

Endelig tilsynsrapport for Kirsebærhaven

Adresse: Kirsebærvej 4, 6000 Kolding

Kommune: Kolding

Leder: Elise Jochumsen

Telefon: 76325400

E-post: esjo@kolding.dk

Dato for tilsynet: 19. januar 2017

SST-id: PHJSYN-00006154

P-nr.: 1010522559

Sagsnr.: 5-9011-592/2

Tilsynet blev foretaget af: Overlæge, sektionsleder Lene Annette Norberg og
oversygeplejerske Hanne Juhl Pedersen.



Formål og lovgrundlag

Med baggrund i Sundhedslovens § 213 har Styrelsen for Patientsikkerhed et ansvar for at være orienteret om udviklingen på det sundhedsfaglige område, samt at reagere hvis forhold på sygehuse eller behandlingssteder kan udgøre en fare for patientsikkerheden.

Uddrag af Sundhedsloven [LBK nr 1188 af 24/09/2016]:

§ 213. ²⁰⁾ Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører løbende tilsyn med udvalgte behandlingssteder nævnt i § 213 c, stk. 1, ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden.

Stk. 3. Styrelsen for Patientsikkerhed kan bemyndige personer til at udføre tilsynet efter stk. 1 og stk. 2.

Stk. 4. Bliver Styrelsen for Patientsikkerhed bekendt med overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, orienterer styrelsen vedkommende behandlingssted eller myndighed. Styrelsen for Patientsikkerhed orienterer desuden offentligheden, når særlige sundhedsmæssige forhold gør det nødvendigt.

Med baggrund i en bekymringshenvendelse til Styrelsen for Patientsikkerhed, der vedrørte patientsikkerheden på Kirsebærhaven, besluttede styrelsen i medfør af sundhedslovens § 213, stk. 1, at gennemføre et varslet tilsyn på plejehjemmet.

Bekymringshenvendelsen kunne give mistanke om, at der ikke var en tilstrækkelig dokumentation af de aftaler der var med de praktiserende læger samt at sundhedsfaglige journaloptegnelser ikke var ført tilstrækkeligt overskueligt og systematisk, med risiko for at den enkelte medarbejder, ikke kunne få det nødvendige overblik i konkrete kliniske situationer.

En læge havde indledningsvist fået samtykke, via personalet, til vaccination af to beboere. Da lægen ankom til plejehjemmet havde en ansat efter at have kontrolleret kalenderen, bekræftet at vaccination var ønsket. Da Lægen efterfølgende indførte vaccinationsoplysningerne i vaccinationsregistret, blev det klart, at patienterne nogle uger forinden havde fået influenzavaccination af et privat vaccinationsselskab, og dermed var blevet vaccineret for influenza to gange. Både lægen og lederen af plejehjemmet havde indberettet hændelsen til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, DPSD.

Ved de tidligere lovpligtige frekvensbaserede plejehjemstilsyn fremgik det af tilsynsrapporterne i 2012, 2013, 2014 og 2015, at der havde været fejl og mangler i den sundhedsfaglige dokumentation.

Af tilsynsrapporten fra plejehjemstilsynet i 2015 fremgik det dog, at der kun havde været en enkelt fejl og mangel: at de sygeplejefaglige optegnelser ikke blev ført overskueligt og systematisk, og konklusionen på tilsynet havde været, at der samlet kun var ringe risiko for patientsikkerheden.

Tilsynets gennemførelse

Tilsynet blev udført af en overlæge og en oversygeplejerske fra Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Syd.

Indledningsvis blev der afholdt et møde med lederen af plejehjemmet og en sygeplejerske, hvor tilsynets formål og metode blev præsenteret:

Formålet med tilsynsbesøget den 19. januar 2017 var at undersøge, om lederen af Kirsebærhaven havde sikret en overskuelig og systematisk dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser, samt i hvilken omfang personalet fulgte ledelsens anvisninger, specielt i forhold til dokumentationen af aftaler med de behandlende læger.

Styrelsen ønskede en redegørelse for plejhjemmets procedurer i forbindelse med de årlige influenzavaccinationer samt plejhjemmets procedurer i forbindelse med kontakt og aftaler med læger og sygehuse, samt dokumentationen heraf. Desuden ønskede styrelsen en redegørelse for tiltag iværksat siden plejhjemstilsynet i 2015 for at sikre en overskuelighed og systematik i dokumentationen. Derefter ville der blive foretaget et antal stikprøver i patienternes elektroniske journaler med henblik på at undersøge om ovenstående havde afspejlet sig i personalets praksis

Det blev oplyst, at Kirsebærhaven var et kommunalt drevet plejhjem beliggende i Kolding kommune. Plejhjemmet bestod af 5 små huse med hver 6 lejligheder, og 2 huse med hver 16 lejligheder. Desuden var der et fælles hus med bl.a. personale og beboer faciliteter. Kirsebærhaven havde således i alt plads til 66 beboere. Der var ansat 2 sygeplejersker på henholdsvis 37 timer pr. uge og 34 timer pr. uge. Derudover bestod personalegruppen af SSA og SSH med cirka lige mange af hver. Der blev brugt vikarer, hvoraf alle faste var i gang med en sundhedsfaglig uddannelse.

Redegørelse for plejhjemmets procedurer i forbindelse med de årlige influenzavaccinationer.

Influenzavaccinationer blev altid aftalt med patienternes egne læger med mindre de selv arrangerede eller ønskede andre til at gøre det. Det var oftest egen læge, som forespurgte hvilke patienter, der ønskede medicingennemgang og influenzavaccination, og på baggrund heraf blev der af den ansvarlige social- og sundhedsassistent i hver enhed udarbejdet en liste over de patienter, som ønskede det.

