

Tilsynsrapport 2010

Opfølgende besøg

Aabybro Plejecenter

Adresse: Vestergade 30, 9440 Aabybro

Kommune: Jammerbugt

Leder: Forstander/ social og sundhedsassistent Gitte Pedersen

Dato for opfølgende tilsyn: 11.11.2010

Telefon: 98 24 21 55

E-post: abp@diakon.dk

Opfølgende tilsyn 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

Opfølgning på Sundhedsstyrelsens uanmeldte tilsyn

Ved det ordinære tilsyn den 16. og 17. marts 2010 vurderede Sundhedsstyrelsen, at Aabybro Plejecenter ikke fungerede tilfredsstillende på det sundhedsfaglige område. Dokumentationen var mangelfuld og uoverskuelig og forelå på forskellige steder og i forskellige systemer og det var vanskeligt hurtigt at få et overblik over en beboeres helbredsmæssige problemer og væsentlige helbredsmæssige oplysninger gik tabt og der var risiko for, at beboeren ikke fik den nødvendige pleje og behandling. Der var fejl og mangler i medicinbehandlingen og der blev anvendt flere udgaver af medicinlisten hos de enkelte beboere. De fleste af tilsynets krav var givet som anbefalinger ved det ordinære tilsyn i 2009, hvor der også blev fundet alvorlige fejl og mangler.

I forbindelse med det opfølgende tilsyn blev der afholdt samtale med forstanderen, som orienterede om, hvilke ændringer, der var sket vedrørende det sundhedsfaglige område siden det ordinære uanmeldte tilsyn. Forstanderen oplyste, at hele tilsynsrapporten var blevet gennemgået med sygeplejersken og alle social- og sundhedsassistenterne, som optakt til arbejdet med tilsynets anbefalinger. Aabybro Plejecenter havde taget medicinskema fra den elektroniske omsorgsjournal Uniq omsorg i anvendelse. Systemet med de sygeplejefaglige optegnelser var ændret, og der var udarbejdet nye standardskemaer/ -formularer. Social- og sundhedsassistenternes ansvar var blevet præciseret, og der var blevet arbejdet systematisk og målrettet med implementering af samtlige krav.

Kravene fra det ordinære tilsyn i 2010 blev herefter gennemgået med forstanderen og den sygeplejefaglige dokumentation og medicinbehandlingen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere.

Konklusion vedrørende det opfølgende tilsyn

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering ved det opfølgende tilsyn, at Aabybro Plejecenter havde arbejdet konstruktivt med Sundhedsstyrelsens krav, og der som følge heraf var sket forbedringer på samtlige sundhedsfaglige områder og de sundhedsadministrative forhold var forbedret.

Kvaliteten af de sundhedsfaglige forhold, specielt omkring dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser og dele af medicin håndtering var forbedret betragteligt, ligesom der var nogen forbedring ved de sundhedsrelaterede forhold omkring ernæring og tryksår.

Der var imidlertid fortsat behov for en fokuseret indsats vedrørende udarbejdelse af *mere fyldestgørende* beskrivelser af de sygeplejefaglige problemområder, oversigt over den enkeltes sygdomme og handicap, pleje – og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder, dokumentation vedrørende opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling og opmærksomhed på sammenhænge/ overensstemmelser mellem problembeskrivelser, observationer, pleje og behandling.

Angående medicin håndteringen skal der uændret være opmærksomhed på en korrekt dokumentation på medicinskema samt kontrol af om lægens ordination på label på medicinemballage var enslydende med de anførte oplysninger på medicinskemaet eller at evt. ændringer var dokumenteret i journalen.

Der skal fortsat være fokus på rutinemæssig og konsekvent dokumentation vedrørende informeret samtykke, information og tilkendegivelser herpå samt de ernæringsmæssige forhold og vurdering af risiko for tryksår.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af det opfølgende tilsyn nedenfor. Kravene fra det ordinære tilsyn er anført med kursiv, hvorefter det er beskrevet, hvordan plejehjemmet har fulgt op på kravene og resultatet af de tre stikprøvekontroller.

1. Sundhedsadministrative forhold

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At de instrukser, hvor indholdet ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens regler og/eller beskriver aktuel praksis, skal revideres – alternativt skal praksis ændres.*
- *At personalet skal kende de sundhedsfaglige instrukser og følge dem i det daglige arbejde.*

Kravene var fulgt, idet instrukserne var blevet revideret og gennemgået med personalet. Der var stillet krav om, at personalet skulle gennemlæse alle instrukser og med sin underskrift kvittere herfor. Der var planlagt systematisk gennemlæsning og drøftelse af instrukserne en gang i kvartalet.

2. Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At de sygeplejefaglige optegnelser skal føres ét sted (i én journal).*

- *At der skal foreligge en helhedsvurdering med ajourførte og fyldestgørende beskrivelser af samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, som fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, således at det tydeligt fremgår, om beboeren har potentielle og/ eller aktuelle problemer.*
- *At der skal foreligge en oversigt over beboerens aktuelle sygdomme og handicap.*
- *At der skal foreligge ajourførte og fyldestgørende pleje- og behandlingsplaner for såvel den daglige stationære tilstand som for akut opstået problem.*
- *At der skal være dokumentation for opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling.*
- *At de sygeplejefaglige optegnelser skal opbevares, så det sikres at uvedkommende ikke har adgang til dem.*
- *At alle ark i de sygeplejefaglige optegnelser skal:*
 - *have anført beboerens navn og personnummer, personnummer,*
 - *have datering med dag, måned og år på alle notater (inkl. pleje- og behandlingsplaner),*
 - *alle notater (inkl. pleje- og behandlingsplaner) skal være signerede,*
 - *rettelser skal være foretaget, så den oprindelige tekst fremgår, og rettelserne skal være signerede (minus brug af blyant).*

Det blev oplyst, at der var udarbejdet nye skemaer/ formularer til helhedsvurdering, pleje- omsorgsplan for den daglige stationære tilstand, plejeplaner for midlertidige/ specifikke problemområder samt daglige notater, observationsskemaer/ behandlingsskemaer m.v.. Det blev videre oplyst, at udformningen af nogle skemaer/ formularer ville blive tilpasset en mere hensigtsmæssig anvendelse i det daglige arbejde. Der pågik fortsat drøftelser herom relateret til de gældende regler jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om de sygeplejefaglige optegnelser.

De sygeplejefaglige optegnelser for samtlige beboere blev opbevaret samlet i *et* ringbind i en skuffe i kontorområdet med undtagelse af pleje- og omsorgsplaner for den daglige stationære tilstand, som blev opbevaret samlet i *et andet* ringbind og dagligt medtaget i boligen i forbindelse med den daglige pleje og behandling. (Medicinskema blev opbevaret i beboerens bolig).

Der var god orden og overskuelighed i de sygeplejefaglige optegnelser, men uhensigtsmæssigt, at optegnelser knyttet til den enkelte beboer fortsat ikke blev opbevaret samlet ét sted (i ét ringbind), men i to forskellige ringbind samt i beboerens bolig. En samlet opbevaring var et fremadrettet mål i en fortsat proces med den omfattende ændring i føringen af de sygeplejefaglige optegnelser, som allerede *var* effektueret.

Ved gennemgang af stikprøverne fremgik det, at alle tre stikprøver indeholdt en aktuell beskrivelse af samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, der er beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Der var flere eksempler på fyldestgørende og ajourførte beskrivelser, men også eksempler på beskrivelser, som var mangelfulde i forhold til beskrivelse af beboerens konkrete situation. I en enkelt helhedsvurdering manglede beskrivelse vedrørende hørelse og et sår var ikke præcist beskrevet med hensyn til størrelse, udseende m.v..

I alle tre stikprøver var der beskrivelse af *nogle* af beboernes sygdomme og handicap, men beskrivelserne forelå ikke som en samlet oversigt og nogle sygdomme fremgik alene indirekte via medicinliste. Der manglede bl.a. en beskrivelse af diabetes, blodprop og stofskiftesygdomme.

Det fremgik tydeligt af dokumentationen, hvilke aftaler der var med den behandlende læge om kontrol mv. af beboernes kroniske sygdomme.

I alle tre stikprøver var der konsekvent udarbejdet pleje- og behandlingsplaner i relation til de *fleste* af beboerens sygdomme og sundhedsfaglige problemområder. Der manglede for eksempel en beskrivelse vedrørende pleje og behandling af psykiske problemer. Den daglige stationære pleje og behandling var beskrevet i pleje- og omsorgsplaner. Pleje- og behandling for akut opstået problem blev beskrevet enten i en specifik plejeplan eller i de daglige notater. Det var ikke helt tydeligt, hvilke plejeplaner, der var aktuelle, og hvilke der var afsluttet. I enkelte tilfælde var indikation for pleje og behandling ikke anført.

For nogle sundhedsfaglige problemer forelå dokumentation for opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling, men dette var ikke konsekvent anført. Eksempelvis manglede opfølgning efter medicinændring samt evaluering af sårpleje.

Alle ark var påført navn og personnummer. Alle notater var anført med kuglepen, datering og signatur.

De sygeplejefaglige optegnelser blev opbevaret utilgængeligt for uvedkommende med undtagelse af en enkelt opslået kalenderbog, som lå frit tilgængelig på et skrivebord, selvom den indeholdt helbredsmæssige oplysninger om beboere.

Det blev oplyst, at der blev arbejdet med at få mere systematik og stringens i anvendelse af plejeplaner og overensstemmelse mellem problemer beskrevet i helhedsvurdering og den i pleje- og omsorgsplanen beskrevne pleje- og behandling samt dokumentation for opfølgning og evaluering. Det skal hertil anføres, at der tillige skal være sammenhæng/ overensstemmelse med oversigt over beboerens aktuelle sygdomme og handicap jf. oplysninger på medicinskema.

