

# Tilsynsrapport 2010

## Møllegården

Adresse: Vestergade 9, 9460 Brovst

Kommune: Jammerbugt

Leder: Daglig leder/ Social- og sundhedsassistent Jette Norre

Dato for tilsynet: 20.9.2010 og opfølgende samtale 4.10.2010

Telefon: 72 57 86 70

E-post: jna@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.

Afvigelserne fra de gældende regler inden for sundhedsområdet drejer sig især om dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser, medicin håndtering, patientrettigheder og ernæring.

Sundhedsstyrelsen skal anmode om inden 6 uger, efter modtagelse af rapport i høring, 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

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

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:

- De instrukser, hvor indholdet ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens regler, skal revideres.
- Der skal foreligge en helhedsvurdering med ajourførte og fyldestgørende beskrivelser af samtlige 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 samtlige 11 problemområder.
- Hos alle beboere skal der være en aktuell oversigt over beboernes sygdomme og handicap.
- Aftaler med egen læge om kontrol af kronisk sygdom skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal rutinemæssigt indeholde beskrivelser af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder.
- Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde:
  1. Korrekt anført dispenseringsform
  2. Enkelt dosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift
  3. Såvel enkelt dosis som maksimal døgndosis for pn-medicin
- Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.
- Præparater med overskredet holdbarhedsdato 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 hos alle beboere, 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.
- Hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov skal der foreligge dokumentation for kostplan/ ernæringsplan samt regelmæssig evaluering heraf.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

## 3 Tilsynet

Møllegården havde 26 beboere fordelt på tre etager med leve-bomiljø i alle boenheder. Der var tre boliger til midlertidigt ophold.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med en af social- og sundhedsassistenterne og efterfølgende telefonisk kontakt til lederen af plejehjemmet. Der blev orienteret 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 medicinhåndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov.

Der var altid social- og sundhedsassistenter i dag- og aftenvag, men ikke i nattevagt. Hjemmesygeplejen kunne tilkaldes for tilsyn, rådgivning og specifik opgaveløsning hele døgnet.

### Opfølgning på tidligere tilsyn

Anbefalingerne ved tilsynet i 2009 var fulgt, idet der var udarbejdet en handleplan, som var implementeret med social- og sundhedsassistenter som ansvarlige. Der havde været afviklet undervisning og de sundhedsfaglige instrukser blev drøftet på gruppemøder.

## 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. Førings-, opbevarings- 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.

Det blev oplyst, at der var skriftlige instrukser for samtlige fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

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 delvist var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Instruksen for de *sygeplejefaglige optegnelser* beskrev ikke helt tydeligt, at opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling skal være anført i de sygeplejefaglige optegnelser.

Instruksen for *medicinhåndtering* beskrev ikke tydeligt, hvordan medicin dispenseres.

I instruksen for *plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling* var det i *forbindelse med terminal behandling* beskrevet, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med kronisk sygdom.

*Instruks for personalets kompetence, ansvar og opgaver* beskrev faggruppernes kompetence, ansvar og opgaver generelt og overordnet. Rammerne for vikarers kompetence, ansvar og opgaver var ikke tydeligt beskrevet. Reglerne om opfølgning og tilbagemelding i forbindelse med delegation var ikke tydeligt beskrevet.

Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom var kortfattet beskrevet. Det fremgik ikke tydeligt, hvordan særlige forholdsregler i en given situation skulle afklares.

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere. De blev opbevaret i et i ringbind på kontoret. Ledelsen sikrer, at instrukserne er kendte og bliver fulgt af personalet via drøftelser på gruppemøder og med social- og sundhedsassistenter som ansvarlige 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.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- De instrukser, hvor indholdet ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens regler, skal revideres.

## 5 Sundhedsfaglige forhold

### Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i elektronisk omsorgsjournal.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle tre optegnelser indeholdt en helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede mellem 5 og 11 af de 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Der manglede eksempelvis en beskrivelse af psykosociale forhold inkl. stimulation og intellektuel funktion, udskillelse af affaldsstoffer, herunder inkontinens og obstipation, vejrtrækning og kredsløb m.m. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

I en af de tre stikprøver var der en aktuell oversigt over beboernes sygdomme og handicap. Der manglede en beskrivelse af mavesår, blodprop m.v.

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

De sygeplejefaglige optegnelser hos de to beboere indeholdt konsekvent en aktuel og relevant beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder. I den tredje stikprøve manglende beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner.

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 sårbehandling eller ændring i behandling af depression.

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.

Afvisninger fra gældende regler medfører følgende krav:

- Der skal foreligge en helhedsvurdering med ajourførte og fyldestgørende beskrivelser af samtlige 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 samtlige 11 problemområder.
- Hos alle beboere skal der være en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap.
- Aftaler med egen læge om kontrol af kronisk sygdom skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal rutinemæssigt indeholde beskrivelser af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder.
- 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](http://www.sst.dk).

## Medicin håndtering

Plejhjemmet anvendte dosispakket medicin fra apoteket og medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

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

- korrekt dispenseringsform,
- enkeltdosis og døgndosis,
- såvel enkeltdosis som maksimal døgndosis for pn-medicin.

Det blev oplyst, at den ordinerende læges navn fremgik i den elektroniske omsorgsjournal for samtlige præparater.

Der var i to af stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin. I den tredje stikprøve var der uoverensstemmelse vedrørende smertestillende medicin.

Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i alle tre stikprøver.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning i alle tre stikprøver. 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. Det var ikke relevant at kontrollere, om der var påført anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. Der fandtes et enkelt præparat med overskredet holdbarhedsdato.

I en af de tre stikprøver fremgik det, hvornår medicinskemaet sidst var revideret i samarbejde med den praktiserende læge. I en anden stikprøve blev det oplyst, at medicinlisten var revideret, men oplysningen var ikke anført i de sygeplejefaglige optegnelser.

Plejhjemmet havde ikke fælles medicin eller depot af akut medicin med undtagelse af adrenalin. Holdbarhedsdato for adrenalin var overskredet.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde:
  1. Korrekt anført dispenseringsform
  2. Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift
  3. Såvel enkeltdosis som maksimal døgndosis for pn-medicin
- Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.
- Præparater med overskredet holdbarhedsdato 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](http://www.sst.dk)

## Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede ikke tilfredsstillende. Der var ofte problemer vedrørende kontakt til lægen, sygebesøg, indhentning af oplysninger, revision af medicinlisten. Problemet blev drøftet blandt relevante parter.

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 plejhjemmet relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje. Oplysningerne var ikke altid realistiske i forhold til beboerens aktuelle situation.

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

## Patientrettigheder

Plejhjemmet 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 en stikprøve, 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 hos alle beboere, 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 plejhjemmet og heller ikke 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 ved behov 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 en af tre beboere med særlige ernæringsmæssige behov en kostplan/ ernæringsplan. Der forelå ikke dokumentation for evaluering af planen eller kontrol af beboerens vægt.

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:

- Hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov skal der foreligge dokumentation for kostplan/ ernæringsplan samt regelmæssig 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. Der foregik vedligeholdelsestræning i samarbejde med terapeuter. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning på plejehjemmet. Det blev oplyst, at resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser

I stikprøverne havde ingen beboere træningstilbud.

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

Det blev oplyst, at plejehjemmet 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 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 medicinbehandling men ikke vedrørende fald og ulykker.

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

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