

Tilsynsrapport 2011

Plejehjemmet Ryetbo

22. august 2011
J.nr. 4-17-59/6/KPE

**Embedslægerne Hoved-
staden**

**Borups Allé 177, blok D-
E
2400 København NV
Tlf. 7222 7450
Fax 7222 7420
E-post info@sst.dk**

**Dir. tlf.
E-post hvs@sst.dk**

Adresse: Ryetvej 20, 3500 Værløse

Kommune: Furesø

Leder: Mette Krenzen

Telefon: 44 48 38 95

E-post: mk@aruphvidt.dk

Dato for tilsynet: 03. august 2011

SST-id: PHJSYN-00001865

P-nr.: 1001588159

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Marianne Presskorn-Thygesen

Plejhjemstilsynet i 2011

Side 2
12. august 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 plejehjem, 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 plejehjemmene 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.

Det var Sundhedsstyrelsens samlede konklusion på tilsynet, at Plejehjemmet Ryetbo ikke helt havde formået, at efterleve Sundhedsstyrelsens vejledninger på det sundhedsfaglige område på samme høje niveau som ved sidste tilsyn i 2009.

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

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

Som driftsansvarlig myndighed er Furesø 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.

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:

Side 3
12. august 2011
Sundhedsstyrelsen

- at de skriftlige instrukser følges af personalet
- at de 11 problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- at der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at beboerens navn og personnummer er anført i de sygeplejefaglige optegnelser
- at der er dato (dag, måned, år) på alle notater i de sygeplejefaglige optegnelser
- at alle notater i de sygeplejefaglige optegnelser er signeret
- at ordinerende læges navn/sygehusafdeling fremgår af medicinlisten
- at det aktuelle handelsnavn fremgår af medicinskemaet
- at informeret samtykke til behandling indhentes hos den der varetager beboerens helbredsinteressier, hvis beboeren ikke selv er i stand hertil. Hvis beboeren i enkelte situationer kan varetage egne helbredsinteressier skal dette fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af plejehjemstilsynet nedenfor.

Tilsynet

Plejehjemmet Rytbo havde 94 beboere fordelt på to afdelinger.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med lederen af plejehjemmet, der orienterede om personalets sammensætning og kompetence, om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev plejehjemmet besøgt, og en afdelingssygeplejerske, en sygeplejerske og to social- og sundhedsassistenter samt enkelte beboere blev interviewet. Den sygeplejefaglige dokumentation og me-

dicinhåndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebenhov.

Side 4
12. august 2011
Sundhedsstyrelsen

Opfølgning på tidligere tilsyn

Ved det ordinære tilsyn i 2009 konstaterede Sundhedsstyrelsen få fejl og mangler, som samlet kun indebar en ringe risiko for patientsikkerheden. Der var brug for enkelte forbedringer på det sundhedsfaglige område, herunder dokumentation af medicinordinationer, dokumentation af patientrettigheder samt træning. På baggrund af tilsynet få krav, og at Ryetbo skriftligt bekræftede, hvorledes disse krav ville blive implementeret indenfor tre uger, blev der ikke foretaget tilsyn på plejehjemmet i 2010.

Kravene ved tilsynet i 2009 var fulgt, idet der var udarbejdet skemaer til dokumentation af patientrettigheder, samt udarbejdet og implementeret medicinskemaer, hvoraf den ordinerende læges navn/hospitalsafdeling samt behandlingsindikation fremgik. Derudover var der indført en procedure, således effekten af træningen blev evalueret af den fysioterapeut, der havde udarbejdet træningstilbuddet.

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. 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.

Plejehjemslederen oplyste, at plejehjemmet havde skriftlige instrukser for de fem områder, som Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere på personalekontorerne i afdelingerne. Nye instrukser og ændringer blev introduceret og gennemgået

med personalet ved personalemøder. Nyansatte blev introduceret til instrukserne.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instruksen vedrørende føring af de sygeplejefaglige optegnelser ikke blev fulgt konsekvent 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.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at de skriftlige instrukser følges af personalet

Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i beboermapper. Plejehjemmet afventer fortsat overgang til det elektroniske dokumentationssystem – Rambøll Care.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle tre optegnelser indeholdt en aktuel helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand. To af optegnelserne indeholdt en beskrivelse af ni af de 11 sygeplejefaglige problemområder, og én af optegnelserne indeholdt en beskrivelse af 10 af de 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og som tilsynet omfatter. Der manglede en beskrivelse af kommunikation, inkl. hukommelse og sprogfunktion, smerter, vejrtrækning og kredsløb samt psykosociale forhold, inkl. stimulation og intellektuel funktion. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling. Ved gennemgang af helhedsvurderingerne fremgik det, at oplysningerne om de 11 sygeplejefaglige problemområder skulle søges flere steder i dokumentationsmaterialet, henholdsvis i det der blev kaldt ”plejeplanerne”, samt i det der blev kaldt ”emnerne”.

I alle 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 to af 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 plejen og behandlingen af en beboers epilepsi, samt behandlingen heraf hos en beboer med Alzheimer demens.

Side 6
12. august 2011
Sundhedsstyrelsen

Opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling blev ikke rutinemæssigt anført i de sygeplejefaglige optegnelser i den ene af de tre stikprøver.

I forbindelse med gennemgang af plejeplaner, emner og de daglige journalnotater i de tre stikprøver, blev personalet gjort opmærksom på, at de fremover skal have større fokus på, at de observationer, der er relevante for plejen og behandlingen, konsekvent noteres i de respektive plejeplaner og emner og i mindre omfang i de daglige journalnotater.

Når observationerne om pleje- og behandlingen skal søges flere steder, og dokumentationen ikke føres systematisk i den sundhedsfaglige dokumentation, er der risiko for, at væsentlige oplysninger om beboeren går tabt, og beboeren derved ikke modtager korrekt pleje og behandling.

Vedrørende opbevaringen af de sygeplejefaglige optegnelser og den måde, notaterne blev skrevet på (angivelse af beboers navn og personnummer, dato for notaterne, signering af notaterne og rettelser), var alle relevante målepunkter opfyldt i to af de tre stikprøver. I den ene stikprøve mangler beboers navn og personnummer, dato (dag, måned, år) samt personalet signatur på flere af optegnelserne, der blev opbevaret i beboerappen.

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at de 11 problemområder, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at pleje- og behandling er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- at der systematisk bliver fulgt op og evalueret på iværksat pleje og behandling
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at beboers navn og personnummer er anført i de sygeplejefaglige optegnelser
- at der er dato (dag, måned, år) på alle notater i de sygeplejefaglige optegnelser
- at alle notater i de sygeplejefaglige optegnelser er signeret

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

Medicin håndtering

Plejehjemmet anvendte dosispakket medicin fra apoteket og medicin doseret i doseringsæsker af personalet.

Side 7
12. august 2011
Sundhedsstyrelsen

Dokumentationen af medicinordinationerne var ikke korrekt i de tre stikprøver. I flere tilfælde fremgik præparatets aktuelle handelsnavn ikke af medicinlisterne i de tre stikprøver. Ordinerede læges navn fremgik udelukkende ved initialer på medicinlisterne, men i den ene afdeling var det ikke muligt umiddelbart at identificere navnene bag initialerne, da den liste hvor lægernes navne og initialer var opført på ikke var tilgængelig.

Der var i alle 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 de tre stikprøver.

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

Doseringsæsker og beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt i alle tre stikprøver. Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

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

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

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at ordinerende læges navn/sygehusafdeling fremgår af medicinlisten
- at det aktuelle handelsnavn fremgår af medicinskemaet

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 fortsat ikke tilfredsstillende. Der var i flere tilfælde svært, at få relevante helbredsmæssige oplysninger fra de praktiserende læger, ligesom det kunne være vanskeligt, at få flere af de praktiserende læger til at foretage revision af medicinlisten samt at få dem til at komme på sygebesøg.

Samarbejdet med vagtlæger, speciallæger samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.

Plejhjemslederen oplyste, at der fortsat var problemer i samarbejdet med omsorgstandplejen, da der fortsat var uløste lokalemæssige problemer, og omsorgstandplejen derfor ikke havde mulighed for at behandle beboerne på selve plejehjemmet.

Side 8
12. august 2011
Sundhedsstyrelsen

Der var fortsat ikke et velfungerende samarbejde med de lokale hospitaler. Ved udskrivning af beboerne fra hospitalerne fik plejehjemmet ofte ikke relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje, og der var ofte fejl i medicinlisterne.

