

Resumé til offentliggørelse

Plejehjemmet Adelaide

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 25. november 2022 givet påbud til Plejehjemmet Adelaide om at sikre forsvarlig medicinhandling, systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning, tilstrækkelig journalføring samt udarbejdelse og implementering af visse instrukser.

Styrelsen for Patientsikkerhed har påbudt Plejehjemmet Adelaide:

1. at sikre forsvarlig medicinhandling, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herfor, fra den 25. november 2022.
2. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå, fra den 25. november 2022.
3. at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herfor, fra den 25. november 2022.
4. at sikre udarbejdelse og implementering af instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, pludselig opstået sygdom og ulykke, fravalg af livsforlængende behandling samt hygiejne, fra den 25. november 2022.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 4. oktober 2022 et varslet, reaktivt tilsyn med Plejehjemmet Adelaide. Baggrunden for tilsynet var, at styrelsen havde modtaget en bekymringshenvendelse vedrørende de sundhedsfaglige forhold på stedet.

Plejehjemmet Adelaide er et selvejende plejehjem med driftsaftale med Gentofte Kommune. På tidspunktet for tilsynet var 55 patienter med forskellige diagnoser, herunder demens, og der var ansat ca. 45 medarbejdere, herunder sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygehjælpere og en fysioterapeut. Desuden var en plejehjemslæge, og læger fra lægehuset, der kom to gange ugentligt.

Tilsynet tog udgangspunkt i målepunkterne for plejeområdet, som er udtryk for de minimumskrav, styrelsen vurderer, skal efterleves på et sted som Plejehjemmet Adelaide for at understøtte, at behandling og pleje sker med den nødvendige omhu og samvittighedsfuldhed.

Ved tilsynet blev der gennemgået to journaler og foretaget to medicingennemgange. Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der kom frem ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten. For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

Styrelsen har desuden inddraget den reviderede instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, som Plejehjemmet Adelaide har sendt til styrelsen efter tilsynet. Videre har styrelsen inddraget behandlingsstedets parts-høringssvar med bemærkninger til de faktuelle oplysninger i tilsynsrapporten vedrørende tilkaldelse af AKUT-teamet. De faktuelle oplysninger er blevet rettet i tilsynsrapporten.

Styrelsen vurderer, at fremsendte instruks og bemærkninger til de faktuelle oplysninger oplysningerne ikke giver anledning til en ændret vurdering af patientsikkerheden på stedet, da det ikke på baggrund af det fremsendte kan konstateres, at der på nuværende tidspunkt er rettet op på de konstaterede forhold.

Begrundelse for påbuddet

Medicinhåndtering

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at der var problemer med medicinhåndteringen på stedet.

Medicinliste

På den ene medicinliste var der oprettet en overskrift ”medicin uden dispensering i perioden 4.10.22.- 10.10.22”. Af listen fremgik to præparater som begge var seponeret, øjendråber der ikke blev givet i øjeblikket, to præparater der ikke fandtes i medicinbeholdningen samt et præparat som også fremgik under ”fast medicin”.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en alvorlig risiko for fejlmedicinering, hvis medicinlisten ikke føres systematisk og ikke sikres opdateret.

Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedr. medicinhåndtering

I en ud af to stikprøver var der præparater, hvor patientens navn og/eller personnummer ikke fremgik. Det drejede sig om manglende label med navn og personnummer på en insulinpen samt manglende navn og anbrudsdato på en creme mod svamp.

Styrelsen konstaterede desuden i to ud af to stikprøver, at der manglede et præparat i beholdningen, samt at der i to ud af to stikprøver ikke systematisk var kvitteret for ikke-dispenserbar medicin, herunder insulin og creme for svamp.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis patienter bliver behandlet med medicinske produkter, hvor holdbarhedsdatoen er eller kan være overskredet, idet produktets virkning kan være ændret, nedsat

eller helt fraværende.

