

Tilsynsrapport 2010

Pandrup Plejecenter

Adresse: Bredgade 101, 9490 Pandrup

Kommune: Jammerbugt

Leder: Gruppeleder/sygeplejerske Elin Gjerløv

Dato for tilsynet: 9.6.2010

Telefon: 98 24 72 33

E-post: egj@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 enkelte mangler i dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser, patientrettigheder samt medicin håndteringen, hvor der var systematiske mangler i alle stikprøver og enkelte fejl.

Sundhedsstyrelsen skal anmode om inden tre uger at få en tilbagemelding om, at de nedenfor anførte krav enten er imødekommet, eller hvornår de forventes imødekommet. Såfremt kravene er imødekommet inden tre uger eller Sundhedsstyrelsen kan godkende tidsfristen i redegørelsen, vil Sundhedsstyrelsen ikke foretage tilsyn før i 2012. Endvidere skal følgende kriterier være opfyldt:

- 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 Embedslægerens 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.

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.

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:

- Hos *alle* beboere skal der foreligge beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder for såvel den daglige stationære tilstand som for akut opstået problem.
- Der skal foreligge dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser vedrørende *alle* aftaler og kontrol af kroniske sygdomme.
- Opfølgning og evaluering af alt iværksat pleje og behandling skal være dokumenteret.
- Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling skal være angivet korrekt.
- Ved angivelse af indholdsstof på medicinlisten skal det være korrekt anført.
- Alle medicinordinationer/ -ændringer skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Alle doseringsæsker med ophældt medicin skal være mærket med beboerens navn og personnummer.
- Behandlingsindikation skal være anført i overensstemmelse med lægens angivelse.
- Det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår medicinskemaet sidst er revideret i samarbejde med den praktiserende læge.
- 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 være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

3 Tilsynet

Pandrup Plejecenter havde 31 beboere fordelt på tre afdelinger og tre etager.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med gruppelederen, 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 blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebenhov.

Der var ansat syv social- og sundhedsassistenter. I dagvagt og aftenvagt var der næsten altid bemanning med social- og sundhedsassistenter. Hjemmesygeplejen kunne tilkaldes for tilsyn, rådgivning og specifik

opgaveløsning hele døgnet, men overvejende i aften- og nattevagt samt weekend. Gruppelederen var sygeplejerske og superviserede som sådan den daglige pleje- og behandling hos beboerne.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Anbefalingerne ved tilsynet i 2009 var delvist fulgt. Der havde været kurser og sidemandsoplæring i dokumentation i den elektroniske omsorgsjournal, men der blev fortsat arbejdet med implementering af samtlige anbefalinger. Medicinhåndtering og dokumentation vedrørende patientrettigheder var diskuteret og systematiseret.

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 de 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 var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Det blev oplyst, at instruksen for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling var under revision herunder beskrivelse af vikarers kompetence, ansvar og opgaver samt regler for delegation.

I instruks for *plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling* var beskrivelsen af, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med kronisk sygdom beskrevet i forbindelse med terminal pleje.

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere i ringbind placeret i hvert grupperum. Ledelsen sikrer, at instrukserne er kendte og bliver fulgt af personalet ved regelmæssige drøftelser på plejemøder og ved behov.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne 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 elektronisk omsorgsjournal.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle optegnelserne indeholdt en aktuel helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede alle 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Beskrivelserne var ajourførte og fyldestgørende. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

I alle tre stikprøver var der rutinemæssigt en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap.

Hos beboere med kroniske sygdomme var næsten alle aftaler med den praktiserende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme beskrevet. Der manglede beskrivelse af blodtrykskontrol, og der manglede dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser for planlagt og udført kontrol hos egen læge, da dette alene var noteret i en fælles kalender.

De sygeplejefaglige optegnelser hos to af de tre beboere indeholdt en beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder. Der forelå endnu ikke ”døgnrytmeplaner” hos alle beboere, men udarbejdelse heraf hos samtlige beboere var godt i gang. Der manglede pleje- og behandlingsplan hos en af de tre beboere.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev ikke rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser. Der var flere eksempler på opfølgning og evaluering, men også på manglende opfølgning og evaluering. Eksempelvis fremgik det ikke, hvilke begrundelser der var for ændringer i behandlingen med medicin for demens eller for effekt af den ændrede behandling. Der manglede opfølgning på hudproblemer og på tyggeproblemer. Samtaler og vurdering vedrørende selvadministration af smertestillende medicin ved behov var ikke dokumenteret.

