

Tilsynsrapport 2013

Den 7. januar 2014
Sagsnr. 5-2211-2427/1

Pleje- og aktivitetscenter Lystholm

Adresse: Lystholm 20, 3480 Fredensborg

Kommune: Fredensborg

Leder: Kirsten Pedersen

Telefon: 72 56 20 21

E-post: lystholm@fredensborg.dk

Dato for tilsynet: 03. oktober 2013

SST-id: PHJSYN-00004612

P-nr.: 1003277220

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Helle Lerche Nordlund

Plejehjemstilsynet i 2013

I forbindelse med tilsynet i 2013 vil der blive taget stilling til, om plejehjemmet skal have tilsyn i 2014.

Hvis plejehjemmet ikke skal have tilsyn i 2014, vil det fremgå af tilsynsrapporten. De plejehjem, der ikke får tilsyn i 2014, vil få tilsyn i 2015. Der vil dog blive gennemført ordinært tilsyn såfremt forholdene på plejehjemmet ændres efterfølgende.

Der vil blive gennemført ordinært tilsyn, hvis der har været klagesager på plejehjemmet med mistanke om patientsikkerhedsmæssige risici, eller der har været faglige tilsynssager eller andre sager af betydning for de sundhedsfaglige forhold.

Der vil ligeledes blive gennemført ordinært tilsyn, såfremt kommunen har meddelt embedslægerne, at der er fundet alvorlige problemer eller sket væsentlige ændringer siden dette års tilsyn, dvs. fx ny daglig ledelse, større personaleudskiftning eller lignende.

Konklusion

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden.

Der blev fundet fejl og mangler indenfor områderne, dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser, medicinhandling, patientrettigheder og ernæring.

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen og personalet havde arbejdet konstruktivt og målrettet for at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav ved tilsynet i 2011. Lystholm havde ikke haft tilsyn i 2012.

Ved tilsynet kunne det konstateres, at en del af Sundhedsstyrelsens krav var opfyldt. Der var fortsat behov for en indsats vedrørende ovenstående områder, med særlig fokus på brugen af PEM i forbindelse med dokumentation af medicinordinationer.

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

Som driftsansvarlig myndighed er Fredensborg 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.

Afviigelser fra gældende regler på sundhedsområdet 2013.

Sundhedsstyrelsen har ved tilsynet fundet afviigelser fra gældende regler inden for sundhedsområdet, som giver anledning til følgende krav:

- at aktuel pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer

- at opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling er beskrevet
- at korrekt dato for ordination fremgår af medicinlisten
- at korrekt enkeltdosis og døgndosis samt tidspunkt for indgift fremgår af medicinlisten
- at ophældt p.n. medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med beboers navn, personnummer, præparatets navn, styrke, dosis, ophældningsdato og udløbsdato
- at der er anbrudsdato på medicinske salver og dråber
- at medicinlisten er ført entydigt og systematisk
- at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, ligesom beboernes og de pårørendes tilkendegivelser på baggrund af den givne information
- at ernæringsplaner systematisk bliver evalueret

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor. Næste tilsyn forventes gennemført i 2014.

Tilsynet

Pleje- og aktivitetscenter Lystholm havde 40 boliger fordelt på to huse. Der var en gruppeleder for hvert hus og en sygeplejerske, der arbejdede på tværs af husene. Det blev oplyst, at personalet ansat i dagvagt også havde planlagte aftenvagter, ligesom aftenvagterne havde dagvagter. Nattevagterne dækkede hele huset og fik hjælp fra sygeplejersken på Rehabiliteringsafdelingen ved behov.

