



Tilsynsrapport

Sygeplejen Lejre Kommune – distrikt Bøgebakken

Sundhedsfagligt, planlagt tilsyn –
Plejeområdet 2019

Sygeplejen Lejre Kommune – distrikt Bøgebakken
Bøgebakken 1

4320 Lejre

CVR- eller P-nummer: 1014769613

Dato for tilsynet: 20-05-2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-4656/1

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af høringssvar vedrørende faktuelle fejl i rapporten, en handleplan, der beskriver hvordan de uopfyldte målepunkter vil blive bragt i orden samt et udkast til en manual for sundhedsfaglig dokumentation. Styrelsen for Patientsikkerhed har indarbejdet kommentarene i rapporten i det omfang det er fundet relevant og konstaterer, at alle de uopfyldte målepunkter stadig ikke er bragt i orden. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor ved afgørelse af 2. juli 2019 givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet inden for en nærmere defineret frist skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe **målepunkterne 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12 og 14** i orden.

Påbud offentliggøres separat på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside og på sundhed.dk. Er påbuddet ikke længere offentliggjort, har Styrelsen for Patientsikkerhed efterfølgende konstateret, at påbuddet er blevet efterlevet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 20. maj 2019 vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn.

Sygeplejen – Distrikt Bøgebakken varetog hjemmesygeplejen for ca 160 fortrinsvis ældre patienter med komplekse problemstillinger i Lejre Kommune. Det blev ved tilsynet oplyst, at der i perioder var et dagligt forbrug af sygeplejevikarer fra vikarbureauer.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, samt at de uopfyldte målepunkter fordelte sig over flere områder, herunder journalføring, faglige fokusområder, medicin håndtering, patienters retstilling og øvrige fund, således at 9 målepunkter ud af 14 blev vurderet ikke-opfyldt.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der var uopfyldte målepunkter vedrørende behandlingsstedets journalføring. Det forhold, at de påviste mangler, der blev fundet i relation til journalføring vedrørte manglende systematik, entydighed og overskuelighed betyder, at styrelsen vurderer, at lovgivningens krav til journalføring ikke er opfyldt.

Styrelsen for Patientsikkerhed har endvidere lagt vægt på, at den manglende sundhedsfaglige dokumentation var gennemgående i tre ud af tre stikprøver og relaterede sig til manglende oversigter over patientens sygdomme samt beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer. Det var derfor meget vanskeligt for tilsynet at vurdere patienternes aktuelle helbredsforhold, herunder deres helbredsmæssige problemer og den som følge deraf iværksatte pleje og behandling, idet der på ingen måde forelå en fyldestgørende dokumentation. Der var således stor divergens mellem oplysningerne i journalen og patienternes faktiske/aktuelle tilstand.

Det er styrelsens vurdering, at mangelfuld journalføring samt manglende entydighed og overskuelighed i journalføringen rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation i sygeplejen – distrikt Bøgebakken og kommunikation med hjemmeplejen og eksterne samarbejdspartnere samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der fortsat pågik opbygning og udvikling af journalsystemet med henblik på, at sikre overskuelighed og systematik i journalføringen fremadrettet. Det er samtidig styrelsens vurdering, at der i forbindelse med en akut opstået situation er risiko for patientsikkerheden såfremt, det ikke er muligt at kunne skaffe sig et hurtigt overblik over en patients aktuelle helbredssituation samt aktuel pleje og behandling.

Der manglede ligeledes en vurdering og dokumentation af patienternes handlekompetence i forbindelse med informeret samtykke, ligesom informeret samtykke til iværksat pleje og behandling ikke blev dokumenteret i journalen. Personalet oplyste, at de altid spurgte patienten forud for eksempelvis lægekontakt, men det blev ikke dokumenteret.

Styrelsen har tillige lagt vægt på, at der vedrørende medicinlisten og medicinbeholdningen var flere fejl og mangler. Det er styrelsens vurdering, at fejl og mangler i medicinhåndteringen som udgangspunkt rummer en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at mangler i den sundhedsfaglige dokumentation samt fejl i medicinlisten samt medicinbeholdningen rummer en risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, samt ved håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Styrelsen har ligeledes lagt vægt på, at problemerne var særligt bekymrende på grund af behandlingsstedets komplekse og sårbare patientgruppe, samt ledelsens og personalets tilbagemelding ved tilsynsbesøget om, at fundene generelt var udtryk for et retvisende billede af forholdene på behandlingsstedet både hvad angik manglende sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning heraf og journalføring samt medicinhåndtering.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer således, at der er tale om kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

Der var 9 målepunkter ud af 14, der ikke var opfyldt, 1 målepunkt blev vurderet uaktuelt.