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 af de sygeplejefaglige optegnelser, om det var beboeren selv eller en pårørende/værge, der gav informeret samtykke til behandling.

I én af de tre stikprøver fremgik det, at beboerens helbredsmæssige interesser blev varetaget af beboerens pårørende, idet beboeren ikke selv var i stand til at give informeret samtykke til behandling. På trods af dette fremgik det af de sygeplejefaglige optegnelser, at beboeren flere gange havde givet samtykke til, at personalet måtte kontakte vedkommendes behandlende læge.

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 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 indhentes hos den der varetager beboerens helbredsmæssige interesser, hvis beboeren ikke selv er i stand hertil. Hvis beboeren i enkelte situationer kan varetage egne helbredsmæssige interesser skal dette fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser

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 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 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 var alle tre beboere blevet vejjet. To af disse tre beboere havde et særligt ernæringsmæssigt behov, og der var udarbejdet kost/ernæringsplaner for disse beboere og planerne var 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.

Der var 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 plejepersonale og fysioterapeut ved indflytningen, og at det blev beskrevet i de sygeplejefaglige optegnelser. Beboere med nedsat fysisk funktionsniveau fik tilbud om træning på plejehjemmet. Resultatet af evt. træning blev vurderet og dokumenteret.

I stikprøverne var alle tre beboeres fysiske funktionsniveau beskrevet. Det fremgik, at to af disse tre beboere havde et behov for og modtog træning. Effekten af træningen var dokumenteret.

Side 10
12. august 2011
Sundhedsstyrelsen

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

Plejehjemslederen 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 endnu ikke taget indberetningssystemet i brug. Begrundelsen herfor var, at plejehjemmet på grund af sin status som selvejende institution ikke var koblet på Furesø Kommunes it-systemer, og plejehjemmet derfor skal etablere sin egen forbindelse til Patientsikkerhedsdatabasen. Det havde ved tilsynet ikke endnu været muligt, at etablere en sådan forbindelse.

Der foregik på plejehjemmet en systematisk registrering og opfølgning af fejl og mangler vedrørende medicinbehandling, fald, urinvejsinfektioner, sår og sektorovergange 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 altid foretaget af plejepersonale og fysioterapeut i fællesskab.

Plejehjemmet havde ansat to fysioterapeuter med henblik på vurdering og træning af beboerne, vurdering af behovet for og fremskaffelse af hjælpemidler samt vejledning af plejepersonalet bl.a. i forflytningsteknik.

Plejehjemmet havde desuden et fast samarbejde med en fysioterapeut fra en nærliggende privatklinik, der varetog vederlagsfri fysioterapi hos enkelte af beboerne.

Der var træningsredskaber til rådighed på plejehjemmet. Plejehjemmet havde ikke undervisningsmateriale men undervisningsprogrammer vedrørende fysisk træning.

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

Side 11
12. august 2011
Sundhedsstyrelsen

Plejehjemmet havde skriftlige retningslinjer for vurdering af fysisk funktionsniveau, og for samarbejdet med fysioterapeuterne ved vurdering af beboernes fysiske funktionsniveau og træning.

I forbindelse med tilsynet blev en omsorgsassistent, en social- og sundhedsassistent og en social- og sundhedshjælper 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 tre sundhedspersoner oplyste, at de selvstændigt vurderede beboernes fysiske funktionsniveau, og at vurderingen omfattede en række konkrete funktioner, f.eks. balanceevne, gangdistance med og uden hjælpemidler, evnen til at rejse og sætte sig og flytte sig ved egen hjælp. Vurderingen blev beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation af to af de tre sundhedspersoner.

Sundhedspersonerne planlagde henholdsvis selvstændigt og sammen med en terapeut fysisk vedligeholdelsestræning, og træningsplanen blev dokumenteret.

Alle tre sundhedspersoner udførte vedligeholdelsestræning.

To af de tre adspurgte personaler havde efter basisuddannelsen modtaget undervisning i tilrettelæggelse af fysisk vedligeholdelsestræning.

Marianne Presskorn-Thygesen
Oversygeplejerske

Anna Lise Wagner
Embedslæge

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.