Instruks for medicin håndtering

Styrelsen kunne ved tilsynet konstatere, at der på stedet var en lokal instruks for medicin håndtering. Det er imidlertid styrelsens vurdering på grund af omfanget af fund i den praktiske medicin håndtering, at instruksen ikke var fuldt implementeret.

Desuden konstaterede styrelsen, at instruksen ikke indeholdt beskrivelse af Adrenalin. Der var en instruks for Adrenalin, som lå i VAR (en procedure- og vidensdatabase for sundhedspersoner), men der manglede en henvisning hertil i den lokale instruks.

Det er styrelsens opfattelse, at utilstrækkelige instrukser for medicin håndtering, herunder utilstrækkelig implementering, rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, da der dermed ikke understøttes og sikres en ensartet og patientsikker medicin håndtering.

Samlet vurdering af medicin håndtering

Styrelsen vurderer, at den manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler, vejledning om udfærdigelse af instrukser og Styrelsen for Patientsikkerheds pjece "Korrekt håndtering af Medicin", 2019, udgør en væsentlig patientsikkerhedsrisiko, da reglerne skal sikre at medicin håndtering sker på forsvarlig vis.

Sygeplejefaglige vurderinger

Aktuelle og potentielle problemer

Under tilsynet konstaterede styrelsen ved gennemgang af to journaler, at der ikke konsekvent var gennemført vurdering og dokumentation af patienternes aktuelle og potentielle problemer.

Eksempelvis hos en patient med Parkinson manglede beskrivelse af, hvordan sygdommen kom til udtryk. Desuden havde patienten tryksår, uden aktuel beskrivelse af udseende og den iværksatte pleje og behandling. Samme patient havde sonde, hvor plan for skift af denne ikke var beskrevet. Problemområdet respiration og cirkulation var ikke vurderet og beskrevet, selvom det var relevant. Ligeledes havde personalet dokumenteret blodtrykmålinger, uden at den behandlingsansvarlige læge havde ordineret blodtrykmålinger til kontrol, og uden, at der under tilsynet kunne redegøres for referencerammer, hvad man skal bruge det til mv.

Problemområdet smerter var ikke vurderet og beskrevet hos en patient, der havde en p.n. ordination (efter behov) på smertestillende medicin, og som ikke havde anvendt dette igennem en længere periode.

En patient havde både fast og p.n. ordination på laxantia pga. tendens til obstipation. Problemområdet udskillelser var imidlertid ikke fyldestgørende vurderet, og der manglede beskrivelser af patientens normale afføringsmønster og derved grundlag for at vurdere, hvornår patienten havde behov for supplerende laxantia.

Oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser

Ved gennemgang af to journaler var oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser mangelfuld.

Eksempelvis fremgik det ikke, at en patient havde dropfod med begrænset standfunktion og var kørestolsbruger samt havde allergi og problemer med inkontinens. Hos en anden patient fremgik det ikke, at patienten ikke havde noget sprog, epilepsi og netop udtrappet af medicin for epilepsi. Samme patient var kørestolsbruger og havde problemer med ødemer, uden dette var beskrevet.

Aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Ved gennemgang af to journaler var der ikke i tilstrækkelig grad planer for patienternes pleje og behandling eller evaluering af den iværksatte behandling.

Hos en patient var det beskrevet, at denne havde fået seponeret sin epilepsimedicin og ordineret pn medicin i tilfælde af anfald. Der manglede imidlertid beskrivelse af den iværksatte aktuelle pleje og behandling i forbindelse med anfald. Samme patient havde blæretømningsbesvær og kateter (KAD), hvor der manglede fyldestgørende beskrivelse af aktuel pleje og behandling, herunder frekvens for skylning af KAD.

Hos en anden patient var der iværksat ny behandling mod forhøjet blodtryk, men der manglede beskrivelse af opfølgning og evaluering af den iværksatte behandling. Hos samme patient var der beskrevet to problemstillinger vedrørende svamp. Der manglede beskrivelse af, hvordan dette blev behandlet samt effekt af dette, ligesom seneste opdatering var af ældre dato - tilbage fra 2021. Patienten havde urolige ben og var i behandling herfor. Det fremgik imidlertid ikke, om der havde været effekt af behandlingen, og hvorvidt der var fulgt op på evt. årsag til dette.

