

Tilsynsrapport 2010

Klim Plejecenter

Adresse: Solkrogen 21 og 23, Klim, 9690 Fjerritslev

Kommune: Jammerbugt

Leder: Gruppeleder/ sygeplejerske Elisabeth La Cour

Dato for tilsynet: 22.2.2010

Telefon: 72 57 87 30

E-post: elc@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 samlet kun indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden

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 3 uger at få en tilbagemelding om, at de nedenfor anførte krav enten er imødekommet, eller hvornår de forventes at være imødekommet. Såfremt kravene er imødekommet inden tre uger eller Sundhedsstyrelsen kan godkende tidsfristen i redegørelsen og kriterierne a. - d. er opfyldt, vil Sundhedsstyrelsen ikke foretage tilsyn før i 2012:

- a. Der har ikke været klagesager på ældrecentret, eller disse har været af åbenlys grundløs karakter og/eller bagatelagtige, dvs. uden mistanke om patientsikkerhedsmæssige risici.
- b. Der har ikke været faglige tilsynssager eller andre sager af betydning for de sundhedsfaglige forhold.
- c. Kommunen har ikke meddelt Embedslægerne, at der er fundet alvorlige problemer, som efter Embedslægernes vurdering kan have betydning for de sundhedsfaglige forhold.
- d. Kommunen har ikke meddelt Embedslægerne, at der er sket væsentlige ændringer siden sidste tilsyn, dvs. fx ny daglig ledelse, større personaleudskiftning eller lignende.

Når tidsfristen er udløbet, skal Sundhedsstyrelsen have en tilbagemelding på:

1. Hvilke løsninger, der er iværksat
2. Hvilken effekt de iværksatte løsninger har haft
3. Hvordan effekten er 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.

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:

- Oversigt over beboerens aktuelle sygdomme og handicap skal være fyldestgørende.
- Der skal rutinemæssigt udarbejdes præcise pleje- og behandlingsplaner i relation til beboerens sygdomme/ handicap samt aktuelle problemer.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde nødvendige og korrekte oplysninger.
- Al indgift af medicin skal være ordineret af en læge.
- Den ordinerede medicin skal forefindes i beholdningen.
- Navn på ugedag skal være korrekt på alle doseringsæsker.
- Det skal tydeligt fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår egen læge sidst har revideret medicinordinationer.
- Informeret samtykke til behandling skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information.
- Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår skal fremgå rutinemæssigt af de sygeplejefaglige optegnelser.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

3 Tilsynet

Klim Plejecenter havde 10 beboere. Der var en enkelt af boligerne, der aktuelt blev benyttet til midlertidigt ophold.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med grupelederen, 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 medicinbehandlingen med hjælp fra én social- og sundhedshjælper vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebestanden.

Der var ansat én social- og sundhedsassistent i dagvagt og én i nattevagt. Hjemmesygeplejen kunne tilkaldes for tilsyn, rådgivning og specifik opgaveløsning alle hele døgnet.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Anbefalingerne ved tilsynet i 2009 var fulgt, idet der var blevet udarbejdet sundhedsfaglige instrukser, som var gennemgået med personalet. Der havde været undervisning i dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser, og den elektroniske omsorgsjournal var taget i anvendelse hos alle beboere. Alle medicinlister var kontrolleret.

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. 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 fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Instruksen for personalets kompetence, ansvar og opgaver inkl. vikarers kompetence, ansvar og opgaver samt regler for delegation var under revision.

Ved gennemgang af plejehjemmets 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.

Instruksen for de *sygeplejefaglige optegnelser* skulle revideres, så den tydeligt beskrev, hvor hvilke oplysninger skulle være noteret.

Instruksen for *plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling* manglede en lidt tydeligere beskrivelse af, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med terminal behandling af beboerne, herunder tilkald af læge.

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere i et ringbind på kontoret. Ved tilsynet kunne det konstateres, at dette ringbind var lagt frem, og personalet bedt om fornyet gennemlæsning af instrukserne inkl. signatur for gennemlæsning.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser og kunne oplyse, at der blev refereret til instrukserne med jævne mellemrum. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne næsten blev 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.

5 Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i den elektroniske omsorgsjournal.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle tre optegnelser indeholdt en aktuel helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede alle 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Der var enkelte beskrivelser, som med fordel kunne have været mere præcise vedrørende beboerens potentielle eller aktuelle sundhedsfaglige problem, eksempelvis vedrørende bevægeapparat, ernæring, hud og slimhinder samt udskillelse af affaldsstoffer og dermed tydeliggøre begrundelse for nogle af handlingerne beskrevet i døgnrytmeplan. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

I alle tre stikprøver var der en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap. I én stikprøve manglede dog en enkelt beskrivelse af en sygdom, som beboeren fik medikamentel behandling for.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det beskrevet lidt forskellige steder i den elektroniske omsorgsjournal, hvilke aftaler der var med den praktiserende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme.