Medicinhåndtering

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At der skal anvendes enstrenget medicinhåndtering.*
- *At dokumentation af medicinordinationer skal indeholde: Ordinationsdato for alle præparater/ den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling/ enkeltdosis og døgn dosis samt behandlingsindikation for alle præparater.*
- *At der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.*
- *At antallet af tabletter angivet i medicinskemaet skal være i overensstemmelse med antallet af tabletter i alle doseringsæsker.*
- *At alle doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt.*
- *At det skal fremgå at de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår egen læge sidst har revideret medicinlisten.*

Det blev oplyst, at kravene var blevet fulgt. Der blev anvendt enstrenget medicinhåndtering, eftersom medicinskema nu blev uarbejdet via den elektroniske omsorgsjournal og opbevaret sammen med medicinen i

beboerens bolig. Der blev udført stikprøvekontroller og personalet kontrollerede antal tabletter i doseringsæsker for overensstemmelse med antal tabletter i medicinskema.

I stikprøverne var dokumentationen af medicinordination fortsat ikke helt korrekt grundet tekniske forhold. Den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling blev ikke anført på medicinskema. Navnet fremgik af den elektroniske omsorgsjournal, og personalet skulle ved angivelse af en ordination være opmærksom på, at vælge den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling korrekt fra en ”rulleliste” med muligheder for valg. Ligeledes fremgik enkeltdosis og døgndosis ikke rutinemæssigt, idet lægens ordination (fx *1 tablet 2 gange dagligt*) ikke var anført på medicinskema for samtlige præparater. Både generisk navn og handelsnavn var anført, men det var ikke konsekvent det *aktuelle handelsnavn*, der fremgik. Behandlingsindikation var anført for alle præparater.

I en stikprøve var der ikke overensstemmelse mellem lægens medicinordination og ordinationen på medicinskemaet, idet der var anført indgift henholdsvis 2 gange og 3 gange dagligt.

Der var overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet på medicinskema og antal tabletter i doseringsæsker i alle tre stikprøver.

Alle doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt.

I en stikprøve fremgik det hvornår egen læge sidst havde revideret medicinlisten. I de to øvrige stikprøver var dette planlagt, men endnu ikke udført.

Patientrettigheder

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At det skal fremgå af dokumentationen hos alle beboere, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser.*
- *At informeret samtykke til behandling skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information.*

Kravene var blevet fulgt, idet personalet var gjort opmærksom på, at der skulle dokumenteres således, at det klart fremgik af dokumentationen, at reglerne om beboernes retsstilling blev overholdt.

Det fremgik af dokumentationen i alle tre stikprøver, i hvilket omfang beboeren var i stand til at varetage egne helbredsmæssige interesser, men oplysningen med fordel kunne tydeliggøres i forhold til, at der var fokus på evne til at give informeret samtykke. Der forelå i alle tre stikprøver nogle eksempler på dokumentation for, at der var indhentet informeret samtykke til pleje og behandling, mens dokumentation for beboerens og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information generelt var mangelfuld.

3. Sundhedsrelaterede forhold

Hygiejne

Sundhedsstyrelsen havde ingen krav efter det uanmeldte tilsyn og ved det opfølgende tilsyn blev der fortsat ikke observeret personale med smykker og ur på hænder og underarme.

Ernæring

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At de sygeplejefaglige optegnelser skal indeholde dokumentation for ernærings-/ kostplan hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov samt for opfølgning og vurdering heraf.*

Forstanderen oplyste, at det endnu ikke var rutine, at alle beboerne blev tilbudt at blive vejlet ved indflytningen og regelmæssigt herefter, men at beboere med *særlige* ernæringsmæssige problemer fik tilbud om kontrol af vægten.

I stikprøverne forelå dokumentation for ernærings-/ kostplan hos to beboere med særlige ernæringsmæssige behov samt dokumentation for opfølgning og vurdering heraf hos den ene beboer inkl. vægtekontrol.

Aktivering og mobilisering

Sundhedsstyrelsen fandt ved det ordinære tilsyn anledning til følgende krav:

- *At vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår skal være dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.*

Kravet var blevet fulgt. Det blev supplerende oplyst, at der var god dialog med fysioterapeuterne hos de beboere, som havde behov for træning, men der var ingen faste aftaler omkring dokumentationen heraf. Ved det opfølgende tilsyn blev det drøftet, at det vil være hensigtsmæssigt, at plejepersonalet kender træningstilbuddet med henblik på mulighed for at øge effekten af den fysiske træning ved at inddrage elementer heraf i de daglige aktiviteter med beboeren efter aftale med terapeuten.

I stikprøverne var alle tre beboeres aktuelle funktionsniveau beskrevet, og der forelå dokumentation for træningstilbud og for effekten heraf i en stikprøve, hvor det var aktuelt.

I en af de tre stikprøver var vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

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.