Lederen havde under sin opfølgning på den utilsigtede hændelse afdækket hændelsesforløbet: Den praktiserende læge havde på sin første henvendelse fået oplyst, at de to beboere ønskede medicingennemgang og influenzavaccination i deres egen bolig på plejhjemmet, og der var aftalt en dato primo november. I samme periode havde et privat vaccinationsselskab, sendt et tilmeldingsskema til de



STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED

to patienter, da de inden indflytning på plejehjemmet havde fået vaccination herigennem. En social- og sundhedshjælper havde på opfordring fra patienterne, hjulpet med at returne

re/poste skemaet, med anmodning om influenzavaccinationerne. SSHeren havde ikke meddelt dette til sygeplejerskerne eller social- og sundhedsassistenterne, og havde heller ikke noteret det i de sygeplejefaglige optegnelser.

Ultimo oktober havde en ansat fra vaccinationsselskabet spurgt personalet om vej til de to patienter, pågældende havde ikke præsenteret sig og havde virket lidt afvisende og insisteret på at vaccinationerne var aftalt. Personalet havde antaget, at det var en ansat fra lægehuset, der var kommet for at udføre den bestilte vaccination. Der havde ikke været en henvendelse til lægen om det, da det var deres opfattelse, at det var en ansat ved lægehuset, der havde været der. Da patienternes egen læge primo november havde henvendt sig og spurgt efter de to patienter, havde en anden ansat set i kalenderen, at sikret at det var efter den aftale, der var indgået, at lægen kom.

Lederen havde efterfølgende haft en samtale med social- og sundhedshjælperen, som ikke før hændelsesforløbet havde reflekteret over at bestilling af vaccinationer var en handling, som dels skulle dokumenteres og dels meddeles videre/drøftes med en sundhedsfaglig medarbejder, og vedkommende havde efter samtalen fået en forståelse for dette. Tilfældet var desuden blevet behandlet på personalemøder, hvor proceduren for tilrettelæggelse og dokumentationen var blevet gennemgået.

Lederen blev rådgivet til, at den utilsigtede hændelse kunne drøftes i samarbejdsorganet KLU med henblik på eventuelle aftaler om tilrettelæggelsen af influenzavacciner generelt i kommunen.

Plejehjemmets procedurer i forbindelse med kontakt og aftaler med læger og sygehuse, samt dokumentationen heraf.

Der var en generel instruks for dette, og det oplyst, at det altid var en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent, der kontaktede en læge eller sygehuset. Hvis der var henvendelser fra sygehuset, ville telefonen altid blive stillet om til en fra disse faggrupper.

Hvis der blev sendt ordinationer eller informationer fra læge eller sygehus var det ligeledes en fra disse faggrupper, som varetog dem. Indgående edifact blev gennemgået to gange i hver vagt.

Redegørelse for tiltag iværksat siden plejehjemstilsynet i 2015 for at sikre en overskuelighed og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation.

Lederen havde ansat en sygeplejerske på fuld tid i 2013, og yderligere en på 34 timer ugentlig efter tilsynet i 2015 med henblik på et løft af den sundhedsfaglige dokumentation. De to sygeplejersker var tilknyttet hver sin gruppe af ansatte og beboere, de deltog i plejen af de mest komplekse borgerforløb med henblik på at kunne indgå i supervision af de ansatte.

Plejehjemmet skulle i oktober 2017 overgå fra det elektroniske journalsystem Care til det elektroniske journalsystem Nexus. Det forventedes, at det ville løse de sidste problemstillinger med systematikken.



STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED

Resultat af et antal stikprøver i patienternes elektroniske journaler med henblik på at undersøge om ovenstående tiltag, havde afspejlet sig i personalets praksis

Der blev udført flere stikprøver på patienter i det hus, hvor de to beboere boede. Det fremgik af alle stikprøver, om beboerne ønskede influenzavaccination, hvorvidt det

var udført og dato på vaccinationsdagene. Aftalerne med de behandlende læger fremgik ligeledes tydeligt af alle stikprøverne. I to af stikprøverne viste den syge

plejefaglige dokumentation systematisk og overskueligt patientens aktuelle og potentielle problemer. Således fremstod journalnotaterne overskuelige, der var en oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser, dokumentation af gennemførte og kommende aftaler med behandlende læge, og en beskrivelse og opfølgning på iværksat behandling.

Konklusion:

Tilsynet blev afsluttet med et møde med deltagelse af plejehjemslederen og sygeplejersken. Redegørelserne for den utilsigtede hændelse, for samarbejdet med læger og sygehuse, iværksatte tiltag siden tilsynet i 2015, samt gennemgangen af flere af patienternes elektroniske journal viste, at der samlet kun var ringe risiko fremadrettet for patientsikkerheden. Det var styrelsens vurdering, at ledelsen og personalet havde arbejdet systematisk, målrettet og konstruktivt for at udrede den utilsigtede hændelse og havde gjort en stor indsats for at hændelsen ikke ville kunne gentage sig.

Denne tilsynsrapport vil blive offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside www.stps.dk. Styrelsen anbefaler, at behandlingsstedet ligeledes offentliggør rapporten på behandlingsstedets hjemmeside. Det bemærkes i den forbindelse, at der med virkning fra 1. juli 2017 forventes at blive indført regler, der gør det obligatorisk for behandlingsstedet at offentliggøre Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsrapport på behandlingsstedets hjemmeside.