Samlet vedr. sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning

Der kunne under tilsynet ikke i tilstrækkeligt omfang redegøres mundtligt for patienternes aktuelle og potentielle problemer, sygdomme og funktionsnedsættelser samt den iværksatte pleje, behandling og opfølgning. Styrelsen har derfor lagt til grund, at de ovenfor nævnte mangler ikke alene kan henføres til manglende journalføring, men må anses som udtryk for, at der ikke foretages de fornødne grundlæggende vurderinger og opfølgning herpå.

Det er styrelsens opfattelse, at vurdering af disse forhold og dokumentation heraf er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da dette udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser der skal iværksættes.

Det er videre styrelsens opfattelse, at manglende vurdering af relevante sygeplejefaglige problemområder og dokumentation heraf også kan have betydning for senere vurderinger af patientens tilstand, da der er risiko for, at der opstår tvivl om, hvorvidt et symptom inden for et område er nyopstået eller ej. Det kan medføre en forsinkelse i identifikation af et potentielt problem og deraf afledt manglende relevant pleje og behandlingen af patienten eller forsinkelse heraf.

Det er på denne baggrund styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke sikres tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger af patienterne, og når der ikke sikres opfølgning på sygeplejefaglige observationer.

Styrelsen henviste til vejledning om sygeplejefaglig journalføring.

Journalføring

Ved tilsynsbesøget kunne styrelsen konstatere, at der ikke blev udført journalføring i overensstemmelse med bekendtgørelse nr. 1225 af 8. juni 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen) og vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring.

Overskuelig og systematisk journalføring

Styrelsen kunne under tilsynet konstatere ved gennemgang af to journaler, at disse ikke var overskuelige, idet der var en uens anvendelse og systematik i dokumentationen. Det betød, at personalet havde svært ved at fremfinde informationer om patienternes pleje og behandling i journalerne.

Ved interview blev det oplyst, at oplysninger om patienternes pleje og behandling kunne fremsøges i såvel stuegangsnotater, observationsnotater og korrespondance med lægerne uden henvisning fra problemområde. Fx var der for en patient beskrevet plan for skift af PEG-sonde i korrespondance, hvor plan for interventioner ved epileptiske anfald kunne fremsøges i observationsnotater. For en anden patient med fx forhøjet blodtryk kunne relevante oplysninger vedrørende plan for behandling fremsøges i stuegangsnotat uden henvisning fra problemområde.

Det er styrelsens opfattelse, at en systematisk og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med samarbejdspartnere. Journalen skal kunne give et overblik over patientens til-

stand, så personalet blandt andet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering i en eventuel akut situation.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, at journalen ikke gav et tilstrækkeligt overblik over den sundhedsfaglige pleje og behandling af patienterne.

Journalføring af habilitet og samtykke

I en ud af to stikprøver manglede beskrivelse af, om patienterne var vurderet til helt eller delvist at kunne give et informeret samtykke til pleje og behandling. Personalet kendte regelsættet vedrørende patienters retsstilling og kunne mundtligt redegøre for vurderingen af patienternes samtykkekompetence, men vurderingerne var ikke journalført.

I to ud af to stikprøver manglede desuden dokumentation for indhentet samtykke i forbindelse med kontakt til egen læge. Medarbejderne kunne redegøre for, hvordan de sædvanligvis indhentede mundtligt samtykke i relevante situationer.

Reglerne om information og samtykke har til formål at sikre patienternes selvbestemmelse og er et grundlæggende princip inden for sundhedsretten.

Det er styrelsens opfattelse, at utilstrækkelig journalføring af habilitetsvurdering og samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, da grundlaget for indhentelse af samtykke så ikke er klart.