Inden for området Journalføring var ingen af de fire målepunkter opfyldt. Der var en instruks for sundhedsfaglig dokumentation, denne var dog ikke implementeret eller præsenteret for sygeplejen – distrikt Bøgebakken.

Den sundhedsfaglige dokumentation var gennemgående mangelfuld og usystematisk, hvilket resulterede i manglende beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, manglende oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser samt manglende beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering.

Inden for området Faglige fokuspunkter var et af de to målepunkter ikke opfyldt.

Ved interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke fremgik det, at der var uklarhed om, hvordan disse situationer skulle håndteres i nattevagten. Der var således ikke en klar beskrivelse af arbejdsgange for de enkelte faggrupper.

Inden for området Medicinhåndtering var ingen af de tre målepunkter opfyldt. Der var en overordnet instruks for medicinhåndtering, denne levede dog ikke op til kravene i lægemiddelhåndteringsvejledningen, da den ikke beskrev, hvordan personalet skulle håndtere risikosituationslægemidler. Instruksen for medicinhåndtering var ikke opdateret og fyldestgørende, og personalet fulgte ikke instruksen, idet aktuel og ikke aktuel medicin eksempelvis blev opbevaret sammen. Tillige vejledte instruksen personalet i, at fjerne medicin fra doseringsæsker og poser med dosisdispenseret medicin, hvis medicin blev seponeret af behandlingsansvarlig læge.

Den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinlisten var usystematisk og uoverskuelig, og der var flere fund ved gennemgang af patienternes medicinbeholdning. Medicinlisterne var ikke ført entydigt - eksempelvis blev aktuelle handelsnavne ikke dokumenteret, ligesom der eksempelvis forelå flere medicinlister hos den samme patient.

Inden for området Patienters retsstilling var ingen af de 2 målepunkter opfyldt. Styrelsen har lagt vægt på, at regelsættet omkring patientrettigheder ikke blev fulgt, herunder at patienterne blev inddraget, så de på et informeret grundlag kunne træffe beslutninger forud for undersøgelser eller ved iværksættelse af behandling.

Inden for området Øvrige blev der gjort tre fund.

Detaljerede fund kan ses i oversigten: Fund ved tilsynet

Krav

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed stiller følgende krav:

- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i behandlingen (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer (målepunkt 3)

- Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand (målepunkt 3)
- At der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 4)
- At det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap (målepunkt 4)
- At den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5).
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienter (målepunkt 7)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinhåndtering, og at personalet følger denne (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at af håndtering af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender nødprocedurer ved systemnedbrud (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkelt dosis og maksimal døgn dosis for pn-medicin (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser om patienten er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der i de sygeplejefaglige optegnelser hos patienter med manglende samtykkekompetence, er anført, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke) (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at patientens og eventuel pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt (målepunkt 14)

2. Fund ved tilsynet

[↑Tilbage til vurdering](#)

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1: <u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			

Journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2: <u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver var dokumentationen ikke ført systematisk, overskueligt og stringent. Man skulle lede flere steder i journalen for at danne sig et overblik over patienten.</p> <p>Journalssystemet var fortsat under udvikling, og der var fortsat en del uafklaret i forhold til systematik og overskuelighed i den sundhedsfaglige dokumentation. Det var vanskeligt at orientere sig i og genfinde relevante oplysninger samt få et hurtigt overblik over en patients helbredssituation, aktuel pleje og behandling samt opfølgning herpå.</p> <p>Journalssystemets indbyggede systematik blev gennemgående ikke anvendt. Personalet gav udtryk for, at de manglede overblik i journalerne, men at de samtidig kendte deres patienter godt. Ledelsen oplyste, at medarbejderne kunne tilgå patientjournalen fra telefoner, medarbejderne oplyste, at dette ikke var muligt. Der var derfor, ifølge medarbejderne, oplysninger om patienterne, der gik tabt i forbindelse med besøg, da den sundhedsfaglige dokumentation ikke kunne udføres i umiddelbar tilknytning til behandlingen. Der blev ikke anvendt bærbare pc'er eller tablets.</p>

