

 Sundhedsstyrelsen

PLEJEHJEMSTILSYNET 2013

2014

Plejhjemstilsynet 2013

© Sundhedsstyrelsen, 2014. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sundhedsstyrelsen.dk>

Emneord: Plejhjem, embedslægeinstitutioner, tilsyn, medicin håndtering, sundhedsfaglig dokumentation, journalføring

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 02.07.2014

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juli 2014.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-042-5

Forord

Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med de sundhedsmæssige forhold på plejehjem og lignende boliger. Formålet med tilsynet er at forbedre den sundhedsmæssige indsats over for de svage ældre på plejehjem mv.

Ved tilsynet i 2013 har der generelt set været forbedringer inden for en række af tilsynets områder. Dermed er den positive udvikling fra de seneste år fortsat. Der er bl.a. færre plejehjem, som ved tilsynet har fået konklusionen 'fejl og mangler', plejehjemmene er blevet bedre til at følge op på de krav tilsynet stiller og personalet følger i højere grad de sundhedsfaglige instrukser, der stilles krav om. Til gengæld kan der ikke generelt set konstateres forbedringer i forhold til medicin håndtering og dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser, som er væsentlige for patientsikkerheden.

Det er kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune, der har ansvaret for at tilrettelægge indsatsen for beboere på plejehjem mv. Tilsynet gennemføres af Sundhedsstyrelsens regionale embedslægeinstitutioner. Tilsynet omfatter udelukkende de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet, og omfatter fx ikke en vurdering af, om beboerne får den rette behandling af egen læge eller under indlæggelse på sygehus. Vurderingen omfatter heller ikke beboernes generelle trivsel.

Som udgangspunkt udfører Sundhedsstyrelsen årlige tilsyn med plejehjemmene. Tilsynet på et plejehjem kan dog undlades det følgende år, hvis der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl og mangler, der efter Sundhedsstyrelsens skøn har ringe patientsikkerhedsmæssige konsekvenser. Der går aldrig mere end to år mellem, at et plejehjem får tilsyn. I 2013 blev 205 plejehjem fritaget for tilsyn i forlængelse af deres gode resultater fra 2012. Det betyder, at resultaterne fra disse 205 mest vel fungerende plejehjem ikke indgår i landsrapporten for 2013. Resultaterne fra denne rapport stammer altså alene fra de plejehjem, der ikke opfyldte kravene for at blive undtaget.

Der blev i 2013 gennemført 795 plejehjemstilsyn og i alt indsamlet 2.456 stikprøver hovedsageligt hos beboere med komplekse plejebehov. På de 795 plejehjem, hvor Sundhedsstyrelsen var på tilsyn i 2013 var der 33.464 beboere, hvorfra stikprøverne blev udtaget. Hver stikprøve indeholder 49 målepunkter, som sammen med 34 målepunkter for det enkelte plejehjem omhandler de fleste af tilsynets områder.

Lovgrundlaget for plejehjemstilsynet er sundhedslovens § 219, stk. 1 og 2, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010. Regler vedrørende tilsynet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk

Anne Mette Dons

Chef for Tilsyn & Patientsikkerhed

Henrik Trykker

Ledende embedslæge

Indhold

Erfaring fra tilsynet 2013	5
Sundhedsadministrative forhold	8
Sundhedsfaglige instrukser	8
Personalerelaterede forhold; Ansvarsområder og kvalifikationer	9
Sundhedsfaglige forhold	9
Sygeplejefaglige optegnelser	9
Medicinhåndtering	11
Adgang til sundhedsfaglige ydelser	13
Patientrettigheder	13
Sundhedsrelaterede forhold	15
Hygiejne	15
Ernæring	16
Aktivering og mobilisering	17
Bygnings- og indeklimaforhold	19
Bilagsfortegnelse	20
Tabeloversigt	20
Figuroversigt	20

Erfaring fra tilsynet 2013

I 2013 blev der gennemført plejehjemstilsyn på **795** plejehjem, se tabel 1.1. Det var de plejehjem, kommunerne meddelte, skulle have tilsynsbesøg, og som ikke var undtaget for tilsyn på baggrund af tilsynet i 2012¹. I forbindelse med tilsynene blev den sundhedsfaglige dokumentation hos **2.456** beboere med komplekse plejebehov gennemgået i form af stikprøver af bl.a. de sygeplejefaglige optegnelser og medicinbehandlingen.

Tabel 1.1. Antal gennemførte plejehjemstilsyn, 2013

Region Midt- og Nordjylland	Region Hovedstaden og Sjælland	Region Syddanmark	I alt
346	253	196	795

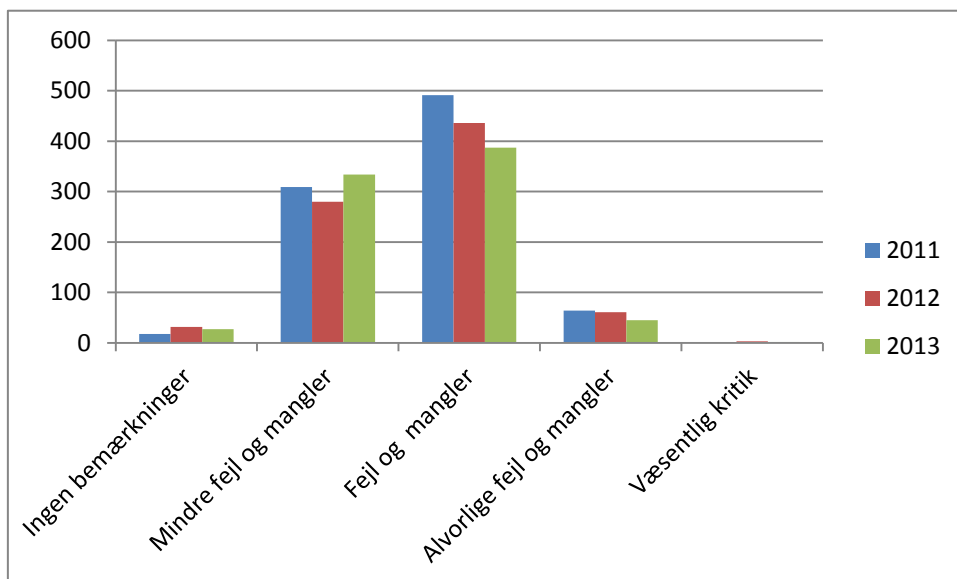
Der har gennem årene været forbedringer inden for tilsynets områder, og dette kunne også konstateres ved tilsynene i 2013. Dette medførte, at stigningen i antal af plejehjem, hvor tilsynet det kommende år blev udeladt, fortsatte fra 2012.

Af figur 1.1 ses, at andelen af plejehjem, hvor tilsynet fandt fejl og mangler, som indebar patientsikkerhedsmæssige risici, fortsat er faldende. Der er stadig kun få plejehjem, hvor tilsynet slet ikke giver anledning til bemærkninger, og en mindre andel (6 %) hvor der blev fundet alvorlige fejl og mangler. Der var to tilsyn med konklusionen alvorlige fejl og mangler, der gav anledning til væsentlig kritik i 2013. For nærmere beskrivelse af de konklusionskategorier, som bruges ved plejehjemstilsynene, og de forhold og vurderinger, der indgår som baggrund for disse kategorier, henvises til bilag 4.

De overordnede konklusioner ses i tabel 1.2.

¹ Med ændring af Sundhedsloven i 2008 blev der vedtaget mulighed for såkaldt graduering af tilsynene. Dvs. at hvis der ved tilsynet et år ikke findes fejl og mangler, eller hvis der kun findes få fejl og mangler, som ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, kan tilsynet undlades det efterfølgende år.

Figur 1.1. Overordnet konklusion på plejehjemstilsynene, 2011 til 2013



Tabel 1.2. Overordnet konklusion på plejehjemstilsynene, 2011 – 2013

Konklusion	2013		2012		2011	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen bemærkninger	27	3	32	4	18	2
Mindre fejl og mangler	334	42	280	34	309	35
Fejl og mangler	387	49	436	54	491	56
Alvorlige fejl og mangler	45	6	61	7	64	7
Væsentlig kritik	2	<1	3	<1	0	0
Totale antal tilsyn	795		812		882	

De alvorlige fejl og mangler blev især fundet inden for områderne dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser og medicinbehandling. I enkelte tilfælde var den sundhedsfaglige dokumentation så mangelfuld og ustruktureret, at det var vanskeligt at få overblik over behandling og pleje og at vurdere kvaliteten af den. I flere tilfælde var opfølgningen på de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen havde givet ved tilsynet de foregående år, ikke tilfredsstillende.

Kun på to plejehjem fandt tilsynet så alvorlige fejl og mangler, at det gav anledning til væsentlig kritik, og til at kommunerne blev kontaktet samme dag. Der blev foretaget opfølgende tilsyn på plejehjemmene, og Sundhedsstyrelsen konstaterede, at der var sket en væsentlig forbedring af patientsikkerheden ved genbesøgene.

Det kunne ved hovedparten af tilsynene konstateres, at plejehjemmene havde arbejdet med at efterkomme de krav, som Sundhedsstyrelsen havde stillet ved tilsynet året før. På 77 % af plejehjemmene var der fulgt op på alle krav i 2013, mod 67 % i 2012. På 17 % af plejehjemmene var der kun fulgt delvist op (28 % i 2012).

Som det ses af tabel 1.3, var andelen af plejehjem, hvor de sundhedsfaglige forhold var så tilfredsstillende, at de kunne undtages fra tilsyn, steget fra 23 % i 2012 til 26 % i 2013.

