

# Opfølgende tilsynsrapport 2014

## Plejeboligcenter Fælledgården

Adresse: Drejøgade 3, 2100 København Ø

Kommune: København

Leder: Centerchef Anne Birgitte Østergaard

Telefon: 23 27 78 71

E-post: at1r@suf.kk.dk

Dato for ordinært tilsyn: 18. december 2014

Dato for opfølgende tilsyn: 10. april 2015

Sagsnr.: 5-2211-2752/1

SST-id: PHJSYN-00005399

P-nr.: 1003253329

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske Annemarie Rohrberg, oversygeplejerske Lone Lind Petersen, oversygeplejerske Birgitte Nielsen

# Formål og lovgrundlag for Plejehjemstilsynet

Ifølge Sundhedsloven § 219, stk. 1 og 2 og lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, foretager Sundhedsstyrelsen årlige tilsyn med de sundhedsfaglige forhold på landets plejehjem. Tilsynet varetages af Sundhedsstyrelsens embedslægeinstitutioner. Formålet med tilsynet er at medvirke til at forbedre den sundhedsmæssige indsats over for de svage ældre på landets plejehjem. Plejehjemmenes ledelse og forvaltningen i kommunen er ansvarlige for, at de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmene er i overensstemmelse med gældende love og vejledninger. Deraf følger en forpligtelse til opfølgning på de eventuelle krav, der bliver givet efter Sundhedsstyrelsens tilsyn, således at disse bliver fulgt.

Ved ændring af Lov nr. 538 af 17. juni 2008 blev det indført, at tilsynet på et plejehjem kan undlades det følgende år, hvis der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl og mangler, eller hvis der alene konstateres fejl og mangler, der efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser. Plejehjemmets ledelse og forvaltningen i kommunen, fremsender en handleplan, og er ansvarlige for, at de konstaterede fejl og mangler rettes. Kommunen skal i disse tilfælde fremsende en skriftlig vurdering efter implementering af handleplansindsats, der dokumenterer, at kravene er opfyldt. Plejehjemmets ledelse og forvaltningen i kommunen er ligeledes ansvarlige for, at der sker en kontinuerlig opfølgning på indsatsen, således at det sundhedsfaglige niveau fastholdes. For at undlade tilsyn året efter skal følgende forhold være opfyldt, og kommunen har pligt til at oplyse Embedslægeinstitutionerne om disse:

- Der har ikke været klagesager på plejehjemmet, eller disse har været af åbenlys grundløs karakter og/eller bagatelagtige, dvs. uden mistanke om patientsikkerhedsmæssige risici.
- Der har ikke været faglige tilsynssager eller andre sager af betydning for de sundhedsfaglige forhold.
- Kommunen har ikke meddelt Sundhedsstyrelsen, at der er fundet alvorlige problemer, som efter Sundhedsstyrelsens vurdering kan have betydning for de sundhedsfaglige forhold.
- Kommunen har ikke meddelt Sundhedsstyrelsen, at der er sket væsentlige ændringer siden sidste tilsyn, dvs. fx ny daglig ledelse, større personaleudskiftning eller lignende.

Sundhedsstyrelsen vurderer den sundhedsmæssige indsats ved at se på den sygeplejefaglige dokumentation og medicinhåndteringen hos tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejehjemsbehov, som beskrevet i målepunkterne for tilsynet. Der bliver foretaget interview med beboere, ledelse og personale i forbindelse med tilsynet, som indgår i den samlede vurdering af plejehjemmet.

Retningslinjer og lovgrundlag for Plejehjemstilsynet, kan findes på Sundhedsstyrelsen hjemmeside: <http://sundhedsstyrelsen.dk> og på <http://www.ssi.dk>.

# Konklusion på det opfølgende tilsyn

Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden i flere af de seks stikprøver i relation til den sundhedsfaglige dokumentation og medicin håndtering.

Det opfølgende tilsyn blev foretaget d. 10. april 2015.

Det opfølgende tilsyn blev planlagt på baggrund af konklusionen fra det ordinære tilsyn, der blev foretaget d. 18. december 2014, hvor der blev konstateret alvorlige fejl og mangler indenfor områderne instrukser, sundhedsfaglig dokumentation, medicin håndtering og patientrettigheder.