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.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Hos alle beboere skal der foreligge beskrivelse af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder for såvel den daglige stationære tilstand som for akut opstået problem.
- Der skal foreligge dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser vedrørende *alle* aftaler og kontrol af kroniske sygdomme.
- Opfølgning og evaluering af alt iværksat pleje og behandling skal være dokumenteret.

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

Medicinhåndtering

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

Dokumentationen af medicinordinationerne var ikke helt korrekt i de tre stikprøver. Der var flere systematiske fejl, bl.a. fremgik den ordinerende læges navn fremgik ikke på medicinlisten, men alene i den elektroniske omsorgsjournal, og personalet var ikke *konsekvent* opmærksom på at få valgt det korrekte navn på den ordinerende læge. Enkeltdosis og tidspunkt på indgift fremgik konsekvent på medicinlisten, men der var ikke specifik angivelse af døgndosis på medicinlisten, idet lægens ordination alene fremgik i den elektroniske del. Herudover var der et enkelt præparat, som ikke var anført med korrekt indholdsstof og behandlingsindikation var i flere tilfælde ikke anført som angivet af den ordinerende læge.

Der var i alle tre stikprøver overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin med undtagelse af et enkelt præparat. Ændring af ordinationen var ikke dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, men fremgik alene af medicinlisten. Der manglede derved tillige dokumentation for en begrundelse for ændringen, informeret samtykke til behandling, samt opfølgning og evaluering efter ændringen samt dokumentation for, at det var oplyst, at doseringsplastret kunne klippes i to dele for indgift af korrekt dosis.

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. Aktuell medicin blev rutinemæssigt opbevaret separat fra ikke aktuell medicin.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle tre stikprøver med undtagelse af doseringsæsker, der blev anvendt til ophældning af ugetabletter i én stikprøve. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

Det fremgik ikke rutinemæssigt i de tre stikprøver, hvornår medicinskemaet sidst var revideret i samarbejde med den praktiserende læge.

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

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling skal være angivet korrekt.
- Ved angivelse af indholdsstof på medicinlisten skal det være korrekt anført.
- Alle medicinordinationer/ -ændringer skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.
- Alle doseringsæsker med ophældt medicin skal være mærket med beboerens navn og personnummer.
- Behandlingsindikation skal være anført i overensstemmelse med lægens ordination.
- 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 tilfredsstillende. Der kunne være dog være problemer med at opnå telefonisk kontakt med lægerne og aktuelt var elektronisk kontakt ikke mulig. Der var ikke problemer med sygebesøg. Ved indhentning af oplysninger og revision af medicinlisten skulle der betales for at få oplysningerne, når der ikke var præsenteret en klinisk problemstilling som begrundelse for henvendelsen.

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 plejehjemmet 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 helbredsmæssige interesser. Det fremgik 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.

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.

Afvielser 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 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. 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. Der blev konsekvent udregnet BMI. 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. Der var etableret funktion med nøgleperson for ernæringen, og der havde været afviklet undervisning vedrørende ernæring.

I stikprøverne forelå dokumentation for kostplan-ernæringsplan. Det blev ikke rutinemæssigt dokumenteret, hvis en beboer havde fravalgt tilbud om vejning.

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 én beboer med ernæringssonde. Personale, der gav sondemad, var undervist og oplært i dette og førte regnskab med indgift af sondemad og væske.

Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af personalet ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Der var tæt kontakt til terapeuter. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning i egen bolig eller visiteret til træningslokale. Det var muligt at rekvirere træningsudstyr – eksempelvis cykler. Det blev oplyst, at resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne havde ingen beboere specielt tilbud om træning.

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 rutinemæssigt af de sygeplejefaglige optegnelser.

Afvigelse fra gældende regler medfører følgende krav:

- 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 plejehjemmet ikke var indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed, men på én etage var lokalerne ikke tidssvarende, men der var taget hånd om problematikken.

Kvalitetssikring og egenkontrol

Plejhjemmet havde en central registrering af fejl og mangler ved medicinbehandling, fald og ulykker.

Der foregik ikke en systematisk opfølgning af fejl og mangler for hele plejhjemmet med henblik på forebyggelse. Der var opfølgning på de konkrete tilfælde.

Gruppenleder oplyste, at der ikke blev foretaget en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation, men at dette var under planlægning. Ved vurderingen ville der blive anvendt 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, plejeboligbebyggelse og tilsvarende boligenheder. Denne vejledning kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk. Af vejledningen fremgår det, at tilsynet alene omfatter den sundhedsfaglige indsats.