Tabel 1.3. Antal plejehjem undtaget for tilsyn året efter, 2011 – 2013

	2013		2012		2011	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Undtaget fra tilsyn	205	26	186	23	118	13
Antal udførte tilsyn	795		812		882	

Sundhedsstyrelsen foretog i 2013 tilsyn på 178 plejehjem, som jf. reglerne om graderet tilsyn var undtaget for tilsyn i 2012 og dermed ikke havde modtaget tilsyn siden 2011. Oprindeligt var 186 plejehjem undtaget for tilsyn i 2012, men 8 af disse var i mellemtiden blevet lukket.

Sundhedsstyrelsen skal modtage oplysninger fra de plejehjem, der er undtaget for tilsyn det følgende år, hvis der sker væsentlige ændringer mellem tilsynene, f.eks. ny daglig ledelse, større personaleudskiftning eller lignende, som kan indebære patientsikkerhedsmæssige risici, jf. bilag 4.

Sundhedsstyrelsen har ikke konsekvent modtaget disse oplysninger.

Tabel 1.4. Overordnet konklusion på de plejehjemstilsyn, hvor plejehjemmet havde været undtaget fra tilsyn året før i perioden 2011 - 2013

Konklusion	2013		2012		2011	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen bemærkninger	11	6	9	8	7	5
Mindre fejl og mangler	91	51	44	38	60	46
Fejl og mangler	65	37	57	49	56	43
Alvorlige fejl og mangler	11	6	6	5	8	6
Væsentlig kritik	0	0	0	0	0	0
Totale antal tilsyn	178		116		131	

Der var i 2013 lidt flere af de tilsyn, der var undtaget i 2012, som i 2013 blev placeret i konklusionen Mindre fejl og mangler. Andelen, hvor der blev fundet Alvorlige fejl og mangler, var uændret fra de tidligere år, og på samme niveau som for de samlede tilsyn for året.

I det følgende sammenfattes tilsynene indenfor de forskellige dele af tilsynsområderne.

Sundhedsadministrative forhold

Sundhedsfaglige instrukser

Instrukser er et væsentligt arbejdsredskab til at styrke patientsikkerheden. Ved tilsynet vurderer Sundhedsstyrelsen, om der i det fornødne omfang findes skriftlige instrukser inden for følgende områder:

- personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling
- personalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling
- personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom
- føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser
- medicinhandling

I 2013 havde 99 % af plejehjemmene instrukser for alle områder mod 98 % i 2012

og 91 % i 2011. Formkrav til instrukserne, så som dato for ikrafttræden og seneste ajourføring samt angivelse af, hvem instruksen er skrevet til, og hvem der har skrevet den, var overholdt på 98 % af plejehjemmene.

På næsten alle plejehjem (99 %) var instrukserne let tilgængelige for alle medarbejdere. Ved interview med personalet blev det vurderet, om instrukserne var kendt af personalet, og om de blev anvendt i det daglige arbejde.

På 9 % af plejehjemmene var instrukserne enten ikke kendte, eller de blev ikke fulgt i det daglige arbejde, hvilket var en forbedring fra 2012, hvor instrukserne enten ikke var kendte eller ikke blev fulgt i det daglige arbejde på 28 % af plejehjemmene.

Personalerelaterede forhold; Ansvarsområder og kvalifikationer

Sundhedsstyrelsen vurderer ikke personalets normering, uddannelse og faglige sammensætning. Såfremt de sundhedsfaglige opgaver ikke synes at blive varetaget på forsvarlig vis, påpeger Sundhedsstyrelsen de personalerelaterede forhold i forbindelse med ansvarsområder og kvalifikationer, herunder delegation.

Ved tilsynet undersøges det, om der er en instruks for personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling. På 99 % af plejehjemmene havde man en sådan instruks, som på 97 % af plejehjemmene opfyldte Sundhedsstyrelsens krav, hvilket er uændret fra 2012, se bilag 2.

Sundhedsfaglige forhold

Sygeplejefaglige optegnelser

Formålet med ordnede sygeplejefaglige optegnelser er at sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhed i forbindelse med pleje og behandling af patienter. Sundhedsstyrelsens vejledning² indeholder regler for dokumentation af pleje og behandling, som bl.a. omfatter dokumentation på plejehjem. Kravene indebærer, at der er pligt til at føre ordnede optegnelser på en række områder, og disse krav til dokumentation er udtrykt i målepunkterne for plejehjemstilsynet.

De sygeplejefaglige optegnelser blev vurderet ved stikprøver med 21 målepunkter. Målepunkterne omhandler dels kravene til dokumentation af beboernes fysiske og psykiske helbredstilstand samt pleje og behandling, dels krav til opbevaring af dokumentationen og til personalets måde at dokumentere på.

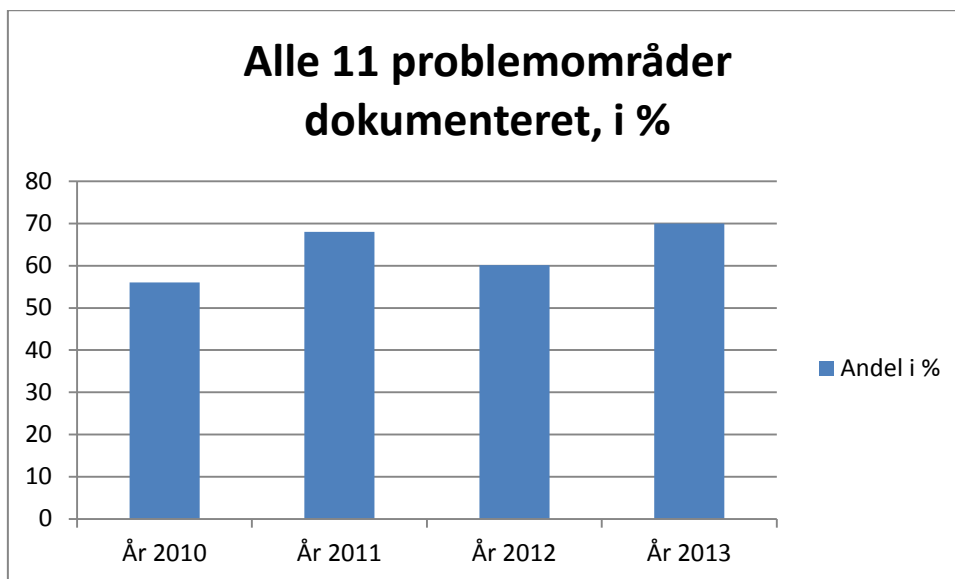
² Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr 9019 af 15/01/2013

Der stilles endvidere krav til dokumentation af information og samtykke i forbindelse med pleje og behandling (se afsnit Patientrettigheder), til dokumentation af medicinhåndteringen (se afsnit Medicinhåndtering) og til dokumentation af ernæring og træningsaktiviteter (se afsnit Ernæring og Aktivisering og mobilisering).

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser præciserer, at der skal foreligge en aktuell beskrivelse af beboernes sundhedstilstand og eventuelle problemer f.eks. vedrørende syn, hørelse, hukommelse, balance, kommunikation, vejrtrækning, kredsløb mv. (jf. bilag 2, målepunkter vedrørende sygeplejefaglige optegnelser, punkt 2111- 2119 + 21110 - 21111). Det skal fremgå af dokumentationen, om der er aktuelle problemer eller ej. Der er ligeledes krav om, at der skal foreligge dokumentation for den sundhedsfaglige pleje og behandling af de aktuelle problemer, samt at der skal være dokumenteret opfølgning og evaluering af indsatsen.

Der har på plejehjemmene været en stigende opmærksomhed på nødvendigheden af, at samtlige 11 problemområder skal beskrives. Antallet af stikprøver, hvor de enkelte områder var beskrevet, kan ses af bilag 2. I 2013 var alle problemområder beskrevet i 70 % af stikprøverne. I 2012 var alle områder beskrevet i 60 % af stikprøverne og i 2011 var samtlige problemområder vedrørende beboernes helbreds-tilstand beskrevet i 68 % af stikprøverne.

Figur 3.1. Andelen af stikprøver hvor alle de 11 sygeplejefaglige problemområder var beskrevet, 2010 – 2013



Det er en forudsætning for at kunne udføre den nødvendige pleje og behandling hos beboerne, at problemområderne er vurderet.

Manglende og usystematisk dokumentation medfører fare for tab af information og dermed en risiko for, at beboerne ikke får den korrekte behandling og pleje.

Det skal fremgå af dokumentationen, hvilke sygdomme og handicap beboeren har, samt hvilke aftaler der er indgået med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning på disse. Andelen af stikprøver, hvor det fremgik af journalmateria-

let, hvilke sygdomme og handicap beboeren havde, var 78 %, i 2012 var andelen på 79 %. I 2013 blev det registreret i 73 % af de relevante stikprøver, hvilke aftaler der var truffet med den behandlende læge om kontrol og behandling af beboernes kroniske sygdomme. Oplysningen fremgik i 74 % af stikprøverne i 2012.

Der var en aktuell beskrivelse af den sundhedsfaglige indsats i forhold til alle beboernes sundhedsfaglige problemer i 83 % af beboernes journaler, hvilket er en forbedring fra 76 % i 2012. Resultatet af den pleje og behandling, beboerne modtog, fremgik af beboernes journaler i 62 % af stikprøverne, i 2012 var andelen 65 %.

Indikationen for den sundhedsfaglige indsats fremgik af 95 % af stikprøverne i beboernes journaler, andelen var i 2012 93 %.

De formelle krav til de sygeplejefaglige optegnelser såsom opbevaringen og den måde, notaterne blev skrevet på (angivelse af beboers navn og personnummer, dato for notaterne, signering af notaterne og rettelser), var som sidste år opfyldt i næsten alle stikprøver. Der var fortsat enkelte kommuner og plejehjem, der ikke havde elektronisk journalføring.

