

Tilsynsrapport 2010

Aabybro Plejecenter

Adresse: Vestergade 30, 9440 Aabybro

Kommune: Jammerbugt

Leder: Forstander/ social- og sundhedsassistent Gitte Petersen

Dato for tilsynet: 16.og 17.3.2010

Telefon: 98 24 21 55

E-post: abp@diakon.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 alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden.

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

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at personalet havde behov for en gennemgang af formål med journalføring samt en tydeliggørelse af hvilke krav, der skal være opfyldt for, at dokumentation af sundhedsfaglige forhold er i overensstemmelse med de gældende regler.

Det var ligeledes Sundhedsstyrelsens vurdering, at anvendelse af ny skabelon for helhedsvurdering og revision af *samtlig*e pleje- og behandlingsplaner var påkrævet snarest muligt af hensyn til at sikre patientsikkerheden tillige med overgang til enstrenget medicinhandling for *samtlig*e beboere for at reducere fejl og mangler ved medicinhandlingen.

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejecentret 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 plejecentret følger op på påviste fejl og mangler ved tilsynsbesøget.

På baggrund af mangelfuld implementering af handleplan fremsendt til embedslægerne efter det uanmeldte tilsyn i 2009 samt fejl og mangler ved dette års tilsyn, vil embedslægerne foretage et opfølgende besøg i efteråret 2009.

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:

- De instrukser, hvor indholdet ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens regler og/eller beskriver aktuel praksis, skal revideres – alternativt skal praksis ændres.
- Personalet skal kende de sundhedsfaglige instrukser og følge dem i det daglige arbejde.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal føres ét sted (i én journal).
- 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.
- Der skal foreligge en oversigt over beboerens aktuelle sygdomme og handicap.
- Der skal foreligge ajourførte og fyldestgørende pleje- og behandlingsplaner for såvel den daglige stationære tilstand som for akut opstået problem.
- Der skal være dokumentation for opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal opbevares, så det sikres at uvedkommende ikke har adgang til dem.
- 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).
- Der skal anvendes énstrenget medicinhandling.
- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde: Ordinationsdato for alle præparater/ den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling/ enkelt dosis og døgndosis samt behandlingsindikation for alle præparater.
- Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.
- Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet skal være i overensstemmelse med antallet af tabletter i alle doseringsæsker.
- Alle doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt.

- Det skal fremgå at de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår egen læge sidst har revideret medicinlisten. 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.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal indeholde dokumentation for ernærings-/ kostplan hos beboere med særlige ernæringsmæssige behov samt for opfølgning og vurdering heraf.
- 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

Aabybro Plejecenter havde 45 beboere fordelt i fem leve-boenheder og tre grupper: Vestgangen, Østgangen og Østerbo, som havde 8 boliger til borgere med demens.

Aabybro Plejecenter var fortsat en selvejende institution under Danske Diakonhjem og med driftsaftale med Jammerbugt Kommune.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med forstander og afdelingssygeplejerske. 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 plejebestanden.

Der var ansat én afdelingssygeplejerske og flere social- og sundhedsassistenter. Afdelingssygeplejersken var ansvarlig for sygeplejefaglige forhold. Der var altid social- og sundhedsassistenter i dag- og aftenvagter. Hjemmesygeplejen kunne tilkaldes i akutte situationer for tilsyn, rådgivning og specifik opgaveløsning på tidspunkter, hvor den tilknyttede sygeplejerske ikke var til stede og/ eller der ikke var social- og sundhedsassistenter på vagt eller der opstod situationer, som lå uden for social- og sundhedsassistenternes kompetence, ansvar og opgaver.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Anbefalingerne ved tilsynet i 2009 var forventet fulgt, idet der var udarbejdet en handleplan, som var fremsendt til Sundhedsstyrelsen ved embedslægerne Nordjylland, hvorefter der ikke blev fundet grundlag for et opfølgende besøg i 2009.

Efter det oplyste var handleplanen blevet fulgt. Der havde været drøftelse på diverse møder på plejecenteret ligesom instrukser og øvrige materialer var blevet revideret. Det blev tillige oplyst, at det primært var afdelingssygeplejerske og gruppeledere, der var ansvarlige for opfølgning på punkterne i den udarbejdede handleplan. Det blev ligeledes oplyst, at implementering af handleplanen foregik kontinuerligt.

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, 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.

Forstanderen oplyste, at plejecentret havde skriftlige instrukser for alle fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for. Instrukserne var under fortsat implementering blandt personalet på plejecentret.

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 delvist var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Instruksen for de *sygeplejefaglige optegnelser* manglede en beskrivelse af personalets opgaver og ansvar, krav til indhold og systematik samt opbevaring tilpasset det aktuelt anvendte system (kardex-system/kontaktbog m.m.) til dokumentation af sygeplejefaglige optegnelser.