Sundhedsstyrelsen havde på anmodning, forud for det opfølgende tilsyn, modtaget en handleplan for, hvorledes Sundhedsstyrelsens krav ved det ordinære tilsyn ville blive imødekommet.

Det opfølgende tilsyn blev indledt med en gennemgang af den fremsendte handleplan, hvor det blev oplyst at man var i gang med at implementere handleplanen, men at det var en længerevarende proces, idet det var et stort plejehjem med mange beboere og ansatte. Man havde bl.a. gennemført nye mødestrukturer og udarbejdet guidelines og vejledninger, som var blevet introduceret for personalet. På nuværende tidspunkt var halvdelen af beboernes journaler i forhold til de sygeplejefaglige vurderinger blevet gennemgået, og de resterende ville løbende blive gennemgået efter d. 1. maj 2015.

Det blev desuden oplyst, at der var foretaget en virksomhedsrokade i december måned efter afskedigelse af en leder og der var blevet ansat to nye ledere.

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved det opfølgende tilsyn generelt var sket en forbedring af de sundhedsfaglige forhold, og at plejecentret var i gang med en proces for at efterleve Sundhedsstyrelsens krav. Det kunne konstateres, at plejecentret havde fulgt de tiltag, der var beskrevet i den fremsendte handleplan på tilfredsstillende vis og at det var tydeligt at se, hvilke beboeres journaler der var gennemgået. I forhold til de beboere der ikke var gennemgået var der således brug for en indsats for at bedre den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndtering.

Afvigelser fra gældende regler medfører fortsat følgende krav:

- at de problemområder, der er angivet i målepunktet, er vurderet og beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at der foreligger en aktuel oversigt over beboerens sygdomme og handicap, som er af betydning for pleje og behandling
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme
- at aktuel pleje og behandling og indikation for denne er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- at opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling er beskrevet
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk

- at personale, der deltager i observation, behandling og pleje, har adgang til at indføre notater i den sundhedsfaglige dokumentation, at den sundhedsfaglige dokumentation føres i en journal. Det skal fremgå tydeligt af dokumentationen i journalen, hvis dele af denne føres på fx papir, og hvad disse omhandler
- at det fremgår af journalen, hvornår egen læge har gennemgået beboerens medicin, og personalet har dokumenteret de relevante faglige oplysninger og de delegerede sundhedsfaglige opgaver vedrørende medicin håndteringen
- at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin
- at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne
- at aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin
- at der er anbrudsdato på medicinske salver og dråber, hvor holdbarheden er forringet efter anbrud

Næste tilsyn forventes foretaget ultimo 2015.

## Generelle oplysninger

Antal beboere på plejecentret omfattet af det lovpligtige plejehjemstilsyn: 193

Oplysninger om tilsynet indhentet hos: Centerchefen, souschefen, kvalitets- og udviklingssygeplejersken og en afdelingsleder.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til: Centerchefen, souschefen, kvalitets- og udviklingssygeplejersken.

Der blev taget 6 stikprøver hos beboere med komplekse pleje- og behandlingsbehov.

## Opfølgende tilsyn udført den 10. april 2015 på Plejeboligcenter Fælledgården

Ved tilsynet blev der fundet følgende forhold på plejehjemmet:

### **2110:De 11 områder i den sundhedsfaglige dokumentation**

Den sundhedsfaglige dokumentation skal som minimum indeholde en beskrivelse af, hvorvidt beboeren har aktuelle eller potentielle problemer inden for følgende problemområder:

- Aktivitet (ADL)
- Sanseindtryk, inkl. syn og hørelse
- Kommunikation, inkl. hukommelse og sprogfunktion og vurdering af træningsbehov

- Smerter
- Bevægeapparat, inkl. balance og faldtendens og vurdering af træningsbehov
- Vejtrækning og kredsløb
- Søvn og hvile
- Psykosociale forhold, inkl. stimulation og intellektuel funktion samt misbrug
- Hud og slimhinder, herunder vurdering af risiko for udvikling af tryksår
- Udskillelse af affaldsstoffer, herunder inkontinens og obstipation
- Ernæring, inklusiv vægt og vurdering af ernæringsbehov

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
3		X	
Fund og Kommentarer: I tre ud af seks stikprøver manglede en beskrivelse af, hvorvidt beboerne havde aktuelle eller potentielle problemer indenfor problemområderne syn, bevægeapparatet/balance og faldtendens, søvn, psykosociale forhold, hud og slimhinder, udskillelse af affaldsstoffer / obstipation.			