Der var kun få plejehjem, hvor de sygeplejefaglige optegnelser blev ført i flere journaler. I 2013 var andelen, hvor optegnelserne blev ført i mere end én journal, 3 % af stikprøverne hvilket var uændret fra 2012.

Medicinhåndtering

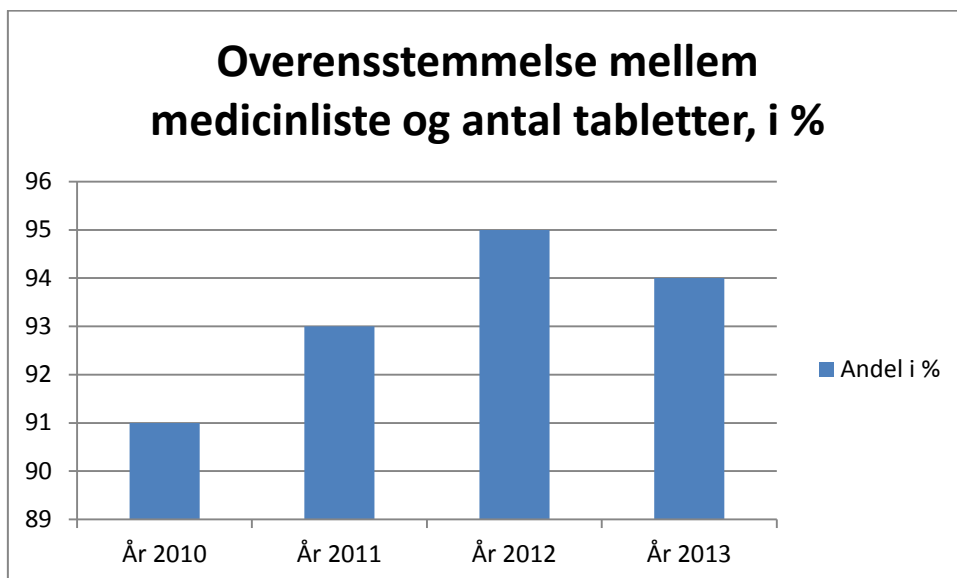
Kravene til medicinhåndteringen fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning³ og er ved tilsynet præciseret i en række målepunkter. Målepunkterne omhandler dels krav til dokumentationen vedrørende den enkelte medicinordination, dels krav til opbevaring af medicinen. Endvidere er der krav til ophældning af medicin i doseringsæsker, til mærkning af beholdere med medicin og til identifikation af beboerne i forbindelse med medicingivning.

Ved tilsynene blev medicinhåndteringen vurderet ved stikprøver hos beboere med komplekse plejehjemsbehov. Medicinhåndteringen blev vurderet ved 17 målepunkter for hver stikprøve.

I 6 % af stikprøverne var der ikke overensstemmelse mellem antallet af tabletter i doseringsæskerne og antallet af tabletter angivet på medicinskemaet, i 2012 var der uoverensstemmelse i 5 % af stikprøverne, se figur 3.2. Der var opmærksomhed på området, og flere plejehjem havde indført egenkontrol for at sikre, at doseringsfejl blev opdaget. En forskel mellem antallet af tabletter angivet på medicinskemaet og antallet af tabletter i doseringsæskerne kan betyde, at beboeren ikke får den rette medicin.

³ Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr 9429 af 30/06/2006

Figur 3.2. Andelen af stikprøver hvor der er overensstemmelse mellem antal af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/-poserne, 2010 - 2013



Det blev i 2013 også registreret, om der var overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den medicin, der var anført i medicinskemaet, hvilket der var i 92 % af stikprøverne. Dette var uændret fra 2012.

Dokumentation af dato for ordination og seponering, hvem der havde ordineret medicinen, dosis og tidspunkt for indgift og enkelt og maksimal døgndosis var til stede i mellem 97 % og 98 % af stikprøverne. Dokumentation for behandlingsindikation med medicinen var opfyldt i 89 % af stikprøverne, og dokumentation af medicinens handelsnavn, dispenseringsform og styrke var opfyldt i 79 % af stikprøverne.

Medicinen blev i stort set alle tilfælde opbevaret utilgængeligt for uvedkommende, og de enkelte beboeres medicin blev opbevaret adskilt fra de øvrige beboeres medicin.

Doseringsæsker og andre beholdere med ophældt medicin var mærket korrekt med beboerens navn og personnummer i 94 % af stikprøverne mod 91 % af stikprøverne i 2012. Mærkning af ophældt p.n. medicin (medicin givet efter behov), var overholdt i 73 % af tilfældene mod 68 % af tilfældene i 2012. Der blev set ophældt p.n. medicin i 402 af de 2456 stikprøver.

I 2011 registreredes det for første gang, hvorvidt aktuel medicin blev opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin. I 2013 blev medicin opbevaret adskilt i 88 % af stikprøverne, i 2012 var det tilfældet i 90 % af stikprøverne. Den ordinerede medicin var at finde i beboerens medicinbeholdning i 93 % af stikprøverne, hvilket var uændret fra 2011.

Der blev fundet medicin med overskredet holdbarhedsdato i 7 % af stikprøverne. I 78 % af stikprøverne var der påført en anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed, hvilket er næsten uændret fra 2012, hvor andelen var på 80 %.

Det fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår den behandlende læge havde gennemgået beboerens medicin i 91 % af stikprøverne. Dette var næsten uændret fra 2012, hvor andelen var 90 %.

Ved tilsynene blev det indskærpet, at det er vigtigt, at det personale, som varetager medicin håndteringen, har kompetence hertil og kender instrukserne. Anbefalingerne om, at plejehjemmene jævnligt og systematisk foretager kontrol af medicin håndteringen og registrerer og bearbejder fejl og utilsigtede hændelser, så erfaringerne herfra kan anvendes i arbejdet for at forbedre patientsikkerheden, blev oplyst at være fulgt. Det er kommunens og ledelsens ansvar, at medicin håndteringen foregår forsvarligt, så der ikke er risiko for patientsikkerheden.

Adgang til sundhedsfaglige ydelser

Sundhedsstyrelsen vurderer, om beboernes behov for sundhedsfaglig undersøgelse og behandling af både akutte og kroniske tilstande bliver tilgodeset. De fleste beboere, der i forvejen modtager omfattende pleje, vil ofte ikke selv være i stand til at kontakte læge mv., og det vil derfor være plejepersonalet, som formidler og varetager kontakten.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at en del af grundlaget for god praksis vedrørende pleje og behandling er, at plejepersonalet og de praktiserende læger efter indhentet samtykke fra beboerne udveksler relevante oplysninger om beboernes pleje og behandling, herunder indgår aftaler om kontrol af beboernes kroniske sygdomme. På mange plejehjem var der et struktureret samarbejde vedrørende statusbesøg hos beboerne. Plejepersonale og ledelser oplyste, at de praktiserende læger havde fokus på denne gruppe af patienter og deres kompleksitet. En del lægehuse havde aftaler om faste møder med sygeplejepersonalet med henblik på aftaler vedrørende faglig sparring samt patientsamarbejde. Plejepersonale oplyste endvidere, at muligheden for elektronisk kommunikation havde medført et bedre samarbejde med de praktiserende læger.

Ved gennemgang af instrukser, interview med personale og gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation undersøges det, om personalet har kendskab til retningslinjer for tilkald af læge eller anden relevant sundhedsperson ved f.eks. akut opstået sygdom, forværring i kroniske tilstande eller ved tilskadekomst. Det belyses, hvorvidt beboernes behov for adgang til speciallæge, omsorgstandpleje og lokale gerontopsykiatriske team tilgodeses, og hvordan samarbejdet med almen praksis, lægevagten, sygehuse m.v. er tilrettelagt. Resultatet af tilsynet viser samlet set, at der ikke konsekvent var de nødvendige og relevante oplysninger med ved udskrivelse fra sygehus. Personalet måtte ofte kontakte den udskrivende afdeling og indhente disse.

Patientrettigheder

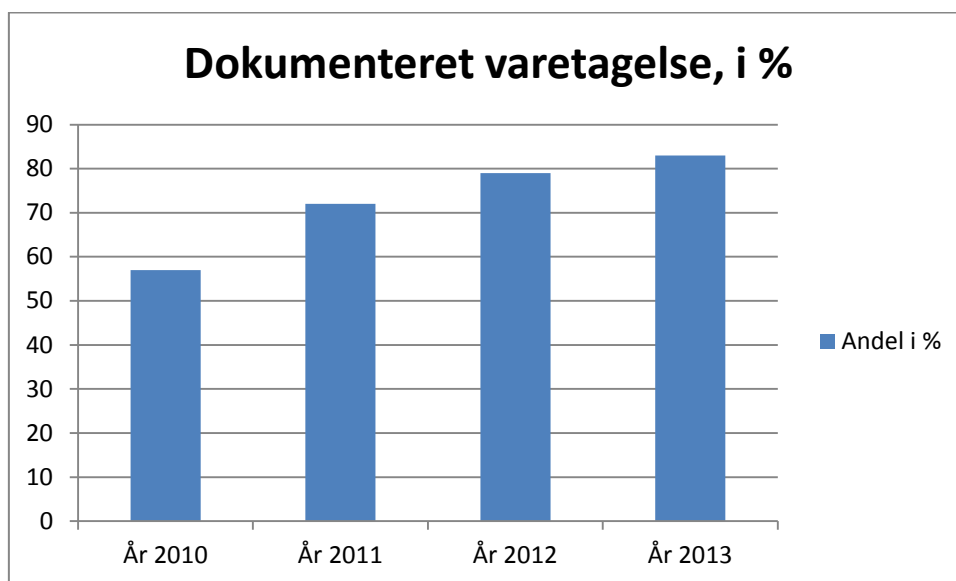
Beboere, der modtager sundhedsfaglig behandling, pleje mv., er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om patienters retsstilling. Loven, som indeholder regler om informeret samtykke, aktindsigt, tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger mv., skal sikre respekten for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse.