					<p>Der var ingen beskrivelse af beredskabet ved manglende adgang til journalsystemet eller anden form for nedbrud.</p> <p>Alle vikarer havde adgang til journalsystemet via en fælles kode. Dette betød, at man derved ikke kunne se, hvem der havde udarbejdet journalnotaterne, medmindre vikarene skrev deres fulde navn ind i journalen.</p>
3:	<p><u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u></p>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver var beskrivelsen af de aktuelle og potentielle problemområder særdeles mangelfulde, idet der ikke var en fyldestgørende beskrivelse af problemområderne. Der manglede blandt andet beskrivelse ved en patient, der var opstartet i behandling med serenase på grund af hallucinationer. Tillige manglede der oplysninger i "cirkulation og respiration" om en patient, der var i antikoagulerende behandling. Ligesom "hud og slimhinder" heller ikke var beskrevet fyldestgørende ved en patient, der havde diabetes, og havde fået amputeret sit ene ben og nu havde pådraget sig sår på andet ben. Det var gennemgående, at der i stikprøverne var udvalgt tre problemområder, men der var, med undtagelse af et problemområde i en ud af de tre stikprøver, ikke foretaget nogen konkrete vurderinger af problemområderne. Der var ikke taget stilling til, hvorvidt de resterende problemområder var henholdsvis aktuelle, potentielle eller ikke aktuelle.</p> <p>Under gennemgangen blev der i tre ud af tre stikprøver yderligere konstateret såvel aktuelle som potentielle problemområder, der ikke tidligere var identificeret, for eksempel ved sammenhold af patientens medicinlister med beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer.</p>
4:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med</u></p>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver indeholdt den sundhedsfaglige dokumentation ikke en samlet oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, tillige manglede der beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og</p>

	<u>behandlingsansvarlig læge</u>				handikap, som var indgået med de behandlingsansvarlige læger. Under gennemgangen blev der i tre ud af tre stikprøver identificeret sygdomme, der ikke var noteret.
5:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>Der var i tre ud af tre stikprøver ikke en fyldestgørende faglig beskrivelse af pleje og behandling i forhold til patienternes aktuelle helbreds-mæssige problemer. Ligesom opfølgning og evaluering ikke var konsekvent og systematisk, eksempelvis var det anført at en patient dagligt skulle have ophældt kaliummikstur og dryppet øjne, men ved besøget i hjemmet viste det sig, at patienten selv varetog dette.</p> <p>I tre ud af tre stikprøver var der ikke en fyldestgørende beskrivelse af behandling og pleje vedrørende medicinhåndteringen. Alle patienterne var i behandling med risikosituationslægemidler. I en ud af tre stikprøver forelå beskrivelsen af den aktuelle pleje og behandling vedrørende et sår i et observationsnotat.</p>

Delegation

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6:			X	
	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			

Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7:		X		
	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>			
	Akutfunktionen blev i nattevagt varetaget af social- og sundhedsassistenter. Ved pludselig opstået sygdom hos patienterne kunne ledelsen kontaktes. Ledelsen oplyste, at der af og til blev indsat en sygeplejerske som rådighedsvagt om natten. Denne			

					<p>rådighedsvagt blev ofte varetaget af teamleder. Der forelå ikke en beskrivelse af, i hvilke situationer ledelsen eller rådighedsvagten skulle kontaktes.</p> <p>Det fremgik ved interview, at der ved pleje og behandling af terminale patienter med behov for pn.smertelindring, fast smertestillende behandling eller indgift af anden lindrende behandling via subcutan kanyle forelå en handleplan udarbejdet af sygeplejen, så social- og sundhedsassistenter vidste, hvornår og hvordan de skulle agere.</p>
8:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			

Medicinhåndtering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9:		X		<p>Af medicininstruksen fremgik det, at personalet ved ændringer i ordinationerne, når dette vedrørte seponering af et præparat, skulle fjerne de pågældende tabletter fra henholdsvis doseringsæsker eller dosisdispenseringsposer. Denne praksis fremgik endvidere af journalnotater i de udvalgte stikprøver.</p> <p>Det fremgik, ved interview med medarbejderne, at der var praksis for, såfremt en patient ikke havde tilstrækkeligt medicin i hjemmet til en fuldstændig dispensering, blev den manglende medicin efterfølgende dispenseret, når den var ankommet fra apoteket. Medarbejderne kunne ligeledes berette, at der som regel blev dispenseret medicin til 4 uger.</p> <p>Der sås ingen beskrivelse i medicininstruksen af, hvordan håndtering af risikosituationslægemidler foregik.</p>

10:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<ul style="list-style-type: none"> • I to ud af tre stikprøver blev medicinlisten ikke ført systematisk, idet medicin patienten selv administrerede stod opført til at skulle administreres af personalet. • I to ud af tre stikprøver var der ikke anført maksimal døgndosis for pn-medicin. • I to ud af tre stikprøver fremgik det korrekte handelsnavn ikke af den aktuelle medicinliste
11:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning og medicinbeholdning</u>		X		<ul style="list-style-type: none"> • I en ud af tre stikprøver var der ikke navn og cpr-nummer på 16 doseringsæsker ud af 16. • I en ud af tre stikprøver var patientens medicin opbevaret sammen med ægtefællens medicin • I en ud af tre stikprøver var den aktuelle medicin ikke til stede i hjemmet – og der blev benyttet ægtefælles medicin til dispensering • I to ud af tre stikprøver blev aktuel medicin opbevaret sammen med ikke aktuel medicin. • I to ud af tre stikprøver var medicin til selvadministration opbevaret sammen med den medicin personalet administrerede. • I en ud af tre stikprøver forefandt udløbet medicin i patientens beholdning. Denne medicin fremgik ikke af medicinlisten. • I en ud af tre stikprøver forefandt to præparater mod luftvejslidelser og et persaltikfremmende afføringsmiddel i patientens beholdning. Beholderne var uden navn og angivelse af ordination og fremgik ikke af medicinlisten. Patienten viste

					ikke, hvorfor de pågældende præparater var i hjemmet.
--	--	--	--	--	---

Patientens retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		<p>Der var i tre ud af tre stikprøver ikke dokumenteret, at der var indhentet informeret samtykke i forbindelse med opstart af behandling og kontakt til den behandlingsansvarlige læge.</p> <p>Der var i tre ud af tre stikprøver ikke beskrevet om patienterne var vurderet til at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Personalet oplyste, at patienterne altid blev adspurgt inden kontakt til behandlingsansvarlig læge, men der blev ikke redegjort relevant for indhentelse af informeret samtykke til øvrige behandling, fx ved ændringer i sårbehandling.</p>

Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13:	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>	X			

Øvrige

Målepunkt		Ingen fund	Fund og kommentarer
14:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>		<ul style="list-style-type: none"> Personalet dispenserede medicin efter printede medicinskemaer, praksis var at medicinskemaet blev opdateret og printet ud samme dag som der blev doseret. I en ud af tre stikprøver lå der medicinskemaer af ældre dato og i denne stikprøve var der foretaget rettelser med kuglepen på medicinskemaet, og efterfølgende ikke leveret et nyt opdateret medicinskema, selvom det fremgik af deres instruks og interview med ledelsen, at dette var praksis. Det fremgik ved interview, at der fandtes en <i>instruks for sundhedsfaglig dokumentation</i> der beskrev ledelsens anvisning for, hvordan personalet skulle

			<p>journalføre. Denne var dog ikke kendt af det sundhedsfaglige personale, da ledelsen ikke havde implementeret den endnu, og derved kunne medarbejderne ikke følge ledelsens anvisning for sundhedsfaglig dokumentation. Instruksen var ikke tilstrækkelig for så vidt angår vikarers adgang til journalføring jf. målepunkt 2.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vikarer havde fået koder til journalsystemet, så de kunne journalføre når de kom ind på kontoret. Dog kunne vikarer fortsat ikke tilgå journalen når de var hjemme hos patienterne, da de ikke havde elektroniskudstyr til rådighed, hvori journalen var.
--	--	--	--

