blev ikke konsekvent anført på alle ark/ ved alle notater i beboerbog.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Der skal foreligge en helhedsvurdering med ajourførte og fyldestgørende beskrivelser af de 11 sygeplejefaglige problemområder, som fremgår af *Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, så det tydeligt fremgår, om beboeren har potentielle og/ eller aktuelle problemer inden for hvert af de 11 problemområder.
- Der skal foreligge en samlet oversigt over beboernes sygdomme og handicap.
- Der skal foreligge en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboers aktuelle sygdomme og handicap for såvel den stationære tilstand som ved akut opstået problem.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal konsekvent være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Aftaler med egen læge om kontrol af kroniske sygdomme skal være dokumenteret.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal snarest muligt føres i én journal.
- Alle ark i beboerbog skal være påført navn og personnummer.
- Alle notater skal være dateret.
- Der skal anvendes skriveredskab, så den oprindelige tekst fremgår efter rettelser.

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

Medicin håndtering

Plejecentret anvendte ikke dosispakket medicin fra apoteket, men medicin doseret i doseringsæsker af personalet og ved behov for efterdosering tillige af hjemmesygeplejersker.

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

- Den ordinerende læges navn/sygehusafdeling
- Styrke
- Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgivelse
- Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin
- Behandlingsindikation.

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 en af de tre stikprøver.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning i to stikprøver. Aktuell medicin blev ikke rutinemæssigt opbevaret separat fra ikke aktuell medicin.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i to af tre stikprøver. Det var ikke relevant at kontrollere anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. Der fandtes medicin med overskredet holdbarhedsdato og løse ikke anvendelige tabletter/ kapsler.

I en af tre stikprøver fremgik det i de daglige notater, at egen læge havde foretaget revision af medicinordinationer. I de to øvrige stikprøver fremgik det ikke, hvornår medicinskemaet sidst var revideret i samarbejde med den praktiserende læge.

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

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- 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.
- Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.

- Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet skal være i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne.
- Den ordinerede pn-medicin skal være tilgængelig i beboerens medicinbeholdning.
- Alle doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin skal mærkes korrekt.
- Medicin med overskredet holdbarhedsdato og løse ikke anvendelige tabletter/ kapsler skal destrueres.
- Det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår medicinskemaet sidst er revideret i samarbejde med den praktiserende læge.

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 generelt tilfredsstillende, men der kunne være problemer vedrørende kontakt til lægen, indhentning af oplysninger og revision af medicinlisten. Ved konkrete kliniske problemer hos beboerne var der ingen problemer. Det blev oplyst, at der var meget ventetid på at opnå telefonisk kontakt med lægen.

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 plejecentret 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

Plejecentret 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.

- 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 plejehjem 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 men ikke anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshåndklæder og engangshandsker.

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. 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 plejecentret og efterfølgende med jævne mellemrum. For beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev der udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Det blev oplyst, at 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 forelå ikke rutinemæssig dokumentation vedrørende vægt og evaluering af kostplan/ernæringsplan. I én af stikprøverne var mængde væske pr. døgn angivet som *minimum* et sted og et andet sted som *maximum*.

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.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Dokumentation vedrørende kostplan/ ernæringsplan skal være entydig, og der skal foreligge dokumentation for evaluering 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 evt. tilbud om træning med terapeuter i egen bolig eller på fællesarealer. Resultatet af evt. træning blev ikke vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne forelå ikke dokumentation for træningstilbud.

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

Det blev oplyst, at plejecentret 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 ikke rutinemæssigt af de sygeplejefaglige optegnelser.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Der skal foreligge dokumentation for træningstilbud.
- Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Bygningsforhold og indeklima

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

Kvalitetssikring og egenkontrol

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

Der foregik ikke en systematisk opfølgning af fejl og mangler for hele plejecentret 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

/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.