Sundhedsstyrelsen undersøger, hvordan man på plejehjemmet sikrer det fornødne informerede samtykke til behandling. Det gælder også beboere, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke. Det præciseres, at information og samtykke skal dokumenteres.

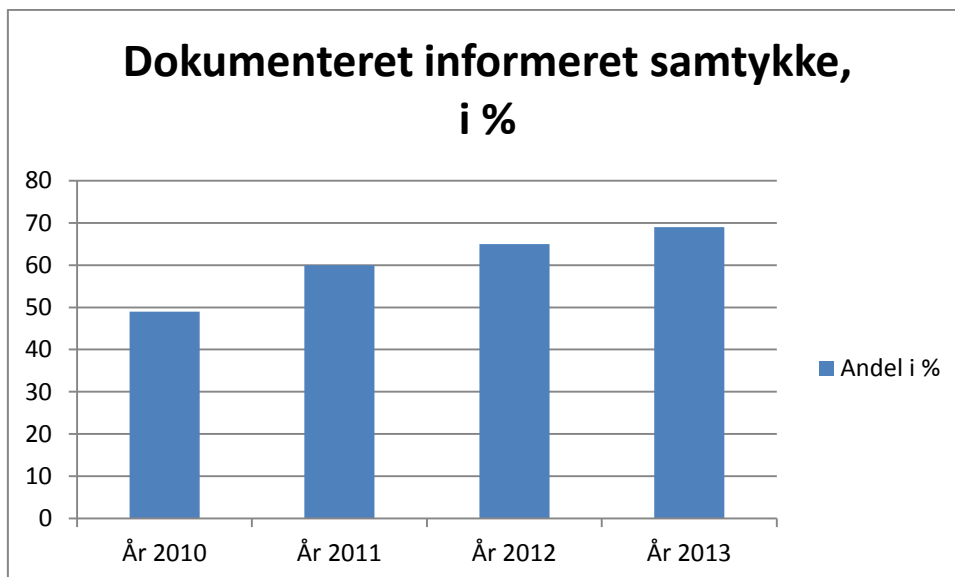
Det bliver undersøgt, hvordan beboernes ret til at kræve fortrolighed fra sundhedspersonalets side sikres, og hvordan retten til at bestemme over helbredsoplysninger forvaltes.

I 83 % af stikprøverne var det dokumenteret, hvem der varetager beboernes helbredsmæssige interesser, og det var en fortsættelse af den fremgang, som blev set i 2012, hvor oplysningen fremgik af 79 % af stikprøverne, se figur 3.3. Fremgangen vedrørende dokumentation af, at der var indhentet informeret samtykke, var fortsat til 69 % i 2013 fra 65 % i 2012, se figur 3.4. Oftest oplyste personalet, at samtykke var indhentet, men det var ikke altid blevet dokumenteret.

Figur 3.3. Andelen af stikprøver hvor det er dokumenteret, hvem der varetager beboerens helbredsmæssige interesser, 2010 - 2013



Figur 3.4. Andelen af stikprøver hvor det er dokumenteret, at der er indhentet informeret samtykke til sundhedsfaglig behandling og pleje, 2010 - 2013



Sundhedsrelaterede forhold

Hygiejne

Sundhedsstyrelsen vurderer, om den generelle hygiejniske standard mv. er tilfredsstillende og tilstrækkelig til at forebygge helbredsmæssige problemer, herunder smitsomme sygdomme. Det drejer sig især om, hvilke procedurer der anvendes for at forhindre spredning af smitsomme sygdomme, og hvilke hjælpemidler plejehjemmet anvender hertil.

Kravene til hygiejne er konkretiseret i 6 målepunkter (bilag 2), der omhandler instrukser for arbejds gange i forbindelse med smitsomme sygdomme, procedurer for håndhygiejne og hjælpemidler til opretholdelse af almindelig anerkendt hygiejnisk standard.

På 99 % af plejehjemmene var der en skriftlig instruks for, hvordan de ansatte skal forholde sig i forbindelse med smitsomme sygdomme. Dette var uændret fra 2012.

På alle plejehjem var der en procedure for instruktion af personalet i håndhygiejne, og der var næsten alle steder (99 %) mulighed for at vaske og eventuelt afspritte hænderne i beboernes bolig i forbindelse med pleje af beboerne.

Der var fortsat personale, som bar smykker og ure på hænder og underarme i forbindelse med pleje af beboerne og dermed risikerede at overføre smitte. Andelen var mindre, idet dette forhold blev observeret på 3 % af plejehjemmene mod 5 % i

både 2010, 2011 og i 2012. Der er fortsat brug for fokus på området fra kommuner, personale og ledelse på plejehjemmene.

Ved tilsynene blev der gjort opmærksom på Statens Seruminstits e-learning program om håndhygiejne, som kan anvendes til indlæring og opretholdelse af en høj kvalitet af håndhygiejne og dermed forebyggelse af smittespredning.

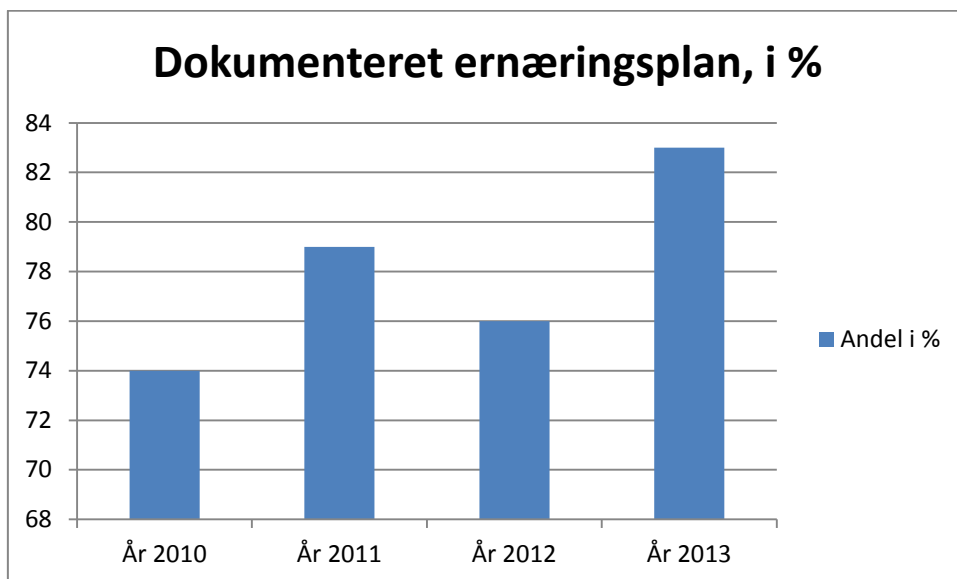
Ernæring

Ved tilsynene vurderer Sundhedsstyrelsen, om beboernes behov for ernæring tilgodeses. Kost, kostplaner og måltidernes tilrettelæggelse m.m. indgår i det kommunale tilsyn og er ikke omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn. Personalet og beboere spørges, om beboerne får tilbudt tilstrækkelig mad og væske, og om de får tilstrækkelig hjælp til at spise og drikke. Desuden undersøges det, om beboerne bliver vejjet, om vægten registreres, og om beboere med særlige behov for ernæring får lagt en kost- eller ernæringsplan. En del af kravene til sikring af beboernes ernæring er konkretiseret i en række målepunkter, se bilag 2.

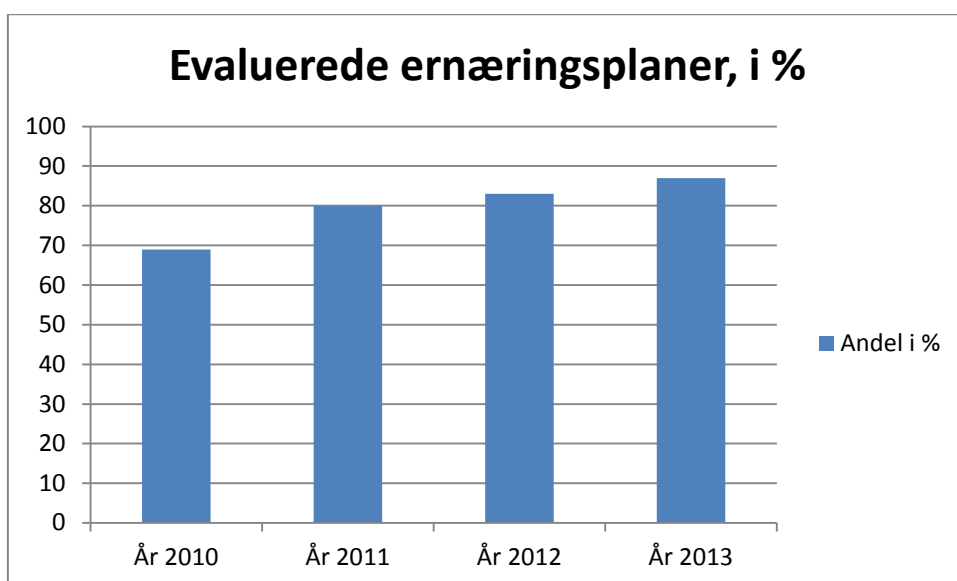
I 2011 viste stikprøverne, at 90 % af de beboere, der ønskede og havde mulighed for at blive vejjet, blev vejjet ved indflytningen på plejehjemmene. Dette spørgsmål besvares ikke specifikt i målepunkterne fra 2012 og 2013, idet vejning fra 2012 indgår som element vedrørende ernæring i de 11 problemområder. Det blev undersøgt, hvorvidt det var dokumenteret i journalerne, at der var foretaget en faglig vurdering af beboernes ernæringsbehov, herunder vejning. Det fremgik af de sygeplejefaglige optegnelser, at beboernes ernæringsbehov var vurderet og beskrevet i 92 % af stikprøverne. Dette var en forbedring fra 2012, hvor det fremgik af journalerne i 87 % af stikprøverne.

