

Tilsynsrapport 2011

Bostedet Sankt Annæ Hjem

1. februar 2012
J.nr. 5-2911-39/1/DOT

**Embedslægerne Hoved-
staden**

**Borups Allé 177, blok D-
E
2400 København NV**
Tlf. 7222 7450
Fax 7222 7420

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

Adresse: Skipper Clements Allé, 13, 2300 København S

Kommune: København

Leder: Charlotte Severin

Telefon: 33 17 6741

E-post: bd72@sof.kk.dk

Dato for tilsynet: 18. november 2011

SST-id: PHJSYN-00002349

P-nr.: 1012950728

Tilsynet blev foretaget af: Kirsten Thornval

Tilsyn med boenheder i 2011

Tilsynet foretages i henhold til kontrakt mellem Københavns Kommune og Embedslægerne Hovedstaden om tilsyn med boenheder i handicap- og psykiatriområdet.

Hvert år gennemføres mindst ét uvarslet tilsynsbesøg i de boenheder, der er indgået aftale om. I forbindelse med tilsynet vurderes, om der i fornødent omfang er instrukser, således at de ansatte kan gennemføre plejen og behandlingen sundhedsmæssigt forsvarligt. Derudover vurderes om den sundhedsfaglige dokumentation og medicinbehandling er tilstrækkelig, og om beboernes patientrettigheder tilgodeses. Samarbejdet med den øvrige sundhedssektor søges belyst, og det vurderes om den hygiejniske standard er tilfredsstillende, om beboernes behov for ernæring tilgodeses og om beboere med særligt behov herfor tilbydes fysisk aktivitet med henblik på vedligeholdelse af funktionsniveau mv., ligesom bygnings- og indeklimaforhold af helbredsmæssig betydning bemærkes.

Tilsynet følger samme retningslinier som Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder nr. 10334 af 12. december 2007”. Vejledningen kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

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 boenhederne 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.

Tilsynsrapporten med bilag er sendt til drift og udviklingskontoret for psykiatri og i kopi til bostedets leder.

Konklusion

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden. Det drejede sig især om medicinbehandling – herunder modtagelse af medicin og samarbejdet med distriktskykiatrisk center.

Der blev fundet fejl og mangler indenfor områderne. efterlevelse af instrukser, den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering samt patientretigheder.

Side 3

Sundhedsstyrelsen

Det fremgik klart, at bostedet havde gjort en stor indsats vedrørende den administrative del af medicin håndteringen. Der var imidlertid behov for at fokusere på samarbejdet med distriktspsykiatrisk center i relation til dokumentation af nye behandlingsplaner og ændringer i ordinationer af beboernes medicinske behandling.

Der er ligeledes behov for, at fokusere på den lokale medicininstruks, herunder personalets ansvar ved modtagelse af medicin og dokumentationen heraf.

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

Sundhedsstyrelsen skal anmode bostedet om inden 3 uger, efter at have modtaget rapporten, at få en handleplan for, hvordan de nedenfor anførte krav vil blive imødekommet. Det skal heri oplyses:

1. Hvilke løsninger, der vil blive iværksat
2. Hvornår kravene vil være imødekommet
3. Hvordan effekten af de iværksatte løsninger vil blive vurderet

Når Sundhedsstyrelsen har modtaget handleplanen, vil det blive vurderet om der skal foretages et opfølgende besøg indenfor tre måneder.

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

Afvielser fra gældende regler på sundhedsområdet 2011

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

- at personalet efterlever instrukserne og kontrollerer beboerens medicin ved modtagelsen og sikrer, at doseret medicin er mærket korrekt, som medicininstruksen foreskriver
- 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 det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme
- at alle notater i de sygeplejefaglige optegnelser er signeret
- at dato for ordination og seponering, ordinerende læges navn/sygehusafdeling, præparatets navn, dispenseringsform og styrke, tidspunkter for indgift, enkeltdosis og døgndosis fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation
- at behandlingsindikationer fremgår af medicinskemaet
- at der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin
- at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinskemaet og antallet af tabletter i doseringsæskerne/doseringsposerne
- at doseringsæsker mærkes med navn og personnummer
- at det fremgår af medicinskemaet hvornår beboernes læge har gennemgået medicinskemaet
- at det fremgår af dokumentationen, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser

Grundlaget for konklusionen fremgår af beskrivelsen af tilsynet med bostedet nedenfor.

Tilsynet

Bostedet Sct. Annæ hjem havde 21 beboere mellem 31 og 58 år. Beboerne var psykisk syge. Beboerne deltog i længerevarende botræning med henblik på at flytte til selvstændig bolig.

I forbindelse med tilsynet blev der afholdt samtale med lederen af bostedet, der orienterede om personalets sammensætning og kompetence, om den sundhedsfaglige arbejdstilrettelæggelse og den sygeplejefaglige dokumentation. Efterfølgende blev bostedet besøgt, og en social- og sundhedsassistent, en sygeplejerske samt to beboere blev interviewet. Den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndteringen blev vurderet hos tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebestanden.