### **216:Oversigt over beboernes sygdomme og handicap**

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en aktuel oversigt over beboernes sygdomme og handicap

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
3		X	
Fund og Kommentarer: I tre ud af seks stikprøver manglede eksempelvis oplysninger om beboernes folinsyremangel, depression, forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk, osteoporose og mavesår.			

### **217:Aftaler der er med den behandlende læge**

Hos beboere med kroniske sygdomme skal det være beskrevet, hvilke aftaler der er med den behandlende læge om behandling og kontrol af de kroniske sygdomme

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
4		X	
Fund og Kommentarer: I to ud af seks stikprøver fremgik det ikke, hvornår personalet skulle reagere i forbindelse med blodtryksmålingen. I en anden stikprøve havde personalet ikke fulgt lægens ordination vedr. kontrol af forhøjet blodtryk. I den sidste stikprøve havde man ikke reageret på et blodtryk der var forhøjet ifølge referencerammen, samt der manglede som aftalt tilbagemelding til egen læge.			

**218:Aktuel beskrivelse af pleje og behandling**

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en aktuel beskrivelse af pleje og behandling, herunder indikation for pleje og behandling samt en beskrivelse af indsats i forhold til risiko for udvikling af tryksår samt ernærings- og træningsindsats.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
3		X	
Fund og Kommentarer: I tre ud af seks stikprøver var flere af handleplanerne uaktuelle og de var ikke gjort passive.			

**214:Beskrivelse af opfølgning og evaluering**

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
3		X	
Fund og Kommentarer: I tre ud af seks stikprøver manglede eksempelvis opfølgning og evaluering af den iværksatte pleje og behandling vedrørende beboernes træning, medicin samt psykisk pleje og omsorg.			

**219:Dokumentationen er overskuelig og systematisk**

Dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser skal føres overskueligt og systematisk

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
3		X	
Fund og Kommentarer: I tre ud af seks stikprøver var dokumentationen ikke helt overskuelig og systematisk, da man skulle lede efter aftaler om kontrol af beboernes kroniske sygdomme med den behandlende læge, samt medicingennemgang. Desuden var der problemer med at læse notaterne i bemærkningsfeltet i helhedsvurderingen i to af stikprøverne.			

### **220:Dokumentation føres i én journal**

Den sundhedsfaglige dokumentation skal føres i én journal, som er tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observation, pleje og behandling samt opfylder de formelle krav til dokumentation af identifikation, datering, rettelser og opbevaring af sundhedsfaglig dokumentation

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
1		X	
Fund og Kommentarer: I en ud af seks stikprøver blev et hjælpeskema til brug for daglig udlevering af Laxantia ikke ført konsekvent.			

### **132:Medicingennemgang**

Det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår den behandlende læge har gennemgået beboernes medicin, og personalet har dokumenteret de relevante faglige oplysninger og de delegerede sundhedsfaglige opgaver vedrørende medicin håndteringen.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
1		X	
Fund og Kommentarer: I en ud af seks stikprøver fremgik det ikke af de sundhedsfaglige optegnelser, hvornår den behandlende læge sidst havde gennemgået beboernes medicin.			

### **130:Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin**

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
2		X	
Fund og Kommentarer: I to ud af seks stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinlisten anførte medicin i henholdsvis en og to tilfælde. I begge stikprøver manglede der ordinationslabel på et præparat.			

**131:Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og æsker**

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsken.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
1		X	
Fund og Kommentarer: I en ud af seks stikprøver var et præparat i doseringsæsken lagt om aftenen i stedet for om natten. Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at fejlen ville være blevet opdaget ved den rutinemæssige egenkontrol, der gik forud for medicingivningen. - Fejlen blev rettet med det samme.			

**127:Ophældt pn-medicin**

Ledelse og personale skal sikre, at ophældt pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med beboers navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for ophældning og udløbsdato.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
6			X
Fund og Kommentarer:			

**125:Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin**

Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
1		X	
Fund og Kommentarer: I en ud af seks stikprøver blev aktuel medicin ikke opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin i flere tilfælde.			

**129:Der er anbrudsdato**

Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed efter åbning.

Antal stikprøver	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuel
1		X	
Fund og Kommentarer: I en ud af seks stikprøver manglede der anbrudsdato på et præparat med begrænset holdbarhed efter åbning.			



