

Tilsynsrapport 2013

3. juli 2013

Sagsnr5-2211-515/1

PLEJEHJEMMET KROGSTENSHAVE

Adresse: Krogstens Alle 47, 2650 Hvidovre

Kommune: Hvidovre

Leder: Mai Britt Friedberg

Telefon: 36 34 01 50

E-post: mgf@hvidovre.dk

Dato for tilsynet: 04. juni 2013 + 06. juni 2013

SST-id: PHJSYN-00003659

P-nr.: 1003268027

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Birthe Margrethe Pedersen

Sundhedsstyrelsen
Embedslægeinstitutionen Øst
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Denmark

T +45 72 22 74 50
E seost@sst.dk
www.sst.dk

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, men ikke alvorlige fejl og mangler.

Der blev fundet fejl og mangler indenfor områderne medicinbehandling og patientrettigheder.

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

Ved tilsynet kunne det konstateres, at de fleste af Sundhedsstyrelsens krav var opfyldt.

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

Som driftsansvarlig myndighed er Hvidovre 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 der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/doseringsposerne
- at der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato
- at der er anbrudsdato på medicinske salver og dråber
- at det fremgår af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser

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

Tilsynet

Plejehjemmet Krogstenshave havde 143 beboere fordelt på fordelt på flere afdelinger.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med lederen af plejehjemmet, udviklingssygeplejersken og en afdelingsleder, der orienterede om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besigtiget. Der var samtale med flere ansatte og enkelte beboere. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicinhåndteringen blev vurderet hos seks tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebenhov. Udviklingssygeplejersken deltog i hele tilsynet.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Kravene ved tilsynet i 2012 var fulgt. Det blev oplyst, at man, for at imødekomme kravene, havde gennemført undervisning af alle medarbejdere i sygeplejefaglig dokumentation ved individuel sidemandsoplæring. Derudover var der undervisning for alle medarbejderne ved udviklingssygeplejersken hver onsdag. Man gennemførte løbende egenkontrol af både dokumentation og medicinhåndtering og hver tredje måned udvalgte udviklingssygeplejersken tre tilfældige beboers journaler som derefter drøftede på sygeplejemøderne. Udover sygeplejemøder blev der afholdt personalemøder og fællesmøder.

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.

Plejhjemmet oplyste, at plejhjemmet havde skriftlige instrukser for alle de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Instrukserne var elektronisk tilgængelige for alle medarbejdere. Nye instrukser og ændringer blev introduceret af udviklingssygeplejersken på sygeplejemøder og reviderede instrukser blev gennemgået og implementeret i alle afdelinger. Nyansatte blev introduceret til instrukserne.

Udviklingssygeplejersken var ansvarlig for udarbejdelse og revidering af instrukser efter behov og krav.

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 – KMD Care.

Ved tilsynet blev seks beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle optegnelserne indeholdt en aktuel vurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede alle de sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, og som tilsynet omfatter.

Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

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

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

De sygeplejefaglige optegnelser hos de tre beboere indeholdt konsekvent en beskrivelse af pleje- og behandling af beboernes sundhedsproblemer.

Indikationen for behandlingen fremgik af alle stikprøver.

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser.

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.

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

Medicin håndtering

Plejhjemmet anvendte medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

Dokumentationen af medicinordinationerne var korrekt i alle stikprøver.

Der var i alle stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinlisten anførte medicin.

Antallet af tabletter angivet i medicinlisten var i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i fem ud af seks stikprøver. I en stikprøve var der på medicinlisten angivet at skulle være 10 ½ tablet, men der var doseret 9 ½ tablet. Fejlen blev rettet med det samme (doseret om). Det blev oplyst at doseringen var kontrolleret flere gange, men at man ikke havde opdaget fejlen. Der var dog stadig en mulighed for at fejlen ville blive opdaget da pillerne tælles før udleveringen til beboer. I alle stikprøver fremgik det, hvornår den behandlende læge sidst havde gennemgået beboers medicin.

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

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

Der manglede anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv i en af de seks stikprøver. Der fandtes medicin med overskredet holdbarhedsdato i en af de seks stikprøver. Begge fejl blev rettet på stedet.

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

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/doseringsposerne

- at der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato
- at der er anbrudsdato på medicinske salver og dråber

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 stort set 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 velfungerende samarbejde med de lokale sygehuse og hospitaler. Ved udskrivning af beboerne fra sygehus eller hospital fik plejehjemmet relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje. Plejehjemmet oplyste dog at man oplevede at der ofte var fejl i medicinlisterne når beboerne kom hjem fra en indlæggelse. Fejlene blev indberettet som utilsigtede hændelser, som man arbejdede videre med gennem risikomanager.

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 de fem af seks stikprøver, 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 rutinemæssigt dokumenteret i stikprøverne, og beboernes og de pårørendes/værgens tilkendegivelse fremgik 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 det fremgår af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser

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. Plejehjemmet oplyste at man havde fokus på mellemmåltider og at man havde ansat 5 ernæringsassistenter, en i hver afdeling, med god effekt.

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 stikprøverne havde flere beboere behov for fokus på ernæring, der var udarbejdet kostplaner og disse var blevet evalueret.

Beboerne tilkendegav ved tilsynet, at de fik nok at spise og drikke. Desuden oplyste beboerne og personalet, at beboerne fik den hjælp, de havde behov for i forbindelse med måltiderne.

Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af medarbejderne 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.

På plejehjemmet var der faste møder hver anden uge med fysioterapeuter og ergoterapeuter, hvor man gennemgik beboernes behov for 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 af de sygeplejefaglige optegnelser.

Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var bygnings- og indeklimatekniske 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.

Birthe Margrethe Pedersen
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.