Der blev arbejdet med forebyggelse af sygdom og (gen)indlæggelser og personalet havde været på kursus i ”Det nære Sundhedsvæsen”. Der blev ligeledes arbejdet med ”Projekt Jobrotation” hvor social- og sundhedshjælpere kom på uddannelse til social- og sundhedsassistenter. Der var i kommunen udarbejdet profil for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, og man var i gang med profilen for social- og sundhedshjælperne.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med lederen af plejehjemmet og en sygeplejerske, der orienterede om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besøgt. Der var samtale med enkelte ansatte og beboere. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicinbehandlingen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebestanden.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Det blev oplyst, at der på baggrund af de krav der blev stillet ved tilsynet i 2011 var udarbejdet en handleplan. Planen var fulgt og kravene vedrørende den sundheds-

faglige dokumentation, medicinhåndtering og ernæring var implementeret i det daglige arbejde.

Sundhedsadministrative forhold

Instrukser

Alle plejehjem skal have instrukser for de fem områder, der er nævnt nedenfor. Det fremgår af afsnittet ”Sundhedsfaglige instrukser” i det vedlagte afrapporterings-skema. De fem områder er:

1. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling
2. Personalets 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, hvornår den er blevet ajourført, samt hvem der er ansvarlig for instruksen.

Det blev oplyst, at plejehjemmet havde skriftlige instrukser for alle de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere i mapper i hver gruppe. Nye instrukser og ændringer blev introduceret personalemøder. Nyansatte blev introduceret til instrukserne.

Instrukserne blev udarbejdet centralt i kommunen af en gruppe sammensat på tværs af plejehjemmene. Gruppen var ansvarlig for udarbejdelse af nye instrukser og revision af eksisterende.

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.

Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i en elektronisk journal.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle optegnelserne indeholdt en aktual vurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede alle de sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrel-

sens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, og som tilsynet omfatter. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

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

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

De sygeplejefaglige optegnelser hos de tre beboere indeholdt ikke konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandling af beboernes sundhedsproblemer. Der var for eksempel ikke en fyldestgørende beskrivelse af behandling i forbindelse med psykisk sygdom.

Indikationen for behandlingen fremgik af alle stikprøver.

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 for infektionssygdomme, og der manglede opfølgning på lavt blodtryk.

Vedrørende opbevaringen af de sygeplejefaglige optegnelser og den måde, notaterne blev skrevet på (angivelse af beboers navn og personnummer, dato for notaterne, oplysninger om, hvem der har skrevet notaterne og foretaget rettelserne), var alle relevante målepunkter opfyldt i de tre stikprøver.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at aktuel pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- at opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling er beskrevet

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

Medicinhåndtering

Plejehjemmet anvendte dosispakket medicin fra apoteket og medicin doseret i doseringsæsker af personalet. Plejecentret anvendte PEM (personlig elektronisk medicinprofil) i forbindelse med dokumentation af medicinordinationer.

Dokumentationen af medicinordinationerne var ikke korrekt i de tre stikprøver. Ordinationsdatoen var i flere tilfælde ikke dokumenteret korrekt, idet der eksempelvis ved samme præparat kunne være tre datoer – en ”gyldig fra” 04-08-11, en doseringsændringsdato 05-09-13 og i bemærkningsfeltet 29-01-13. Ordinationen var 6 ml x 2, men under tidspunkt var dokumenteret: 4 ml kl. 8 og 4 ml kl. 12.

Manglende systematik og entydighed i dokumentationen af medicinordinationer på medicinlisten giver risiko for fejlmedicinering.

Det blev som ved tilsynet i 2011 drøftet, at det er vigtigt at kontrollere om de oplysninger der overføres automatisk til beboerens journal via PEM, efterlever Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, således at dokumentationen for hvert præparat fremstår entydigt.

Der var i alle stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinlisten anførte medicin. Dog var der i én af stikprøverne uklarhed om dokumentation af en ordination, dette blev efterfølgende afklaret og dokumentret korrekt.

Antallet af tabletter angivet i medicinlisten var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæske/doseringsposerne i de tre stikprøver.

I alle tre stikprøver fremgik det, hvornår den behandlende læge sidst havde gennemgået beboerens medicin.

Medicinen blev opbevaret forsvarligt. Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i de tre stikprøver.

Aktuel medicin blev holdt adskilt fra ikke aktuel medicin. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning i alle stikprøver.

Ophældt pn. medicin var doseret i ordinerede doser mærket med beboerens navn og personnummer, præparatets navn, styrke, dosis, udløbsdato, men manglede i én stikprøve dato for ophældning.

Der var manglede anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. i én af stikprøverne. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

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

Afvielser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at korrekt dato for ordination fremgår af medicinlisten
- at korrekt enkeltdosis og døgndosis samt tidspunkt for indgift fremgår af medicinlisten
- at ophældt p.n. medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med beboerens navn, personnummer, præparatets navn, styrke, dosis, ophældnings- og udløbsdato
- at der er anbrudsdato på medicinske salver og dråber
- at medicinlisten er ført entydigt og systematisk

Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Det blev oplyst, at samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var ikke problemer med kontakten til lægerne, sygebesøg, indhentning af oplysninger eller revision af medicinlisterne.

Ligeledes blev det oplyst, at samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.

Der var et nogenlunde velfungerende samarbejde med de lokale sygehuse og hospitaler. Man havde taget MED-COM i brug, hvor plejehjemmet og sygehuset udvekslede oplysninger elektronisk. Der var visse vanskeligheder især med oplysninger om beboernes medicin i forbindelse med udskrivelser. Ofte var informationerne om ordinationer/medicinliste mangelfulde, og personalet brugte megen tid på at sikre beboerne fik den korrekte medicin.

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

Patientrettigheder

Det blev oplyst, at plejehjemmet havde en fast rutine med henblik på at vurdere, om beboerne selv var i stand til at varetage deres helbredsmæssige interesser og træffe beslutning om behandling. Det fremgik af stikprøverne, om det var beboeren selv eller en pårørende/værge, der gav informeret samtykke til behandling.

Det blev ligeledes oplyst, at der altid blev indhentet informeret samtykke til behandling. Informationen blev ikke rutinemæssigt dokumenteret i to af stikprøverne, og beboernes og de pårørendes/værgens tilkendegivelse fremgik ikke systematisk.

Det blev endvidere 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.

Personalet oplyste, at de 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:

- at informeret samtykke til behandling bliver 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.

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 eller underarme. Der var mulighed for at vaske hænder og anvende håndsprit i beboernes bolig, hvor der også var engangshandsker og engangshåndklæder til rådighed.

Personalet anvendte arbejdsdragt som anvist i Sundhedsstyrelsens vejledning om brug af arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren (Vejledning nr. 9204 af 7. juni 2011).

Statens Serum Instituts e-learning program om håndhygiejne 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 fik tilbud om at blive vejlet og om at få ernæringsbehovet vurderet, når de flyttede ind på plejehjemmet og efterfølgende tilbud om vejning 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 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 én af stikprøverne manglede evaluering af en ernæringsplan, herunder dokumentation af vægt.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at ernæringsplaner systematisk bliver evalueret

Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af fysioterapeuter ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning. Resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser.

I stikprøverne var ovenstående fulgt.

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 af de sygeplejefaglige optegnelser.

Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var bygnings- og indeklimamæssige problemer, som havde betydning for beboernes sundhed eller forhold, som medførte særlig risiko for ulykker.

Kvalitetssikring og egenkontrol

Fra efteråret 2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor og de sociale institutioner. Plejehjemmet havde taget indberetningssystemet i brug og indberettede alle de rapporteringspligtige hændelser.

Der foregik internt på plejehjemmet en systematisk opfølgning af de indberettede utilsigtede hændelser med henblik på forebyggelse.

Helle Lerche Nordlund
Oversygeplejerske

Lizet Jorck
Oversygeplejerske

Hvis der er spørgsmål eller noget, der er uafklaret, eller I har 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.

Lovgrundlaget for plejehjemstilsynet er sundhedslovens § 219, stk. 1 og 2, lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som ændret ved lov nr. 820 af 01. juli 2011. Regler vedrørende tilsynet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.