

# Tilsynsrapport 2010

## Kaas Plejecenter

Adresse: Gammelgårdsvej 46, Kaas, 9490 Pandrup

Kommune: Jammerbugt

Leder: Daglig leder/ sygeplejerske Marianne Sønderby

Dato for tilsynet: 12.5.2010

Telefon: 72 57 87 40

E-post: mac@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 med undtagelse af entydighed i de sygeplejefaglige optegnelser.

Afvigelserne fra de gældende regler inden for sundhedsområdet drejer sig især om dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser, medicinhåndtering og patientrettigheder samt ernæring og fysisk aktivitet og mobilisering.

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:

- Der skal være én ajourført og fyldestgørende helhedsvurdering med beskrivelse af samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, så det tydeligt fremgår, om beboeren har aktuelle eller potentielle problemer.
- Der skal være en samlet oversigt over beboerens aktuelle sygdomme og handicap.
- Der skal være beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboerens sygdomme og handicap for såvel den stationære tilstand som ved akut opstået problem.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal rutinemæssigt være dokumenteret.
- Aftaler med egen læge om kontrol af kroniske sygdomme skal være dokumenteret. Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde:
  - Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling skal fremgå
  - Dispenseringsform skal være anført korrekt ved alle præparater
  - Enkeltdosis og døgndosis for alle præparater
  - Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin
  - Behandlingsindikation for alle præparater
- Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.
- Medicinsk salve skal være lægeordineret og anvendes korrekt.
- Det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår medicinskemaet sidst er revideret i samarbejde med den praktiserende læge.
- Alle beboere skal være orienteret om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.
- 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.
- Der skal foreligge evaluering af kostplan/ ernæringsplan, herunder tilbud om kontrol af vægten hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov.
- Der skal foreligge dokumentation for effekt af træningen.
- 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

Kaas Plejecenter havde 22 beboere fordelt på tre grupper/ familier. Alle boliger er i stueplan.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med en af de to ansatte social- og sundhedsassistenter, da lederen af plejecentret ikke var til stede. Der blev orienteret 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 medicinhåndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebenhov.

De to social- og sundhedsassistenter arbejdede i dagvagter på alle ugens dage. Hjemmesygeplejen kunne tilkaldes for tilsyn, rådgivning og specifik opgaveløsning hele døgnet.

#### Opfølgning på tidligere tilsyn

Anbefalingerne ved tilsynet i 2009 var fulgt, idet der havde været organiseret undervisning for implementering af samtlige anbefalinger.

### 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 instruks er skrevet for. Derudover skal det fremgå med dag, måned og år, hvornår instruks trådte i kraft, og hvornår den er blevet ajourført og hvem, der er ansvarlig for instruks.

Det blev oplyst, at centret havde skriftlige instrukser for alle 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.

I øvrigt var vikarers kompetence, ansvars og opgavefordeling beskrevet som et oplæringsprogram, i regler for delegation indgik opfølgning ikke som en del og i instruks for, hvordan personalet skal forholde sig ved smitsomme sygdomme kunne der med fordel have været henvisning til Central enhed for infektionshygiejne.

Instruksen for hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med kronisk sygdom indgik i en *instruks for samarbejde med læge*.

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere. Instruksmappen var aktuelt fremlagt til gennemsyn fra personalet. Ledelsen sikrer, at instrukserne er kendte og bliver fulgt af personalet gennem drøftelser på møder og i 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.

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 med undtagelse af Bilag til instruks for føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser vedrørende journalskrivning i Uniq omsorg.

## 5 Sundhedsfaglige forhold

### Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i elektronisk omsorgsjournal, men implementeringen heraf var endnu ikke fuldført.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle optegnelserne indeholdt en aktuel helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede mellem 10 og 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. I en enkelt stikprøve manglede beskrivelse af aktivitet. Helhedsvurderingen forelå flere steder i den elektroniske omsorgsjournal og i beboerbog forelå et ikke aktuelt eksemplar af helhedsvurderingen. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

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 beboerens sygdomme og handicap.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det ikke rutinemæssigt og let tilgængeligt 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 behandling af hudproblemer, grænsesætning, problemer med udskillelse af affaldsstoffer, iltbehandling.