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Sygepleje Lejre Kommune – distrikt Bøgebakken var en kommunal hjemmesygepleje med 11 sygeplejersker ansat
- Distrikt Bøgebakken havde ca 160 patienter tilknyttet, der fik leveret sundhedslovsydelser (SUL)
- Christina Jensen var leder af Hjemme – og sygeplejen, og Brian Løndal var teamleder for alle sygepleje-distrikter i Lejre kommune
- Fremmødeprofilen i dagvagt var 3 til 5 sygeplejersker, i aftenvagt var fremmødeprofilen 1 sygeplejerske og i nattevagt var der ingen sygeplejerske i fremmøde
- Nattevagten blev dækket af social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, der varetog planlagte opgaver samt akutupkald fra patienterne
- I Sygeplejen – distrikt Bøgebakken varetog alle sygeplejersker akutfunktionen. Akutfunktionen havde vagt fra klokken 07:00 til 23:30, hvor akutsygeplejersken modtog alle patienter udskrevet fra hospital, lavede en sygeplejefaglig udredning og gennemgik medicinen
- Alle sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter havde været på et akutkursus afholdt af paramediciner fra Vestsjællands Brandvæsen. Alle var ligeledes blevet undervist i Intravenøs behandling samt anafylaksi
- Der blev ikke givet IV-behandling for nuværende, men der skulle laves en fælles aftale med andre kommuner i regionen samt hospitaler, så dette kunne iværksættes
- Distrikt Bøgebakken var inddelt i tre områder, Nord, Syd og Midt. Sygeplejerskerne tilhørte et fast område, men hjalp hinanden på tværs af områder efter behov
- Der blev afholdt triagemøde sammen med hjemmeplejen ved hver vagtskifte morgen, eftermiddag og aften. Det var altid en sygeplejerske der var mødeleder
- Hjemmesygeplejen var selvvisiterende, dette med baggrund i en sygeplejefaglig udredning som skulle beskrive opgaverne hos patienterne. Sygeplejen overdrog på baggrund af faglige vurderinger af opgavens kompleksitet og medarbejdernes kompetencer sundhedslovsydelser til social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i hjemmeplejen
- Der blev beskrevet et godt samarbejde med praktiserende læger og hospitaler
- Sygeplejen Lejre kommune – distrikt Bøgebakken var overgået til nyt journalsystem Nexus samt FællessprogIII i marts 2018
- Medarbejderne kunne ikke tilgå journalerne ude ved patienterne, så de fik ved hver vagt en køreliste med de sundhedslovsopgaver, de skulle varetage den pågældende dag.
- Medarbejdere benyttede telefoner som dokumentationsdevice ude ved patienterne, dette fungerede dog ikke på grund af dårlig netværk/dækning
- Vikarer havde læse- og skriveadgang til journalen på computer på kontor. Alle vikarer benyttede samme kode. De benyttede ikke telefoner, men fik udleveret kørelister når de mødte i vagt.

Om tilsynet

- Dokumentation og medicinbeholdningen for tre patienter blev gennemgået

- Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til Kristina Jensen, Leder af Hjemme- og sygeplejen Lejre Kommune samt Brian Løndal , Teamleder for sygeplejen Lejre Kommune
- Tilsynet blev foretaget af Oversygeplejerske Anne Marie Glennung og Oversygeplejerske Sarah Leth Madsen

4. Bilag

Uddybning af målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen og ledelsens repræsentanter om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Der er fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Journalføring

2: Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har udarbejdet notatet
- notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format, og hvad disse indeholder
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

3: Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere den sundhedsfaglige dokumentation, herunder om der som minimum fremgår en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand.

Der fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

4: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af kontrol af eksempelvis:

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- blodsuktermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved patienter der for nyligt har fået foretaget kirurgiske indgreb

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- sårpleje
- tryksår
- risikosituationslægemidler
- genoptræning

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Sundhedsstyrelsens publikation - Den ældre medicinske patient](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

5: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

Delegation

6: Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed efter rammedelegation.

Der er fokus på om:

- der foreligger skriftlig instruktion, når medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe
- rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører den delegerede virksomhed.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

Faglige fokuspunkter

7: Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienterne.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

8: Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruks. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på at der af instruks fremgår:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

Der er fokus på om personalet kender og anvender instruks, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling uden for sygehuse, VEJ 9375 af 29. maj 2018](#)

[Lov om ændring af sundhedsloven vedr. livsforlængende behandling og behandlingstestamenteordning, LOV 254 af 6. april 2018](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

Medicinhåndtering

9: Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om hvorvidt de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på hvordan:

- personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinhåndtering
- personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- proceduren er for dokumentation af medicinordinationer
- personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
- medicin dispenseres
- dosisdispenseret medicin håndteres
- det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

Personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)

Antikoagulantia (ak) (warfarin, hepariner, nye orale ak-lægemidler)

Lavdosis methotrexat.