Hos 83 % af de beboere i stikprøverne, som havde særlige ernæringsmæssige behov, var det dokumenteret, at der var udarbejdet en ernæringsplan, mod 76 % i 2012, se figur 4.1. I de tilfælde, hvor der var dokumentation for, at der var lagt en ernæringsplan, var denne blevet evalueret i 87 % af stikprøverne, se figur 4.2.

Figur 4.1. Andelen af relevante stikprøver hvor der er dokumenteret ernæringsplan, 2010 - 2013



Figur 4.2. Andelen af relevante stikprøver hvor det er dokumenteret, at ernæringsplanen er evalueret, 2010 - 2013



Aktivering og mobilisering

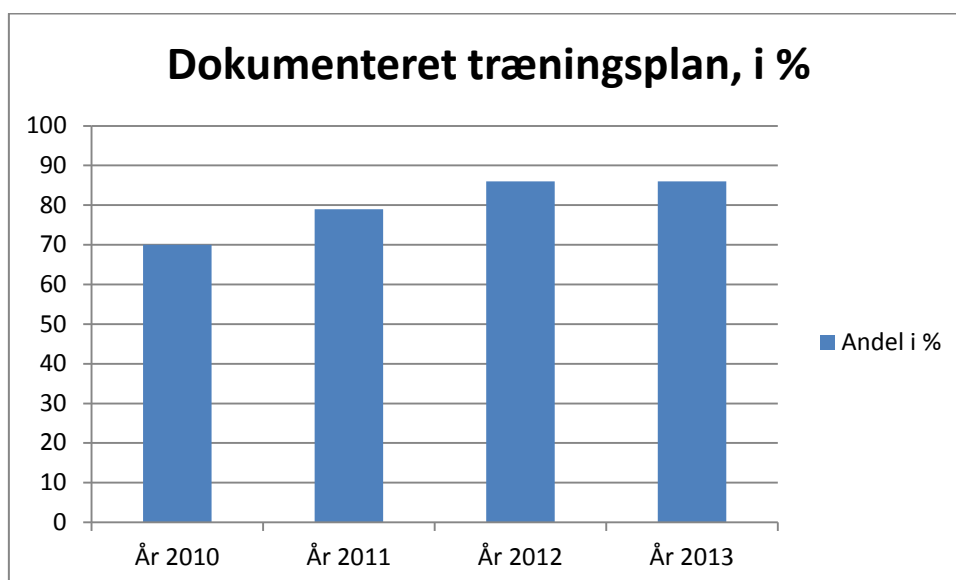
Sundhedsstyrelsen har ved tilsynet set på dokumentationen af beboernes fysiske funktionsniveau og dokumentation af beboernes behov for træning. Det er en forudsætning for at kunne foretage en faglig vurdering af beboernes behov for træ-

ning, at deres fysiske funktionsniveau er beskrevet. Beboernes behov for træning var vurderet og beskrevet i 87 % af stikprøverne, hvilket var uændret fra 2012.

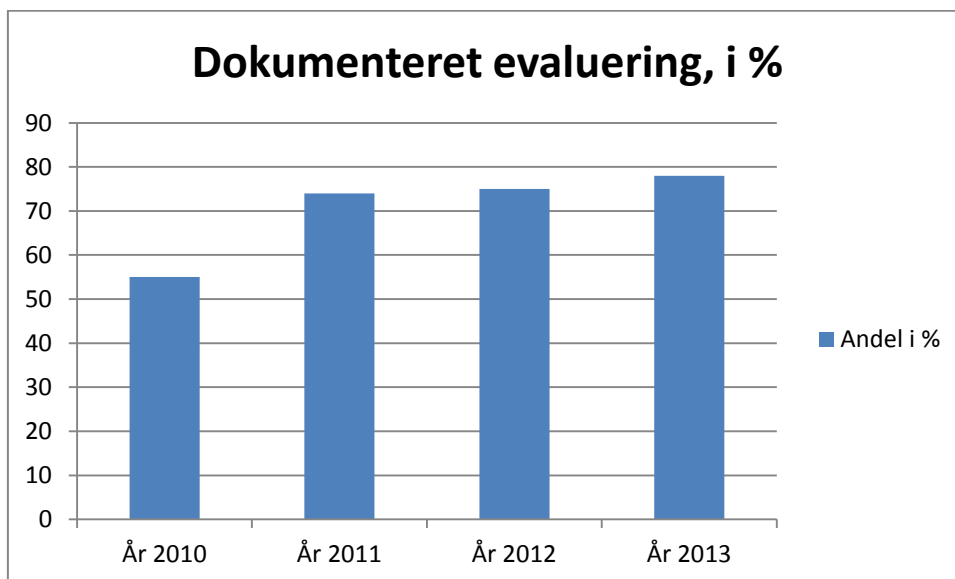
Blandt de beboere, der havde et behov for træning, forelå der et dokumenteret tilbud i 86 % af stikprøverne, hvilket var uændret fra 2012, se figur 4.3. Effekten af træningen var beskrevet i 78 % af de tilfælde, hvor beboerne modtog træning, hvilket er fortsættelse af den stigning til 75 %, som blev set i 2012, se figur 4.4. Manglende dokumentation giver risiko for tab af information og hermed risiko for forringet eller forkert behandling.

Det blev i 2011 og 2012 påpeget, at den manglende dokumentation nogle steder skyldes, at terapeuterne dokumenterer træningen i deres egne optegnelser. Det er fortsat et problem flere steder, men der er opmærksomhed på forholdet, samt på personalets ansvar for at sikre sig fyldestgørende og opdateret viden om den samlede sundhedsfaglige indsats, der pågår hos beboerne.

Figur 4.3. Andelen af relevante stikprøver hvor der er dokumenteret en træningsplan, 2010 - 2013



Figur 4.4. Andelen af relevante stikprøver hvor det er dokumenteret, at træningsplanen er evalueret, 2010 – 2013



Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår var dokumenteret i 85 % af stikprøverne i 2013 mod 84 % i 2012.

Bygnings- og indeklimateforhold

Såfremt Sundhedsstyrelsen ved tilsynene konstaterede bygnings- og indeklimateforhold, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering skønnedes at kunne medføre konkrete helbredsmæssige problemer for beboerne, f.eks. om der var forhold, som medførte særlig risiko for ulykker, herunder faldulykker, blev dette påpeget i tilsynsrapporten.

På de fleste plejehjem gav bygnings- og indeklimateforholdene ikke anledning til bemærkninger.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Målepunkter
Bilag 2:	Tilsynets gennemførelse
Bilag 3:	Grundlaget for overordnet konklusion på tilsynet
Bilag 4:	Kriterier for at undlade plejehjemstilsyn

Tabelloversigt

Tabel 1.1:	Antal gennemførte plejehjemstilsyn, 2013
Tabel 1.2:	Overordnet konklusion på plejehjemstilsynene, 2011-2013
Tabel 1.3:	Antal plejehjem undtaget for tilsyn året efter, 2011 – 2013
Tabel 1.4:	Overordnet konklusion på de plejehjemstilsyn, hvor tilsynet havde været undtaget for tilsyn året før i perioden 2011-2013

Figuroversigt

Figur 3.1:	Andelen af stikprøver hvor alle de 11 sygeplejefaglige problemområder var beskrevet, 2010-2013
Figur 3.2:	Andelen af stikprøver hvor der var overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/-poserne, 2010-2013
Figur 3.3:	Andelen af stikprøver hvor det er dokumenteret, hvem der varetager beboerens helbredsmæssige interesser, 2010-2013
Figur 3.4:	Andelen af stikprøver hvor det er dokumenteret, at der er indhentet informeret samtykke til behandling og pleje, 2010-2013
Figur 4.1:	Andelen af stikprøver hvor der er dokumenteret ernæringsplan, 2010-2013
Figur 4.2:	Andelen af relevante stikprøver hvor det er dokumenteret, at ernæringsplaner er evalueret, 2010-2013
Figur 4.3:	Andelen af relevante stikprøver hvor der er dokumenteret en træningsplan, 2010-2013
Figur 4.4:	Andelen af relevante stikprøver hvor det er dokumenteret, at træningsplanen er evalueret, 2010-2013

Bilag 1: Målepunkter

Generelle data 2013	Hele landet
Antal gennemførte tilsyn	795
Antal undladte tilsyn i 2013	205
Antal indsamlede stikprøver	2.456
Antal kommuner	98

Gennemførte plejehjemstilsyn i 2013

Embedslægeinstitutionen Nord (Region Nordjylland og Region Midtjylland)	Embedslægeinstitutionen Syd (Region Syddanmark)	Embedslægeinstitutionen Øst (Region Hovedstaden og Region Sjælland)	I alt
346	196	253	795

Overordnet konklusion på tilsynet fordelt på antal plejehjem (%)

N = totale antal tilsyn	2013 N = 795		2012 N = 812		2011 N = 882		2010 N = 892	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger	27	3	32	4	18	2	11	1
Tilsynet har fundet fejl og mangler, som samlet kun indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden	334	42	280	34	309	35	244	27
Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer patientsikkerhedsmæssige risici, men ikke alvorlige fejl og mangler	387	49	436	54	491	56	565	63
Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler	45	6	61	7	64	8	70	8
Tilsynet har fundet anledning til alvorlig kritik	2	<1	3	<1	0	0	2	<1

I alt	795		812		882		891	
-------	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--

Tallene i venstre side af nedenstående tabeller er identifikationsnumre, svarende til målepunkterne i det afrapporteringsskema, som udfærdiges i forbindelse med tilsynene.

Opfølgning på tidligere tilsyn fordelt på antal plejehjem (%)

		2013		2012		2011	
1010	Der er fulgt op på tidligere tilsyn	Antal	%	Antal	%	Antal	%
	Ja	609	77	548	67	543	62
	Delvist	138	2	233	29	306	35
	Nej	13	4	19	1	23	3
	Ikke aktuelt (Nye plejehjem)	35	17	23	3	-	-
	I alt	795	100	812	100	882	100

Krav fordelt på antal plejehjem (%)

N = totale antal tilsyn		2013 N = 795		2012 N = 812		2011 N = 882	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
1011	Instrukser	155	20	326	40	316	36
1012	Sygeplejefaglige optegnelser	687	86	712	88	757	86
1013	Medicinhåndtering	678	85	675	83	785	89
1014	Adgang til sundhedsfaglige ydelser	9	1	8	1	18	2
1015	Patientrettigheder	494	62	549	68	626	71
1016	Hygiejne	49	6	76	9	81	9
1017	Ernæring	297	37	355	44	359	41
1018	Fysisk aktivitet og mobilisering	343	43	322	40	359	41

1019	Bygningsforhold og indeklima	-	-	12	1	18	2
1020	Kvalitetssikring og egenkontrol	31	4	20	2	35	4

Nedenstående tabeller angiver antallet af svaret JA på de anførte spørgsmål. De enkelte spørgsmål kunne besvares med ja, nej eller ikke aktuelt. Tallene i venstre side af tabellerne er identifikationsnumre, svarende til målepunkterne i det afrapporteringsskema, som udfærdiges i forbindelse med tilsynene.

Antal plejehjem, hvor der blev foretaget tilsyn, var 812 i 2012, 882 i 2011, 892 i 2010 og 1040 i 2009.

A. Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling - Instruks

N = totale antal tilsyn		2013 N = 795		2012 N = 812		2011 N = 882		2010 N = 892	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
414	Der er en skriftlig instruks for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling	790	99	803	99	866	98	868	97
411	Den skriftlige instruks beskriver personalets kompetence, ansvar og opgaver	791	99	781	96	860	98	862	97
412	Den skriftlige instruks beskriver vikarers kompetence, ansvar og opgaver	783	98	794	98	841	95	811	91
413	Den skriftlige instruks beskriver regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver	791	99	794	98	850	96	833	93

B. Personalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling - Instruks

N = totale antal tilsyn		2013 N = 795		2012 N = 812		2011 N = 882		2010 N = 892	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
513	Der er en skriftlig instruks for personalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling	787	99	807	99	859	97	838	94
511	Den skriftlige instruks beskriver, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med akut opstået sygdom eller ulykkestilfælde, herunder tilkald af læge	788	99	802	99	851	96	841	94
512	Den skriftlige instruks beskriver, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med kronisk sygdom og i forbindelse med døende, herunder tilkald af læge	781	98	784	97	837	95	808	91
514	Den skriftlige instruks beskriver, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med terminal behandling af beboerne, herunder tilkald af læge	769	97	793	98	819	93	811	91

C. Personalets opgaver i forbindelse med smitsom sygdom - Instruks

N = totale antal tilsyn		2013 N = 795		2012 N = 812		2011 N = 882		2010 N = 892	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
611	Der er en skriftlig instruks for, hvordan personalet skal forholde sig ved smitsomme sygdomme	788	97	806	99	845	96	845	95

D. Hygiejne – Generelt

N = totale antal tilsyn		2013 N = 795		2012 N = 812		2011 N = 882		2010 N = 892	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
612	Der er procedurer for instruktion af personalet i håndhygiejne	794	100	807	99	876	99	884	99
613	Personalet undlader at bære smykker /ure på hænder/underarme	768	97	772	95	840	95	839	94
617	Der er mulighed for at vaske og afspritte hænderne	789	99	796	98	872	99	883	99
615	Der er engangshåndklæder til rådighed	792	100	803	99	871	99	872	98
616	Der er engangshandsker til rådighed	795	100	809	99	877	99	891	100

E. Føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser – Instruks

N = totale antal tilsyn		2013 N = 795		2012 N = 882		2011 N = 882		2010 N = 892	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
244	Der er en skriftlig for føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser	790	99	801	99	861	98	832	93
241	Den skriftlige instruks beskriver personalets opgaver og ansvar i forbindelse med dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser	788	99	800	98	854	97	826	93
242	Den skriftlige instruks beskriver krav til indhold og systematik i de sygeplejefaglige optegnelser	789	99	800	98	844	96	774	87
243	Den skriftlige instruks beskriver opbevaring af de sygeplejefaglige optegnelser	787	99	799	98	851	96	816	91

F. Føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser – Generelt

N = totale antal tilsyn		2013 N = 795		2012 N = 812		2011 N = 882		2010 N = 892	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
221	De sygeplejefaglige optegnelser føres ét sted (i én journal)	774	97	783	96	828	94	806	90
227	Personale, der deltager i observation, behandling og pleje, har adgang til at indføre notater i de sygeplejefaglige optegnelser	795	100	807	99	876	99	873	98

G. Medicinhåndtering - Instruks

N = totale antal tilsyn		2013 N = 795		2012 N = 812		2011 N = 882		2010 N = 892	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
168	Der er en skriftlig instruks for medicinhåndtering	794	100	808	99	878	100	883	99
161	Den skriftlige instruks beskriver plejepersonalets kompetence i forbindelse med medicinhåndtering	793	100	807	99	877	99	880	99
162	Den skriftlige instruks beskriver dokumentation af medicinordinationer, herunder telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør med medicin	794	100	807	99	869	99	864	97
165	Den skriftlige instruks beskriver, hvordan medicin dispenseres	788	99	807	99	874	99	871	98
163	Den skriftlige instruks beskriver medicinadministration, herunder instrukser for identifikation af beboeren og beboerens medicin	794	100	805	99	873	99	875	98
164	Den skriftlige instruks beskriver modtagelse af medicin, herunder kontrol og dokumentation af at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen	791	100	802	99	870	99	868	97
166	Den skriftlige instruks beskriver håndtering af dosisdispenseret medicin	779	98	787	97	842	95	815	91
167	De skriftlige instrukser beskriver samarbejdet med de behandlende læger vedr. medicinordinationer	792	100	807	99	863	98	870	98

H. Medicinhåndtering - Generelt

N = totale antal tilsyn		2013 N = 795		2012 N = 812		2011 N = 882		2010 N = 892	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
123	Reglen om, at der ikke må forefindes fælles medicin, bliver overholdt	793	100	808	99	872	99	880	99
141	Udlevering af medicin sker på grundlag af identifikation af beboeren enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og -år eller ved sikker genkendelse	794	100	808	99	879	100	892	100
143	Personalet sikrer, at beboerens identitet er i overensstemmelse med angivelse af navn og personnummer på doseringsæsken eller anden medicinbeholder	794	100	805	99	874	99	886	99

I. Sundhedsfaglige instrukser - Generelt

N = totale antal tilsyn		2013 N = 795		2012 N = 812		2011 N = 882		2010 N = 892	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
311	De skriftlige instrukser er let tilgængelige for alle medarbejdere	785	99	806	99	863	98	867	97
312	De skriftlige instrukser er kendte og følges af personalet	725	91	580	71	670	76	804	90
313	De skriftlige instrukser er daterede, signerede og forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring, samt indeholder en præcisering af den personalegruppe, instrukserne er skrevet for	781	98	798	98	856	97	871	98

Stikprøver

Nedenstående tabeller angiver antallet af svaret JA på de anførte spørgsmål. De enkelte spørgsmål kunne besvares med ja, nej eller ikke aktuelt. Procenterne er udregnet alene ud fra det antal sager, hvor spørgsmålet var relevant. Tallene i venstre side af tabellerne er identifikationsnumre, svarende til målepunkterne i det afrapporteringsskema, som udfærdiges i forbindelse med tilsynene.

Antal stikprøver var 2535 i 2012, 2729 i 2011, 2821 i 2010, 3226 i 2009 og 3282 i 2008.