Styrelsen henviste til sundhedsloven, vejledning nr. 161 af 13. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. samt journalføringsbekendtgørelsen.

Instruks for journalføring

Ved tilsynet blev det oplyst, at alle medarbejdere havde adgang til den elektroniske journal ved brug af koder, men kun ca. 50 % af medarbejderne benyttede den elektroniske journal på grund af begrænset IT-forståelse. Det blev oplyst, at der var undervisning i gang.

Det er styrelsens vurdering, at utilstrækkelige instrukser til brug for den sundhedsfaglige dokumentation samt implementering heraf rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, da der dermed ikke understøttes og sikres en ensartet og dækkende journalføring.

Styrelsen henviste til vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser.

Samlet vurdering vedr. journalføring

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af ikke ajourført, fyldestgørende og systematisk journalføring rummer en betydelig fare for patientsikkerheden både med hensyn til sikring af kontinuitet og kvalitet i pleje og behandling af den enkelte patient.

Instrukser

Styrelsen kunne ved tilsynet konstatere, at der på plejehjemmet Adelaide var instrukser, der manglede, instrukser, der var mangelfulde samt instrukser, der ikke var tilstrækkeligt implementeret.

Ved gennemgang af instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling manglede beskrivelse af vikarer og afløsere, herunder ansvar og opgaver. Ledelsen kunne imidlertid redegøre for manglerne, og behandlingsstedet har efter tilsynet fremsendt en revideret og tilstrækkelig instruks herfor.

Ved gennemgang af instruks vedrørende pludselig opstået sygdom og ulykke var instruks ikke tilpasset plejehjemmet Adelaide. Instruks var fra VAR (en procedure- og vidensdatabase for sundhedspersoner), og der manglede tilpasning i forhold til behandlingsstedets fremmøde af faggrupper i de enkelte vagter samt weekend og helligdage. For eksempel blev ved interview oplyst, at akutteamet ikke skulle kontaktes, når der var sygeplejerske på vagt. Ledelsen oplyste tillige, at en bestemt faggruppe/social- og sundhedshjælpere ikke havde kompetencer til at opstarte hjerte-lungeredning, hvorfor der var planlagt undervisning i 2023.

Ved gennemgang af instruks for fravælg af livsforlængende behandling blev det under tilsynet oplyst, at der ikke var udarbejdet en instruks for behandlingsstedet. Ledelsen oplyste, at VAR blev anvendt som arbejdsgang for fravalg af livsforlængende behandling, men at denne ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

Desuden konstaterede styrelsen, at instruks for hygiejne endnu ikke var fuldt implementeret, idet tilsynet observerede medarbejdere med kunstige negle.

Derudover konstaterede styrelsen, at instrukser både lå elektronisk og i en mappe på grund af flere medarbejders manglende IT-kompetencer. Dog var instrukserne i mappen ikke de senest opdaterede svarende til de elektroniske instrukser, og det var ikke alle de elektroniske instrukser, som var tilgængelige i mappen.

Fund vedrørende instrukser for medicin håndtering og sundhedsfaglig dokumentation er behandlet særskilt under ”Medicin håndtering” og ”Journalføring”.

Det er styrelsens vurdering, at fraværet af tilstrækkelige sundhedsfaglige instrukser inden for de nævnte områder, herunder implementering heraf, rummer

en betydelig risiko for patientsikkerheden, idet instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Styrelsen henviste til vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser.

Samlet vurdering

Styrelsen vurderer, at fejlene og manglerne i relation til medicinhåndtering, sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning, journalføring samt visse instrukser udgør kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen har hertil lagt vægt på, omfanget af uopfyldte målepunkter samt fundenes karakter.

Selvom styrelsen vurderer, at der er tale om kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden, har styrelsen vurderet, at et påbud om at rette op på forholdene aktuelt vil være tilstrækkeligt for, at der kan rettes op på patientsikkerheden på stedet, idet ledelsen ved drøftelserne under tilsynet udtrykte forståelse for alvorligheden af manglerne samt evne til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet.