

Tilsynsrapport 2011

Margrethe Hjemmet

9. november 2011
J.nr. /

Tlf.
Fax
E-post info@sst.dk

Adresse: Borchsgade 1, 4000 Roskilde
Kommune: Roskilde
Leder: Carina Meyer
Telefon: 46 31 03 10
E-post: post@margrethehjemmet.dk
Dato for tilsynet: 01. november 2011
SST-id: PHJSYN-00001917
P-nr.: 1010239075
Tilsynet blev foretaget af: Lizet Jorck

Dir. tlf.
E-post

Plejhjemstilsynet i 2011

Side 2
9. november 2011
Sundhedsstyrelsen

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 2011 vil der blive taget stilling til, om plejehjemmet skal have tilsyn i 2012. Hvis plejehjemmet ikke skal have tilsyn i 2012, vil det fremgå af tilsynsrapporten. De plejhjem, der ikke får tilsyn i 2012, vil få tilsyn i 2013.

Temaet for 2011 handler om fysisk genoptræning og vedligeholdelsestræning. Temaet sætter fokus på vurdering af beboernes træningsbehov og skal belyse, hvordan træningsbehovet vurderes. I forbindelse med tilsynet vil ledelsen og personalet blive bedt om at udfylde et spørgeskema vedrørende træning. Besvarelserne af spørgsmålene fremgår af bilaget til tilsynsrapporten.

Temaet skal udelukkende give Sundhedsstyrelsen mere viden om området og inspirere plejhjemmene til at reflektere over egen praksis. Det indgår ikke i hovedkonklusionen og i beskrivelsen af fejl og mangler i tilsynsrapporten.

Herudover er der ikke sket ændringer siden tilsynet i 2010.

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. Ingen af manglerne er så alvorlige at det giver anledning til opfølgende tilsyn. Der vil blive foretaget tilsyn igen i 2012.

Der blev fundet fejl og mangler indenfor områderne instrukser, de sygeplejefaglige optegnelser, medicin håndtering og patientrettigheder.

Vedrørende området instrukser skal Margrethe Hjemmet sende de anbefalede instrukser til Embedslægerne senest 3 uger efter modtagelsen af den endelige rapport.

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

Som driftsansvarlig myndighed er Roskilde Kommune ansvarlig for at følge op på Sundhedsstyrelsens tilsynsrapporter for de enkelte plejhjem i kommunen. Sundhedsstyrelsen forventer således, at kommunen fører kontrol med, at plejhjemmet følger op på påviste fejl og mangler ved tilsynsbesøget.

Afvisninger fra gældende regler på sundhedsområdet 2011

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

- At mangler vedrørende instrukser rettes, jævnfør de oplyste krav i kapitel vedrørende instrukser og sendes til Embedslægerne.
- At mangler vedrørende de sygeplejefaglige optegnelser rettes, jævnfør de oplyste krav i kapitel vedrørende de sygeplejefaglige optegnelser.
- At mangler vedrørende medicinhåndteringen rettes, jævnfør de oplyste krav i kapitel vedrørende medicinhåndteringen.
- At mangler vedrørende patientrettigheder rettes, jævnfør de oplyste krav i kapitel vedrørende patientrettigheder.

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

Tilsynet

Margrethehjemmet havde 37 beboere fordelt på 2 enheder. Plejehjemmet er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Roskilde Kommune.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med leder Carina Meyer der orienterede om personalets sammensætning og kompetence, om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besøgt, og to medarbejdere (2 SSH) samt tre beboere blev interviewet/observeret. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicinhåndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Kravene ved tilsynet i 2010 var delvist fulgt, idet

- Vedrørende instrukser var de anbefalede instrukser fra tilsynet 2010 ikke udarbejdet. Plejehjemmet skal derfor sende de anbefalede instrukser til Embedslægerne inden 3 uger efter modtagelsen af den endelige rapport.
- Vedrørende de sygeplejefaglige optegnelser havde disse været et fokusområde, der havde været fokus på alle områder.

- Vedrørende medicinhandling havde der ligeledes været fokus på området.
- Vedrørende patientrettigheder havde dette været et fokusområde siden sidste tilsyn.

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 af-rapporteringsskema. De fem områder er:

1. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling
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. Medicinhandling

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. Leder oplyste, at Centeret havde skriftlige instrukser for tre af de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for. Der manglede instrukser for plejepersonalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling samt instrukser for føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser.

De tre instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere, de var således samlet i mapper på personalekontoret. Nye instrukser og ændringer blev introduceret af leder på diverse personalemøder. Nyansatte blev ligeledes introduceret til instrukserne.

Instrukserne blev jævnlige gennemgået med henblik på revision.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de tre skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne blev fulgt i det daglige arbejde. Medarbejderne var således godt kendt med instruks for håndhygiejne.

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.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- At de manglende instrukser straks udarbejdes og implementeres samt at disse tilsendes Embedslægerne.

Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i en borgerbog som var håndskrevet.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. To af optegnelserne indeholdt en aktuel helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede alle af de 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og som tilsynet omfatter. En vurdering manglede et problemområde. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

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

Hos beboere med kroniske sygdomme var det konsekvent 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 i relation til beboernes sygdomme og sundhedsfaglige problemområder. Der var for eksempel ikke en beskrivelse af udslet.