Sygeplejefaglige optegnelser

De sygeplejefaglige optegnelser indeholder som minimum en beskrivelse af, hvorvidt beboeren har aktuelle eller potentielle problemer inden for følgende problemområder

n = det totale antal stikprøver		2013 n = 2456		2012 n = 2535		2011 n = 2729		2010 n = 2821	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
2111	Aktivitet (ADL)	2374	97	2331	92	2557	94	2452	87
2112	Sanseindtryk, inkl. syn og hørelse	2195	89	2194	87	2417	89	2370	84
2113	Kommunikation, inkl. hukommelse og sprogfunktion	2362	96	2316	91	2535	93	2429	86
2114	Smerter	2232	91	2210	87	2325	85	2124	75
2115	Bevægeapparat, inkl. balance og faldtendens	2306	94	2303	91	2529	93	2464	87
2116	Vejrtræning og kredsløb	2113	86	2067	82	2331	85	2215	79
2117	Søvn og hvile	2334	95	2259	89	2394	88	2244	80
2118	Psykosociale forhold, inkl. stimulation og intellektuel funktion	2304	94	2238	88	2524	92	2399	85
2119	Hud og slimhinder	2279	93	2231	88	2358	86	2183	77
21110	Udskillelse af affaldsstoffer, herunder inkontinens og obstipation	2260	92	2231	88	2457	90	2395	85
21111	Ernæring, inkl. vægt	2274	93	2214	87	2521	92	2413	86

Sygdomme, pleje og behandling

n = det totale antal stikprøver		2013 n = 2456		2012 n = 2535		2011 n = 2729		2010 n = 2821	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
216	De sygeplejefaglige optegnelser indeholder en beskrivelse af beboernes sygdomme og handicap	1909	78	1997	79	2066	76	1829	65
217	Hos beboere med kroniske sygdomme er det beskrevet, hvilke aftaler der er med den behandlende læge om kontrol af de kroniske sygdomme	1804	77	1807	74	1870	72	-	-
212	De sygeplejefaglige optegnelser indeholder en aktuell beskrivelse af pleje og behandling	2032	83	1924	76	2134	78	1655	59
214	De sygeplejefaglige optegnelser indeholder en beskrivelse af resultatet af pleje og behandling	1523	62	1580	63	1766	65	-	-
213	Indikation for behandling fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser	2343	95	2365	93	2526	93	2499	89

Formelle krav til de sygeplejefaglige optegnelser

n = det totale antal stikprøver		2013 n = 2456		2012 n = 2535		2011 n = 2729		2010 n = 2821	
		Ja	Nej	Ja	%	Ja	%	Ja	%
222	Beboerens navn og personnummer er anført på alle ark i de sygeplejefaglige optegnelser	2439	99	2494	99	2687	98	2737	97
223	Der er dato (dag, måned, år) på alle notater i de sygeplejefaglige optegnelser	2435	99	2481	98	2673	98	2644	94
224	Alle notater i de sygeplejefaglige optegnelser er signerede	2445	100	2501	99	2668	98	2637	93
225	Rettelser i de sygeplejefaglige optegnelser foretages således, at den oprindelige tekst fremgår, og rettelserne er signerede	1568	98	1407	97	2092	98	2264	99
226	De sygeplejefaglige optegnelser opbevares utilgængeligt for uvedkommende	2454	100	2475	98	2684	98	2758	98

Medicin håndtering

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal følgende dokumenteres i de sygeplejefaglige optegnelser

n = det totale antal stikprøver		2013 n = 2456		2012 n = 2535		2011 n = 2729		2010 n = 2821	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
1112	Dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering	2405	98	2480	98	2666	98	2688	95
1113	Den ordinerende læges navn/sygehusafdeling	2412	99	2493	99	2624	96	2650	94
1114	Præparatets navn, dispenserings-form (f.eks. tabletter, mikstur) og styrke	1938	79	2094	83	2163	79	2485	88
1115	Dosis, herunder tidspunkt for indgift	2383	98	2414	96	2580	95	2559	91
1116	Enkeltdosis og maksimal døgndosis for p.n. medicin	2233	96	2258	95	2363	93	2395	91
1117	Behandlingsindikation	2193	90	2193	87	2302	85	2348	83

Ledelsen sikrer, at medicinen opbevares forsvarligt. Personalet sikrer, at der forefindes medicin til beboeren i overensstemmelse med medicinordinationerne, og at medicinen ikke er for gammel

n = det totale antal stikprøver		2013 n = 2456		2012 n = 2535		2011 n = 2729		2010 n = 2821	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
121	Medicinen opbevares utilgængeligt for uvedkommende	2436	100	2512	99	2720	100	2782	100
122	Hver enkelt beboers medicin opbevares adskilt fra de øvrige beboers medicin	2438	100	2513	99	2715	100	2768	99
124	Doseringsæsker, og andre beholdere med ophældt medicin, er mærket med beboerens navn og personnummer	2282	94	2289	91	2533	94	2570	93
125	Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin	2014	88	2133	90	2296	88	-	-
126	Den ordinerede medicin findes i beboerens medicinbeholdning	2272	93	2403	95	2563	95	-	-
127	Ophældt p.n. medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med beboerens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for ophældning	402	73	359	68	512	78	636	92
128	Holdbarhedsdatoen på beboerens medicin er i orden	2259	93	2363	94	2501	93	-	-
129	Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed	726	78	810	80	967	81	-	-

Plejepersonalet sikrer, at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den ophældte medicin

n = det totale antal stikprøver		2013 n = 2456		2012 n = 2535		2011 n = 2729		2010 n = 2821	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
130	Der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinskemaet anførte medicin	2261	93	2345	93	2487	92	-	-
131	Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinskemaet og antallet af tabletter i doseringsæskerne	2289	94	2375	95	2500	93	2503	91
132	Det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser hvornår den behandlende læge har gennemgået beboerens medicin	2218	91	2262	90	2163	80	-	-

Patientrettigheder

De sygeplejefaglige optegnelser indeholder oplysninger om information til beboerne eller til de pårørende om planlagt pleje og behandling af beboeren og beboerens eller de pårørendes tilkendegivelse herpå (informeret samtykke)

n = det totale antal stikprøver		2013 n = 2456		2012 n = 2535		2011 n = 2729		2010 n = 2821	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
911	Det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser, i hvilket omfang beboeren er i stand til at varetage sine helbredsrelevante interesser, eller om disse varetages af pårørende eller værge	2045	83	1993	79	1975	72	1611	57
914	Det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser, at der er indhentet informerret samtykke til behandling og pleje	1649	69	1586	65	1562	60	1314	49

Ernæring

Beboeren sikres tilstrækkelig ernæring

n = det totale antal stikprøver		2013 n = 2456		2012 n = 2535		2011 n = 2729		2010 n = 2821	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
711	Beboerne bliver vejlet ved indflytningen, under forudsætning af beboernes samtykke	-	-	-	-	2401	90	2183	80
714	Det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser, at beboerens ernæringsbehov er vurderet og beskrevet	2249	92	2180	87	2316	88	-	-
712	Hvis beboeren har særlige ernæringsmæssige behov, er der lagt en kost- eller ernæringsplan	1154	83	1131	76	1294	79	1315	74
713	Kost- eller ernæringsplanen bliver evalueret regelmæssigt, herunder kontrol af beboerens vægt	1078	87	1051	83	1154	80	1129	69

Målepunkt 711 er udeladt i 2012 og 2013, idet det forudsættes i målepunkt 21111 (se tabel side 28), at dette kun er opfyldt, hvis der er oplysning om vægt eller tilbud om vejning.

Fysisk aktivitet og mobilisering

Der forligger en vurdering af beboernes behov for vedligeholdelsestræning og/eller genoptræning, og der er tilbud om træning ved træningsbehov

n = det totale antal stikprøver		2013 n = 2456		2012 n = 2535		2011 n = 2729		2010 n = 2821	
		Ja	%	Ja	%	Ja	%	Ja	%
811	Beboernes aktuelle funktionsniveau er beskrevet	-	-	-	-	2565	94	2511	90
812	Beboerens behov for træning er vurderet og beskrevet	2133	87	2197	87	1979	82	-	-
813	Hos beboere med behov for træning foreligger der et dokumenteret tilbud herom	818	86	900	86	1033	79	871	70
814	Effekten af træningen er dokumenteret	591	78	581	75	763	74	539	54
815	Vurdering og behandling af beboere med risiko for udvikling af tryksår er dokumenteret	906	86	1000	84	1098	82	837	75

Målepunkt 811 er udeladt i 2012 og 2013, idet det forudsættes vurderet under målepunkterne 2111 om aktivitet (ADL) og målepunkt 2115 om beboernes bevægeapparat (se tabel XX), hvor oplysninger om f.eks. balance og faldtendens skal være inkluderet.

Bilag 2: Tilsynets gennemførelse

Tilsynet omfatter udelukkende de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet og omfatter således ikke en vurdering af, om beboerne får den rette behandling af egen læge eller under indlæggelse på sygehus.

Tilsynet indledes med en samtale med lederen af plejehjemmet eller dennes stedfortræder. Herunder gennemgås de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet, og det afklares i hvilket omfang, der er fulgt op på anbefalingerne fra sidste års tilsyn. Skriftligt materiale i form af plejehjemmets instrukser vedrørende sundhedsfaglige forhold gennemgås ved behov. Herefter besigtiger Sundhedsstyrelsen plejehjemmet og interviewer beboere, plejepersonale og evt. pårørende. Der tages stikprøver hos mindst tre tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejeproblemer med det formål at undersøge, om de sundhedsmæssige forhold er i orden.

Sundhedsstyrelsens Vejledning om tilsyn med plejehjem mv. beskriver, hvilke forhold der skal vurderes, og ved tilsynet gennemgås:

Sundhedsadministrative forhold:

- Vejledninger og instrukser for personalet, så plejen og behandlingen kan foretages sundhedsmæssigt forsvarligt.

Sundhedsfaglige forhold:

- Medicinhåndtering
- Den sygeplejefaglige dokumentation
- Beboernes adgang til sundhedsfaglige ydelser
- Plejehjemmets håndtering af beboernes patientrettigheder
- Samarbejdet med den øvrige sundhedssektor

Sundhedsrelaterede forhold:

- Hygiejne
- Ernæring
- Aktivering og mobilisering
- Bygnings- og indeklimaforhold, der kan medføre helbredsmæssige problemer for beboerne

For de fleste af tilsynets områder er der udarbejdet målepunkter, som undersøges ved interview og ved stikprøver.

Med anvendelsen af målepunkterne tilstræber Sundhedsstyrelsen en standardisering af tilsynets vurderinger. Formålet er at konkretisere de gældende krav, for derefter at tydeliggøre kravene og sikre en ensartet vurdering af de sundhedsmæssige forhold.