Instruksen for *medicinhåndtering* manglede en beskrivelse af dokumentation af medicinordinationer på medicinlisten og den aktuelle praksis, som ikke fremgik af instruksen.

Instruksen for *plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling* beskrev hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med akut og kronisk sygdom samt terminal behandling.

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere. Det blev oplyst, at ledelsen sikrer, at instrukserne er kendte og bliver fulgt af personalet gennem observationer og tilbagemeldinger i det daglige arbejde samt deltagelse i gruppemøder og opfordringer til personalet om at gøre sig bekendt med indholdet i instrukserne.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var i nogen grad orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne delvist 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.

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

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

5 Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i forskellige systemer i de tre grupper. Overordnet blev anvendt kardex, kontaktbog, behandlingssedler og separate medicinlister dvs. op til fire systemer til journalføring hos den enkelte beboer.

I lighed med tilsynet i 2009 havde beboerne i boenhed for demente hver ét kardex og én kontaktbog. I øvrige boenheder var der ét kardex med adskilte oplysninger om samtlige beboere, suppleret med ét ringbind med samtlige beboeres medicinlister og suppleret med en personlig kontaktbog i beboerens bolig, samt evt. separate behandlingsplaner i boligen og evt. oplysninger om kostplan i køkkenet.

Ved tilsynet i juli 2009 blev det oplyst, at overgang til elektronisk omsorgsjournal var nært forestående, men plejecenteret havde netop fået orientering om, at der fra kommunal side *ikke* ville blive planlagt og indført elektronisk omsorgssystem som tidligere planlagt, hvorfor forstanderen aktuelt havde taget kontakt til Danske Diakonhjem med henblik på den videre plan angående overgang til elektronisk omsorgssystem.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. I de tre optegnelser var der anvendt forskellige skabeloner til udarbejdelse af helhedsvurderingen, og ingen af dem var i overensstemmelse med den foreviste skabelon. Det blev efterfølgende oplyst, at denne skabelon fortsat var under revision og derfor *ikke* taget i brug. Aktuelt blev der anvendt forskellige skabeloner i de tre grupper.

Én af optegnelserne indeholdt en aktuell helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede samtlige 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. De to øvrige optegnelser indeholdt beskrivelser af enkelte områder og en afkrydsning af syv områder i én af to rubrikker: *problem* eller *ej problem*. En afkrydsning i *problem* medførte ikke nødvendigvis en beskrivelse af, hvori problemet bestod. Ved afkrydsning i *ej problem* var beskrivelsen i flere tilfælde ikke i overensstemmelse med øvrige oplysninger om beboerens helbredstilstand og helbredsproblem knyttet til det aktuelle problemområde. De fleste problemområder var ikke beskrevet fyldestgørende og flere manglede ajourføring. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling. Eksempelvis skal helhedsvurderingen danne udgangspunkt for udarbejdelse af pleje- og behandlingsplaner, og der skal være overensstemmelse i oplysningerne.

Ingen af de tre stikprøver indeholdt en oversigt over beboernes aktuelle sygdomme og handicap. Der manglede beskrivelser af flere sygdomme, som beboerens aktuelt fik medikamentel behandling af, eksempelvis depression, for højt blodtryk og andre sygdomme. Der manglede systematik for konkret placering af disse oplysninger i de sygeplejefaglige optegnelser.

Hos beboere med kroniske sygdomme var det beskrevet, hvilke aftaler der var med den praktiserende læge om kontrol mv. af de kroniske sygdomme. Beskrivelser af aftalerne fremstod ikke nødvendigvis samlet og ét bestemt sted i de sygeplejefaglige optegnelser, hvilket gjorde det svært at få et overblik over aftalerne.

De sygeplejefaglige optegnelser hos de tre beboere indeholdt i alle tre stikprøver en døgnrytmeplan. Døgnrytmeplanen indeholdt nogle pleje- og behandlingsplaner, men der manglede flere fyldestgørende beskrivelser af pleje- og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige

problemområder. Der var for eksempel ikke en beskrivelse af problemer vedrørende episoder med uro hos en dement beboer eller hos beboer med alvorlige taleproblemer eller vejrtrækningsproblemer. For enkelte problemer var dog udarbejdet en separat behandlingsplan eksempelvis vedrørende hudproblemer. Som tidligere nævnt var der eksempler på manglende overensstemmelse til oplysninger i helhedsvurderingen, ligesom der i flere tilfælde manglede indikation (begrundelse) for pleje- og behandling.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling var beskrevet i enkelte tilfælde, men blev ikke rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser. Eksempelvis fremgik det ikke, hvilken effekt der var af behandling af hudproblemer eller effekt af kostændring.

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 nul til fire af de relevante målepunkter opfyldt i de tre stikprøver.