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 beboerens navn og personnummer, dato for notaterne, signering af notaterne og rettelser), var fem af de fem relevante målepunkter opfyldt i de to stikprøver. I en stikprøve manglede der dato flere steder.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- At plejecenteret gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.
- At de sygeplejefaglige optegnelser konsekvent indeholder resume/helhedsvurdering der omfatter de 11 sygeplejefaglige problemområder.
- At dato angives på alle notater i de sygeplejefaglige optegnelser.

- At de sygeplejefaglige optegnelser indeholder en beskrivelse af pleje og behandlingsplaner i relation til beboernes sygdomme og sundhedsmæssige problemstillinger

Medicinhandling

Plejhjemmet anvendte medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

Dokumentationen af medicinordinationerne var korrekt i tre af tre stikprøver.

Der var i tre af stikprøverne overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin.

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 beboerens medicinbeholdning i tre stikprøver. Aktuell medicin blev holdt adskilt fra ikke aktuell medicin

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i tre af tre stikprøver. Der var ikke anbrudsdato på øjendråber/medicinsk salve. Der fandtes medicin med overskredet holdbarhedsdato.

I de tre stikprøver fremgik det, hvornår medicinordinationerne sidst var gennemgået i samarbejde med den praktiserende læge

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

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- At plejecenteret gennemgår Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. Vejledning findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.
- At der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinskemaet og antallet af tabletter i doseringsæskerne.
- At der er anbrudsdato på medicinsk salve og dråber.
- At medicin med overskredet udløbsdato kasseres.

Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende. Der var 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 generelt et velfungerende samarbejde med de lokale hospitaler. Ved udskrivning af beboerne fra hospitalerne fik plejehjemmet relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje.

Side 7
9. november 2011
Sundhedsstyrelsen

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 ikke konsekvent 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 rutinemæssigt dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, 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 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 engangshåndklæder og engangshandsker.

Statens Serum Institut e-learning program om håndhygiejne er tilgængeligt på deres hjemmeside: www.ssi.dk. Programmet kan bruges til at lære, hvordan man opretholder en høj håndhygiejnekvalitet til forebyggelse af smittespredning.

Side 8
9. november 2011
Sundhedsstyrelsen

Ernæring

Personalet oplyste, at beboerne altid fik tilbud om at blive vejjet, når de flyttede ind på plejehjemmet og efterfølgende 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 stikprøverne havde alle beboere angivelser af vægt.

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.

Der var ingen beboere 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 medarbejderne/fysioterapeut ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning på centeret. Resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret i borgerbogen

I stikprøverne forelå dokumentation for træning og træningstilbud, hvor det var relevant.

Der var opmærksomhed på forebyggelse af fald. Faldepisoder blev registreret i de sygeplejefaglige optegnelser. Herudover registrerede plejehjemmet systematisk fald med henblik på forebyggelse.

SSH oplyste, 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 indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed.

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. Fejl og utilsigtede hændelser blev indberettet.

Der foregik på plejehjemmet en systematisk registrering og opfølgning af fejl og mangler vedrørende medicinbehandling med henblik på forebyggelse.

Tema 2011: fysisk genoptræning og vedligeholdelsestræning

Lederen oplyste, at beboernes fysiske funktionsniveau, behov for vedligeholdelsestræning og for genoptræning blev vurderet inden for en måned efter indflytningen på plejehjemmet. Vurderingen blev i de fleste tilfælde foretaget af medarbejderne/fysioterapeuten.

Plejehjemmet havde ansat fysioterapeuter, der kom ligeledes fast fysioterapeuter/ergoterapeuter på plejehjemmet med henblik på vurdering og træning af beboerne og vejledning af plejepersonalet.

Der var træningsredskaber til rådighed på plejehjemmet. Plejehjemmet havde undervisningsmateriale eller/og undervisningsprogrammer vedrørende fysisk træning.

Nyt personale fik ikke undervisning i vurdering af beboernes fysiske funktionsniveau, og vurdering af behovet for fysisk træning eller/og tilrettelæggelse af fysisk vedligeholdelsestræning.

Plejehjemmet havde skriftlige retningslinjer for vurdering af beboernes fysiske funktionsniveau.

Plejehjemmet havde ikke skriftlige retningslinjer for vurdering af beboernes behov for fysisk træning.

Plejehjemmet havde skriftlige retningslinjer som bl.a. beskrev personalets opgaver og ansvar i forbindelse med vurdering af beboernes behov for genoptræning.

I forbindelse med tilsynet blev to social- og sundhedshjælpere anmodet om at besvare en række spørgsmål vedrørende deres opgaver i forbindelse med vurdering af beboernes fysiske funktionsniveau, behov for træning samt planlægning af vedligeholdelsestræning.

De to sundhedspersoner oplyste, at de vurderede beboernes fysiske funktionsniveau og at vurderingen omfattede en række konkrete funktioner, f.eks. gangdistance og balanceevne. Vurderingen blev beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation.

SSA og SSH planlagde selvstændigt/sammen med en terapeut fysisk vedligeholdelsestræning og træningsplanen blev dokumenteret.

Side 10

9. november 2011

Sundhedsstyrelsen

Både SSA og SSH udførte vedligeholdelsestræning

Ingen af det adspurgte personale havde efter basisuddannelsen modtaget undervisning i tilrettelæggelse af fysisk vedligeholdelsestræning.

Lizet Jorck
Oversygeplejerske

Lotte Petersen
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.