Koncentreret kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat).

Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)

Gentamicin.

Digoxin.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

[Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: Syv risikosituationslægemidler](#)

↑Tilbage til oversigt

10: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling
- Der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin

Referencer:

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

11: Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning og medicinbeholdning

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinbeholdning og korrekt opbevaring af medicinen.

Administration af medicin skal ske på baggrund af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og – år. I helt særlige tilfælde kan identifikation ske ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og relevante journaler vurderes det, om medicinbeholdning- og opbevaring opfylder følgende:

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poserne
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato

- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

↑Tilbage til oversigt

Patients retsstilling

12: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patients retsstilling

Tilsynsførende interviewer det sundhedsfaglige personale og gennemgår journaler på udvalgte risikoområder i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes samtykke og hvordan det dokumenteres.

- **Samtykkekompetence/handleevne:** Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykkekompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).

For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værger eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuldmagt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.

- **Informeret samtykke:** Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for

undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1286 af 2. november 2018 \(Kapitel 5: Patienters medinddragelse i beslutninger\)](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., BEK nr 509 af 13. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)

[Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)

[Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)

↑Tilbage til oversigt

Hygiejne

13: Observation og interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview og observation afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særlig fokus på håndhygiejne og relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler, fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 1141 af 13. september 2018, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2016](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2013](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Øvrige fund

14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(§ 213 og § 215 b\) LBK nr. 1286 af 2. november 2018](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar (fx på bosteder).

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner¹ udfører undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient².

Baggrund

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et risikobaseret tilsyn³. Styrelsen har forpligtelse til at gennemføre tilsyns- og læringsaktiviteter for alle typer af behandlingssteder i sundhedsvæsenet, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling. Styrelsen udvælger temaer og målepunkter risikobaseret ud fra en vurdering af, hvor hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Styrelsen udvælger i øjeblikket behandlingssteder⁴ til tilsyn på stikprøvebasis som led i afdækningen af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Styrelsen arbejder løbende på også at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

I 2019 er temaerne diagnostik og behandling med særligt fokus på det kirurgiske område samt sårbare patienter på de behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Desuden har tilsynet til formål at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Det risikobaserede tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

¹ Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

² Se sundhedsloven § 5.

³ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

⁴ Se sundhedsloven § 213 c

Tilsynet

Tilsynsbesøget sker normalt efter varsling af behandlingsstedet minimum 6 uger før besøget. Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, adgang til at inspicere behandlingsstedet mod behørig legitimation og uden retskendelse⁵. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Personalet har pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁶.

Tilsynsbesøgene tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter, som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter for tilsynet kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside www.stps.dk under [Temaer og målepunkter](#). Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., der vil blive lagt vægt på.

Styrelsen undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger. Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet, hvis det er relevant, fremsende materiale i henhold til eventuelle henstillinger om handleplan eller krav med påbud.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen den handleplan eller anden dokumentation, som eventuelt er fremsendt, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt styrelsen har modtaget materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt målepunkterne. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

Derefter offentliggøres tilsynet på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#).

Behandlingsstedet har pligt til at offentliggøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside. Tilsynsrapporten skal desuden gøres umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside⁷.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på sundhed.dk⁸.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 2

⁶ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1., jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁷ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 27/06/2018.

⁸ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2 2.pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt. Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give henstilling om at behandlingsstedet skal foretage visse sundhedsmæssige ændringer, evt. kræves fremsendelse af en handlingsplan for opfyldelse af uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for patientsikkerheden, får behandlingsstedet et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, gives der påbud om, at behandlingsstedet helt eller delvist skal indstille virksomheden. Det er ikke et individtilsyn, hvor den enkelte sundhedsperson er genstand for tilsynet.

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg⁹.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor styrelsen under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan styrelsen indlede en individtilsynssag. I givet fald opretter styrelsen en separat sag, hvor styrelsen – ligesom i øvrige individtilsynssager – vil oplyse sagen nærmere med indhentning af journaler, redegørelser, inddragelse af sagkyndige og samtale med den pågældende sundhedsperson, som har ret til bisidder. Sanktioner i individtilsynet kan ses på styrelsens hjemmeside. Disse sanktioner kan imidlertid ikke komme på tale som resultat af et organisationstilsyn, idet der er tale om en anden lovgivning.

⁹ Se sundhedsloven § 213, stk. 1