Ved afslutningen af besøget bliver lederen af plejehjemmet, eller dennes stedfortræder, underrettet om Sundhedsstyrelsens foreløbige konklusioner. Såfremt Sundhedsstyrelsen finder anledning til at komme på genbesøg, orienteres lederen om tidsrammen for dette. Hvis der ved tilsynet findes meget kritisable forhold, orienteres tillige de kommunale myndigheder umiddelbart efter besøget.

Tilsynene foretages af embedslæger og afdelingslæger, af fastansatte oversygeplejersker samt af specielt kvalificerede sygeplejekonsulenter, som er ansat med henblik på at varetage denne opgave.

Efter tilsynet udarbejder Sundhedsstyrelsen en rapport, som sendes til plejehjemmet med henblik på eventuelle bemærkninger. Herefter sendes rapporten til de kommunale myndigheder med kopi til plejehjemmet.

Vurderingen af, om der foreligger fejl og mangler, bygger på en faglig vurdering af, om gældende vejledninger, retningslinjer mv. vedrørende de sundhedsmæssige forhold er overholdt. Eksempelvis vurderes om kravene til medicinhåndtering og sygeplejefaglige optegnelser er opfyldt, om gældende hygiejniske retningslinjer følges mv.

Såfremt der ved tilsynet findes fejl og mangler, indeholder rapporten et antal krav. Det forventes, at plejehjemmet følger kravene.

Sundhedsstyrelsen følger op på, om kravene er fulgt, f.eks. ved at anmode plejehjemmet om at fremsende handleplaner, der beskriver, hvordan og hvornår kravene bliver imødekommet. Foreligger der alvorlige fejl og mangler, foretages genbesøg efter nogle måneder. I de fleste tilfælde foretages opfølgningen ved det efterfølgende uanmeldte besøg året efter.

Tilsynets overordnede konklusion udtrykkes i rapporterne i 2012 som:

- Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger
- Tilsynet har fundet fejl og mangler, som samlet kun indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden
- Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer patientsikkerhedsmæssige risici, men ikke alvorlige fejl og mangler
- Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler
- Tilsynet har fundet anledning til alvorlig kritik

Tilsynets overordnede konklusion er fra 2013 ændret i formuleringen til:

- Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger
- Tilsynet har fundet fejl og mangler, som samlet kun indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden
- Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden
- Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden
- Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden, og som har givet anledning til væsentlig kritik

Hvis tilsynet konkluderer, at der foreligger alvorlige fejl og mangler eller meget kritisable forhold, kan det dreje sig om enkelte alvorlige fejl og mangler, men ofte

drejer det sig om en kombination af flere fejl og mangler. Hvis de samme fejl og mangler er påvist flere år i træk, og der ikke er gjort en kvalificeret indsats for at rette forholdene, indgår det ligeledes i vurderingen. I nogle tilfælde medfører det, at Sundhedsstyrelsen henvender sig direkte til kommunen. Se Bilag 4, Grundlag for konklusionen.

Oprindelig foretog Sundhedsstyrelsen et årligt sundhedsfagligt tilsyn på alle plejehjem. Med ændring af Sundhedsloven i 2008 blev det vedtaget, at tilsyn kan undlades det efterfølgende år, hvis der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl eller mangler, eller hvis der alene konstateres få fejl og mangler, som efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser. Siden 2009 er det således blevet vurderet hvilke plejehjem, der ikke skal have tilsyn det følgende år. De nærmere regler for at undlade tilsyn findes i bilag 5.

Der er siden 2003 hvert år valgt et tema, hvor der ud over det vanlige årlige tilsyn sættes særligt fokus på et område. I 2003 blev der gennemført et tema om medicin-håndtering, i 2004 et tema om dokumentation, i 2005 et tema om hygiejne og smitteforebyggelse og i 2006 et tema om aktivering og mobilisering. Med indførelsen af nye målepunkter i tilsynsåret 2007 fandt Sundhedsstyrelsen det hensigtsmæssigt at undlade at gennemføre et særligt tema sideløbende hermed. I 2008 handlede temaet om plejehjemmets samarbejde med den praktiserende læge, i 2009 var temaet registrering af og opfølgning på fejl og mangler inden for medicinhandteringen, og i 2010 omhandlede temaet den sundhedsfaglige dokumentation. I 2011 handlede temaet om genoptræning og vedligeholdelsestræning, og i 2012 plejehjemmenes sikring af oplysninger om beboernes sygdomme og handicap. Der var ikke et tema i 2013.

Bilag 3: Grundlag for overordnet konklusion på tilsynet

Sundhedsstyrelsen konkluderer efter hvert tilsyn, hvilken af de beskrevne fem kategorier det enkelte plejehjem tilhører. Nedenstående danner udgangspunkt for vores vurdering. Der er i sidste ende altid tale om et samlet skøn.

Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger

Konklusionen anvendes, hvis alle krav fra sidste års tilsyn er blevet fulgt, og der ikke bliver stillet nogen krav.

Tilsynet har fundet mindre fejl og mangler, som samlet kun indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden.

Konklusionen anvendes, hvis følgende 4 punkter er opfyldt:

- der kun er stillet få krav, dvs. normalt ikke over fem krav
- der er fulgt op på sidste års tilsyn, dvs. plejehjemmet har konstruktivt arbejde med alle kravene, men er ikke nødvendigvis nået i mål med enkelte af dem
- de fundne fejl og mangler er som hovedregel lokaliseret på forskellige tilsynsområder. Fejlene skal ikke være gennemgående i alle stikprøver
- fejlene/manglerne kan umiddelbart korrigeres, normalt indenfor tre uger

F.eks. er det et patientsikkerhedsmæssigt problem, hvis personalet bærer smykker eller ure på hænder og underarme. Derfor vil et sådant krav normalt medføre, at konklusionen bliver fejl og mangler, som indebærer patientsikkerhedsmæssige risici. Drejer det sig om, at et enkelt personalemedlem ved en fejl har glemt at tage ringen af og straks fjerner den, i det øjeblik de bliver gjort opmærksomme på fejlen, behøver det ikke i sig selv at medføre, at konklusionen bliver fejl og mangler, som indebærer patientsikkerhedsmæssige risici.

Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden

Der er fundet fejl og mangler, ofte flere, men det drejer sig ikke om alvorlige fejl. Også enkelte fejl med stor betydning for patientsikkerheden kan medføre denne konklusion.

Hvis medicinen er doseret forkert, vil plejehjemmet altid komme i denne kategori, eller i kategorien alvorlige fejl og mangler. Det har betydning, om plejehjemmets kontrol med medicinen ved udleveringen ville have opfanget fejlen. Hvis det er tilfældet, vil plejehjemmet sandsynligvis tilhøre denne kategori. Hvis fejlen ikke ville blive opfanget i forbindelse med udlevering, vil det altid blive kategoriseret under alvorlige fejl og mangler.

Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden

Alvorlige fejl og mangler forekommer, hvis fejlene kan medføre fare for beboerens helbred. F.eks.:

- hvis der mangler vigtige oplysninger som grundlag for pleje og behandling
- hvis ordineret pleje og behandling ikke er blevet udført
- hvis der ikke bliver reageret på væsentlige ændringer i beboernes tilstand
- hvis der ikke bliver reageret på manglende effekt af en given behandling eller pleje
- hvis der stilles krav på alle eller næsten alle tilsynets områder
- hvis de samme krav er stillet to år i træk eller mere, og der på tidspunktet for tilsynet ikke er iværksat tiltag, der skal sikre, at kravene opfyldes.

Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden, og som har givet anledning til væsentlig kritik

Der er fare for patientsikkerheden i en sådan grad, at det er nødvendigt, at der omgående gribes ind. Kommunen bliver derfor straks orienteret.

Bilag 4: Kriterier for at undlade plejehjemstilsyn

Lov nr. 538 af 17. juni 2008 om ændring af sundhedsloven m.v. vedrørende bl.a. graderet plejehjemstilsyn blev vedtaget den 12. juni 2008.

Dette indebærer, at Sundhedsstyrelsen fremover kan undlade tilsyn hvert andet år på de bedst fungerende plejehjem, såfremt det ikke giver anledning til patientsikkerhedsmæssige problemer. De herved frigjorte ressourcer anvendes til et intensiveret tilsyn på de dårligst fungerende plejehjem.

Kriterier for at undlade tilsyn:

1. Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger og alle anbefalinger fra sidste års tilsyn er blevet fulgt og

- der blev ikke givet nogen anbefalinger

2. Tilsynet har fundet fejl og mangler, som samlet indebærer meget ringe risiko for patientsikkerheden og

- der er kun givet få anbefalinger og
- alle anbefalinger fra sidste års tilsyn er blevet fulgt og
- de fundne fejl og mangler er som hovedregel lokaliseret på forskellige tilsynsområder

Fejlene/manglerne skal herudover korrigeres indenfor de næste 3 uger, og plejehjemslederen bekræfter skriftligt overfor embedslægerne, at fejlene/manglerne er rettet.

Såfremt fejlen/manglen undtagelsesvis ikke kan rettes indenfor denne frist, skal plejehjemmet angive en tidsfrist, som Embedslægerne skal kunne tiltræde.

Herudover skal følgende altid være opfyldt:

- der har ikke været klagesager på plejehjemmet, eller disse har været af åbenlys grundløs karakter/bagatelagtige (ingen patientsikkerhedsmæssige risici)
- der har ikke været faglige tilsynssager
- kommunen har ikke meddelt Embedslægerne, at der er fundet alvorlige problemer, som kan have betydning for de sundhedsfaglige forhold
- kommunen har ikke meddelt Embedslægerne, at der er sket væsentlige ændringer siden sidste tilsyn, f.eks. ny daglig ledelse, større personaleudskiftning eller lignende, som kan indebære patientsikkerhedsmæssige risici.