Der var udarbejdet pleje- og behandlingsplaner over daglige aktiviteter hos alle beboere, men disse indeholdt ikke pleje- og behandlingsplaner for den daglige stationære tilstand i relation til beboerens sygdomme og sundhedsfaglige problemområder.

Pleje- og behandling af akut opstået problem eller tilbagevendende problem fremgik ikke rutinemæssigt af en specifik pleje- og behandlingsplan eller beskrivelse i daglige notater.

Det blev oplyst, at de manglende pleje- og behandlingsplaner havde sammenhæng med implementering af den elektroniske omsorgsjournal og usikkerhed vedrørende journalføring heri.

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 sår, behandling af urinvejsinfektion eller adfærdsproblemer. Der var god opfølgning og evaluering af smertebehandling.

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.

Grundet den igangværende implementering af den elektroniske omsorgsjournal og overgang til konsekvent føring af de daglige notater heri var det vanskeligt at få et overblik over hvilken dokumentation, der var aktuell og relevant. Det var fortsat nødvendigt at støtte sig til journalføringen i beboerbogen vedrørende de daglige notater.

Afvisninger fra gældende regler medfører følgende krav:

- Der skal være én ajourført og fyldestgørende helhedsvurdering med beskrivelse af samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, så det tydeligt fremgår, om beboeren har aktuelle eller potentielle problemer.
- Der skal være en samlet oversigt over beboers aktuelle sygdomme og handicap.
- Der skal være beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboers sygdomme og handicap for såvel den stationære tilstand som ved akut opstået problem.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal rutinemæssigt være dokumenteret.
- Aftaler med egen læge om kontrol af kroniske sygdomme skal være dokumenteret.

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

## Medicin håndtering

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

Dokumentationen af medicinordinationerne var ikke korrekt i de tre stikprøver. Det aktuelle handelsnavn blev ikke konsekvent anført, og følgende var i flere tilfælde ikke dokumenteret:

1. Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling
2. Korrekt dispenseringsform
3. Enkeltdosis og døgndosis for alle præparater
4. Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin
5. Behandlingsindikation for alle præparater

Der var ikke overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin i nogen af stikprøverne. Et enkelt glukocortikoidholdigt hudmiddel blev ikke anvendt korrekt.

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.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle tre stikprøver. Det var ikke relevant med anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. 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.

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

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde:
  - Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling for alle præparater?
  - Dispenseringsform skal være anført korrekt ved alle præparater
  - Enkeltdosis og døgndosis for alle præparater
  - Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin
  - Behandlingsindikation for alle præparater
- Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin
- Medicinsk salve skal være lægeordineret og anvendes korrekt.
- 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](http://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 velfungerende samarbejde med de lokale sygehuse. Ved udskrivning af beboerne fra sygehuse fik plejecentret relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje.

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

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Alle beboere skal være orienteret om Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.

## Patientrettigheder

Plejecentret havde en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det fremgik ikke rutinemæssigt 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. Der var enkelte eksempler på dokumentation vedrørende informeret samtykke.

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.

Afviigelser 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](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 og 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](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 ikke rutinemæssigt fik tilbud om at blive vejjet, når de flyttede ind på plejecentret og efterfølgende med jævne mellemrum. Kontrol af vægten blev kun foretaget hos beboere som selv havde en vægt. For beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev der udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Planen blev vurderet med jævne mellemrum men beboeren fik ikke 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 dokumentation for kostplan/ ernæringsplan hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov men der forelå ikke evaluering og kontrol af vægten.

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:

- Der skal foreligge evaluering af kostplan/ ernæringsplan, herunder tilbud om kontrol af vægten hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov.

## 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 evt. tilbud om træning med terapeuter. Resultatet af evt. træning blev ikke vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser. Personalet var meget opmærksomme på træning i forbindelse med daglige aktiviteter.

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 trykafastende 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.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Der skal foreligge dokumentation for effekt af træningen.
- 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 en central registrering af fejl og mangler ved medicinbehandling, fald og ulykker.

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

Det blev oplyst, at der ikke med regelmæssige intervaller blev foretaget en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation med anvendelse af en række målepunkter.

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](http://www.sst.dk). Af vejledningen fremgår det, at tilsynet alene omfatter den sundhedsfaglige indsats.