Opfølgning på tidligere tilsyn

Kravene fra tilsynet i 2010 var blevet fulgt, idet alle krav var blevet gennemgået med personalet på personalemøder. Der var som led i en reorganisering, blevet indført nye beboermapper. Der var endvidere blevet arbejdet

med at udarbejde og implementere et nyt medicinskema, som var overskueligt og efterlevede Sundhedsstyrelsens vejledning.

Side 5

Der havde været afholdt et møde mellem bostedets ledelse og distriktspsykiatrisk center for at få afklaret samarbejdsaftaler i forbindelse med dokumentation af nye medicinordinationer. Det var på dette møde blevet aftalt, at oplysninger om ændringer i beboernes medicinske behandling skulle faxes til bostedet straks efter at ændringen var blevet foretaget.

Sundhedsstyrelsen

Sundhedsadministrative forhold

Instrukser

Alle boenheder 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.

Lederen oplyste, at botilbudet havde skriftlige instrukser for de fem områder Sundhedsstyrelsen stiller krav om, at der skal være instrukser for.

Det blev oplyst, at instrukserne var tilgængelige for alle medarbejdere. Alle nye medarbejdere blev introduceret til instrukserne og nye instrukser blev gennemgået på personalemøder.

Det var centerledelsen der reviderede og udarbejdede nye instrukser og informerede bostedets personale om ændringer.

De personalemedlemmer, der blev interviewet, var orienteret om de skriftlige instrukser. Stikprøvekontrol viste, at instrukserne kun delvist blev fulgt i det daglige arbejde. Det drejede sig om kontrol ved modtagelse af medicin.

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 personalet efterlever instrukserne og kontrollerer beboerens medicin ved modtagelsen og sikrer, at doseret medicin er mærket korrekt, som medicininstruksen foreskriver

Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

De sundhedsfaglige forhold blev dokumenteret i beboermapper.

Ved tilsynet blev tre beboeres sygeplejefaglige optegnelser gennemgået. Alle optegnelserne indeholdt en aktuell helhedsvurdering af beboerens sundhedstilstand, der omfattede mellem otte og 11 sygeplejefaglige problemområder, som er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og som tilsynet omfatter. Der manglede en beskrivelse af kommunikation, hud og slimhinder og udskillelser. Vurdering af problemområderne er nødvendig for at udføre den fornødne pleje og behandling.

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

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

I to stikprøver, hvor beboerne var i behandling med antipsykotisk medicin, fremgik det, at der var planlagt undersøgelser for at følge om beboerne udviklede bivirkninger af behandlingen. I én stikprøve var der ikke dokumentation for hvilke undersøgelser der var planlagt i forbindelse med en beboers nylige opstart af antipsykotisk behandling. Manglende observation og kontrol af bivirkninger kan udgøre en risiko for beboerne.

De sygeplejefaglige optegnelser hos en 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 en beboers nylige opstartede antipsykotiske behandling.

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 alle relevante målepunkter opfyldt i de to ud af tre stikprøver. I én stikprøve var et medicin-kort ikke signeret.

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 det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme
- at alle notater i de sygeplejefaglige optegnelser er signeret

Side 7

Sundhedsstyrelsen

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

Medicinhåndtering

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

Dokumentationen af medicinordinationerne var ikke korrekt i én ud af tre stikprøver.

I én stikprøve havde en beboer fået udleveret en ugedoseringsæske fra distriktspsykiatrisk center. I denne ugedoseringsæske lå der et medicinkort, hvor der manglede ordinationsdato, ordinerende læges navn, døgndosis, signering af den person der havde udfyldt medicinskemaet, behandlingsindikation og beboerens personnummer.

Det fremgik af medicinkortet, at et nyt antipsykotiskpræparat var under optrapning, der var ikke dokumentation for ordinationen hverken på medicinkortet eller i journalen, og det fremgik heller ikke over hvor lang en periode optrapningen skulle foregå..

Det blev oplyst, at personalet igennem flere dage havde forsøgt både telefonisk og på mail, at få verificeret beboerens nye behandling på distriktspsykiatrisk center. Dette var dog ikke blevet dokumenteret i beboermappen og det var stadig ikke lykkedes at få kontakt med distriktspsykiatrisk center.

Antallet af tabletter angivet i medicinskemaet var ikke i overensstemmelse med antallet af tabletter i doseringsæskerne i én ud af tre stikprøver.

Som ovenfor anført stemte optrapningen af medicin ikke overens med det der stod på medicinskemaet.

Medicinen blev opbevaret forsvarlig. Den ordinerede medicin fandtes i beboerens medicinbeholdning. Aktuell medicin blev holdt adskilt fra ikke aktuell medicin

Doseringsæsker og doseringsposer med ophældt medicin var mærket korrekt i to stikprøver. I én stikprøve manglede der navn og personnummer på doseringsæskerne.

Der fandtes ikke medicin med overskredet holdbarhedsdato.

Det blev drøftet, at personale der modtager medicin skal kontrollere medicinen ved modtagelsen, som medicininstruksen foreskriver – også når medicinen modtages eller medbringes, af beboeren fra distriktspsykiatrisk center.