Flere notater med blyant. Kontaktbogen indeholdt helhedsvurdering og døgnrytmeplan samt afsnit med notater til og fra pårørende, hvorved de sygeplejefaglige optegnelser ikke blev opbevaret utilgængeligt for uvedkommende.

De sygeplejefaglige optegnelser blev ikke ført ét sted, idet der blev anvendt forskellige systemer til dokumentation af de forskellige områder i de sygeplejefaglige optegnelser, og noget blev opbevaret på kontoret og noget andet i boligen.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- De sygeplejefaglige optegnelser skal føres ét sted (i én journal).
- 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.
- Der skal foreligge en oversigt over beboers aktuelle sygdomme og handicap.
- Der skal foreligge ajourførte og fyldestgørende pleje- og behandlingsplaner for såvel den daglige stationære tilstand som for akut opstået problem.
- Der skal være dokumentation for opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling.
- De sygeplejefaglige optegnelser skal opbevares, så det sikres at uvedkommende ikke har adgang til dem.
- Alle ark i de sygeplejefaglige optegnelser skal:
 - ✓ have anført beboers navn og 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).

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

Medicinhåndtering

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

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

- Dato for ordination ved alle præparater på medicinlisten.
- Den ordinerende læges navn (undtagen ved pn-medicin i en enkelt stikprøve).
- Enkeltdosis og maksimal døgndosis undtagen i en enkelt stikprøve, hvor medicinlisten var udarbejdet elektronisk.
- Behandlingsindikation for samtlige præparater.

Der blev kun anvendt énstrenget medicinhåndtering i én enkelt stikprøve i den boenhed, hvor medicinlister kunne udarbejdes elektronisk. I en anden stikprøve forelå alle medicinlister samlet i et ringbind og medicinordinationer var overført til et medicinkort placeret ved doseringsæskerne, og pn-medicin var alene anført i kardex og ikke på medicinliste. I den tredje stikprøve forelå medicinliste i hver enkelt beboers kardex samt medicinkort ved doseringsæsker.

Der var i én af stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin. I en stikprøve var et præparat anført på medicinkort, men ikke på medicinliste.

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

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboers medicinbeholdning i alle stikprøver. I de tre stikprøver var der ikke eksempler på, at aktuel medicin blev opbevaret separat fra ikke aktuel medicin. Det blev oplyst, at der blev anvendt et system, der skulle sikre, at der kun var anbrud af én pakning af hvert præparat ad gangen.

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i to af tre stikprøver. Der var anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

I en af 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.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- Der skal anvendes énstrenget medicinhåndtering.
- Dokumentation af medicinordinationer skal indeholde: Ordinationsdato for alle præparater/ den ordinerende læges navn/ sygehusafdeling/ enkeltdosis og døgndosis samt behandlingsindikation for alle præparater.
- Der skal være overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.

- Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet skal være i overensstemmelse med antallet af tabletter i alle doseringsæsker.
- Alle doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt.
- Det skal fremgå at de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår egen læge sidst har revideret medicinlisten.

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 almindeligvis 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 sygehusene fik plejecentret som regel 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

Plejecentret havde en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser. Det ville derved fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, om det var beboeren selv eller en pårørende/værg, der gav informeret samtykke til behandling, men denne rutine var ikke anvendt i to stikprøver.

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. I stikprøverne var der ingen eksempler på dokumentation vedrørende informeret samtykke til behandling, information eller tilkendegivelser.

Ved samtalerne blev det oplyst, at hvis en beboer ikke ønskede at blive behandlet, blev pårørende/værg 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 ikke rutinemæssigt noteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

Efter det oplyste blev beboernes krav på sundhedspersonalets tavshed om helbredsforhold efterkommet.

Afvielser 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

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. Det blev oplyst, at det forekom, at enkelte personalemedlemmer ikke rutinemæssigt fulgte reglerne om håndhygiejne og dermed undlod at bære ringe på hænderne. Der var mulighed for at vaske hænder men ikke anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der var engangshåndklæder og engangshandsker.

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 ikke rutinemæssigt fik tilbud om at blive vejlet, når de flyttede ind på plejecentret og heller ikke efterfølgende. Dette blev begrundet med, at plejecenteret ikke havde en vægt til rådighed. For beboere med særlige ernæringsmæssige behov blev der i nogle tilfælde udarbejdet en kostplan/ernæringsplan. Planen blev ikke systematisk 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 var der mangelfuld dokumentation for kostplan/ ernæringsplan hos beboere med 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 to beboere med ernæringssonde. Personale, der gav sondemad, var undervist og oplært i dette og førte regnskab med indgift af sondemad og væske.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

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

Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af plejepersonale evt. i samarbejde med tilknyttede ergoterapeut ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning i egen bolig eller gangarealer. Det blev oplyst, at resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne forelå 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 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.

Afvigelser 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 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.

Forstanderen oplyste, at der *ikke* med regelmæssige intervaller blev foretaget en systematisk vurdering af 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.