De sygeplejefaglige optegnelser hos de tre beboere indeholdt næsten konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme/ handicap og aktuelle sundhedsfaglige problemområder i form af en døgnrytmeplan og handleplaner. Der manglede eksempelvis en præcis handleplan vedrørende hudproblemer, der blev medicinsk behandlet. Pleje og behandling i forbindelse med akut opstået problem blev noteret i de daglige notater.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev næsten rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser. Der var dog enkelte mangler. Eksempelvis fremgik det ikke, hvilken effekt der var af smertestillende behandling eller opfølgning på hudproblemer eller øjenproblemer.

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 alle relevante målepunkter opfyldt i de tre stikprøver.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Oversigt over beboerens aktuelle sygdomme og handicap skal være fyldestgørende.
- Der skal rutinemæssigt udarbejdes præcise pleje- og behandlingsplaner i relation til beboerens sygdomme/ handicap samt aktuelle problemer.

- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

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

Medicin håndtering

Plejhjemmet anvendte dosispakket medicin fra apoteket og medicin doseret i doseringsæsker af social- og sundhedsassistent og af hjemmesygeplejersker.

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

- Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling manglede konsekvent på medicinliste og i den elektroniske omsorgsjournal
- Enkeltdosis og døgndosis manglede konsekvent på medicinlisten. Kun dosis ved tidspunkter for indgift var noteret
- Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin.

Der var i alle stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin med undtagelse af et enkelt præparat, som var ordineret til indgift tre gange men kun blev givet to gange dagligt. Der var tvivl om indgift af pn-medicin var ordineret.

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 beboerens medicinbeholdning i alle stikprøver med undtagelse af pn-medicin, som manglede i et enkelt tilfælde. Aktuell medicin blev opbevaret separat fra ikke aktuell medicin, hvor det var relevant.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle tre stikprøver. I en enkelt stikprøve var der to "tirsdagæsker", hvilket foranledigede tvivl om indgift af dosis. Der var ingen præparater hvor anbrudsdato skulle være noteret. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

I ingen af de tre stikprøver fremgik det, hvornår medicinskemaet sidst var revideret i samarbejde med den praktiserende læge. Det blev oplyst, at dette foregik jævnlige og mindst en gang om året.

Plejhjemmet 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 nødvendige og korrekte oplysninger.
- Al indgift af medicin skal være ordineret af en læge.
- Den ordinerede medicin skal forefindes i beholdningen.
- Navn på ugedag skal være korrekt på alle doseringsæsker.

- Det skal tydeligt fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår egen læge sidst har revideret medicinordinationer.

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. Der var som regel ikke problemer vedrørende kontakt til lægen, sygebesøg, indhentning af oplysninger, revision af medicinlisten. I kommunen var et princip om, at beboerne så vidt muligt skulle møde til konsultation i lægeklinikken. Hjemmebesøg var muligt, såfremt transport på grund af beboerens helbredsstatus ikke var mulig.

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

Der var et velfungerende samarbejde med de lokale sygehuse. Ved udskrivning af beboerne fra sygehusene fik plejehjemmet næsten altid 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 helbredsinteresser. Det fremgik 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.

Afvigelse fra gældende regler medfører følgende krav:

- 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 hender/underarme. Der var mulighed for at vaske hænder, men ikke anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshåndklæder og engangshandsker. Engangshåndklæder var i form af stofklude, som var placeret i en plastpose, hvilket gav risiko for, at der dryppede vand fra våde hænder ned i posen på de rene stofklude. Stofkluden blev lagt til vask efter brug én gang.

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 vejjet, når de flyttede ind på plejehjemmet og efterfølgende med jævne mellemrum, ligesom, der blev udregnet Body Mass Index. 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 havde ingen beboere 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.

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 samt evt. henvist til visitator for vurdering af behov for træning med terapeut. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning i egen bolig, på gange og trapper samt evt. motionscykel, boldspil m.m. Det blev oplyst, at resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne havde ingen beboere behov for dokumenteret tilbud om træning. Det fysiske funktionsniveau og vurdering af behov for træning kunne med fordel være beskrevet mere præcist.

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 ikke helt rutinemæssigt af de sygeplejefaglige optegnelser.

Afvigelse fra gældende regler medfører følgende krav:

- Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår skal fremgå rutinemæssigt 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, fald og ulykker.

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

Gruppenlederen oplyste, at der med regelmæssige intervaller 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 havde været drøftelser i personalegruppen, der skulle forbedre den sundhedsfaglige dokumentation.

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.