I to stikprøver fremgik det, hvornår medicinordinationerne sidst var gennemgået i samarbejde med den praktiserende/behandlende læge.

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

Afvigelser fra gældende regler medfører følgende krav:

- at dato for ordination og seponering, ordinerende læges navn/sygehusafdeling, præparatets navn, dispenseringsform og styrke, tidspunkter for indgift, enkeltdosis og døgnosis fremgår af medicinskemaet
- at behandlingsindikationer fremgår af medicinskemaet
- at der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin
- at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinskemaet og antallet af tabletter i doseringsæskerne/doseringsposerne
- at doseringsæsker mærkes med navn og personnummer
- at det fremgår af medicinskemaet hvornår beboernes læge har gennemgået 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 tilfredsstillende. Der var normalt ikke problemer med at få kontakt til lægen, ved sygebesøg, indhentning af oplysninger og revision af medicinlisten.

Samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen fungerede tilfredsstillende. Samarbejdet med distriktspsykiatrisk center fungerede ikke altid tilfredsstillende. Der var lavet en aftale om kommunikation ved fax, når der var ændringer i beboernes medicinske behandlinger, dette fungerede ikke altid optimalt og det var til tider svært at komme i direkte dialog med distriktspsykiatrisk center, når der var spørgsmål vedrørende nye ordinationer

Der var som regel et velfungerende samarbejde med de lokale hospitaler. Ved udskrivning af beboerne fra hospitalerne fik bostedet relevante oplysninger om undersøgelse, behandling og pleje.

Det blev drøftet, at samarbejdsrelationer skulle løses på lederplan.

Side 9

Patientrettigheder

Sundhedsstyrelsen

Bostedet 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 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 blandt 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

Side 10

Sundhedsstyrelsen

Personalet oplyste, at beboerne ikke rutinemæssigt fik tilbud om at blive vejret, når de flyttede ind på bostedet, med mindre at de selv ønskede dette. 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.

Bostedet havde særlig fokus på kost og motion.

Der var indført nye rutiner for en sund morgenmad, som blev indtaget i fællesskab. Dette var ifølge beboerne en stor succes.

Aktivering og mobilisering

Ved tilsynet blev det oplyst, at beboernes fysiske funktionsniveau og eventuelle behov for træning blev vurderet af personalet ved indflytningen. Alle beboere var fysisk selvhjulpne. Havde beboerne behov for fysioterapeutisk træning, blev de henvist til vederlagsfri fysioterapi gennem den praktiserende læge. Enkelte beboere trænede på distriktspsykiatrisk center, hvor de ofte fik suppleret træningen med øvelsesprogrammer, der blev fulgt op sammen med personalet på bostedet.

Alle beboere fik tilbud om daglig motion.

Bygningsforhold og indeklima

Det blev oplyst, at der på bostedet var indeklimaproblemer, som havde betydning for beboernes sundhed. Det blev oplyst, at der havde været vandskade i kælderen, dette havde dog ikke betydning for indeklimaet, da hverken beboere eller personalet opholdt sig der.

Kvalitetssikring og egenkontrol

Fra efteråret 2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til også at omfatte den kommunale sundhedssektor og de sociale institutioner. Bostedet havde endnu ikke taget indberetningssystemet i brug. Der var endnu ikke fremkommet retningslinjer fra forvaltningen om hvordan der skal indberettes Fejl og utilsigtede hændelser.

Der foregik på bostedet en systematisk kvalitetssikring og registrering og opfølgning af fejl og mangler vedrørende medicinhåndtering, den sundhedsfaglige dokumentation 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 bostedet. Vurderingen blev foretaget af personalet.

Bostedet havde ikke ansat terapeuter.

Der var træningsredskaber til rådighed på bostedet. Bostedet havde ikke undervisningsmateriale og undervisningsprogrammer vedrørende fysisk træning.

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

Bostedet havde skriftlige retningslinjer for vurdering af fysisk funktionsniveau og behov for fysisk træning, som beskrev personalets opgaver og ansvar i forbindelse med vurdering af beboernes fysiske funktionsniveau.

I forbindelse med tilsynet blev en sygeplejerske anmodet om at besvare en række spørgsmål vedrørende hans opgaver i forbindelse med vurdering af beboernes fysiske funktionsniveau, behov for træning samt planlægning af vedligeholdelsestræning.

Sygeplejersken oplyste, at han vurderede beboernes fysiske funktionsniveau og at vurderingen omfattede en række konkrete funktioner, f. eks gang, balance etc. Vurderingen blev af sygeplejersken beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation.

Sygeplejersken planlagde selvstændigt fysisk vedligeholdelsestræning og træningsplanen blev dokumenteret.

Sygeplejersken udførte vedligeholdelsestræning

Sygeplejersken havde efter basisuddannelsen modtaget undervisning i tilrettelæggelse af fysisk vedligeholdelsestræning.

Kirsten Thornval
Sygeplejerske

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.