
Tilsynsrapport

Attendo Lærkevej

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

PLEJEOMRÅDET 2023

Attendo Lærkevej
Lærkevej 11
3600 Frederikssund

CVR- nummer: 19564479 **P-nummer:** 1016315067 **SOR-ID:** 1268581000016008

Dato for tilsynsbesøget: 29-09-2023

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2011-13318

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en handleplan, samt dokumenter med arbejdsgangsbeskrivelser.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat og planlagt tiltag med henblik på at rette op på de sundhedsfaglige forhold. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på stedet.

Styrelsen har derfor aktuelt ikke fundet grundlag for at ophæve påbud af 2. maj 2023 og vil foretage yderligere opfølgning over for behandlingsstedet herom.

Styrelsen har derudover fundet grundlag for at give et supplerende påbud til Attendo Lærkevej om midlertidigt at indstille indtaget af nye patienter på behandlingsstedet fra den 7. december 2023.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **29-09-2023** vurderet, at der på **Attendo Lærkevej** er

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn samt at vi i perioden fra 16/3-2023 til 29/9-2023 har modtaget ni bekymringshenvendelser vedr. såvel de sundhedsfaglige som ledelsesmæssige forhold på Attendo Lærkevej.

Siden tilsynet d. 6. juni 2023 havde den daværende ledelse arbejdet på at rette op på de sundhedsfaglige forhold på Attendo Lærkevej med afsæt i den fremsendte handleplan. Styrelsen blev forud for herværende tilsyn bekendt med, at virksomhedschefen og fire afdelingsledere var fratrådt ved udgangen af august 2023.

Behandlingsstedets organisering

Ved tilsynet d. 29/9-2023 konstaterede vi, at der var indsat en ny midlertidig ledelse af plejehjemmet indtil en ny fast ledelse forventedes at være på plads, som dermed ville være den sjette ledelse siden friplejehjemmet åbnede 1. juni 2019.

Attendo Lærkevej havde fortsat problemer med at rekruttere og fastholde faglærte medarbejdere. På tilsynsdagen var der i alt fire sygeplejersker ansat. Der var fortsat vakante stillinger blandt social- og sundhedspersonalet og en større del af vagterne blev dækket med interne og eksterne vikarer, hvoraf der forekom ikke-faglærte medarbejdere. Ved tilsynet konstaterede vi, at overleveringer mellem vagtlag, organisering af arbejdet og den fornødne dokumentation ikke var tilrettelagt under hensyn til, at en stor del af vagterne skulle varetages af interne og eksterne vikarer herunder ikke-faglærte. Det er styrelsens vurdering, at de ustabile ledelsesstrukturer med mange, hyppige skift i kombination med andre organisatoriske omstruktureringer siden åbningen af plejehjemmet sammenholdt med en stor medarbejderomsætning, mange vakante stillinger, stort vikarforbrug og mangel på faglært personale indebærer en kritisk risiko for patientsikkerheden på stedet.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Alle journaler var inden for en kortere periode forud for dette tilsyn gennemgået og der forelå aktuelle og relevante sygeplejefaglige vurderinger af patienternes problemområder med beskrivelser af den pleje og behandling, der skulle udføres hos patienterne fraset et enkeltstående problemområde, hvilket der mundtligt kunne redegøres for. Vi konstaterede, at oversigten over sygdomme og funktionsnedsættelser og dokumentationen for aftaler med behandlingsansvarlige læger nu var fyldestgørende.

På trods af, at det på tilsynet blev oplyst, at der dagligt blev afholdt triagemøder, hvor der blev foretaget vurdering af og opfølgning på patienternes helbredsmæssige tilstand konstaterede vi dog, at denne opfølgning og evaluering ikke entydigt kunne identificeres i journalerne på relevante observationer.

På samme vis konstaterede vi, at den udførte pleje og behandling ikke var dokumenteret i nødvendigt omfang, hvilket udgør en risiko for patientsikkerheden.

Manglerne i dokumentationen betød, at der ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøres for den udførte pleje og behandling samt resultatet heraf.

Det er vores vurdering, at en manglende struktur og systematik i dokumentationen af blodsuktermålinger sammenholdt med manglende dokumentation af administration af insulinpræparater udgør en risiko for patientsikkerheden, idet dette danner grundlag for personalets og den behandlingssansvarlige læges planlægning/evaluering af pleje og behandling. Vi har derudover lagt vægt på, at vi siden tilsynet d. 16/3-2023 har modtaget ni bekymringshenvendelser, med konkrete eksempler på ovenstående problematikker.

Vi anerkender, at Attendo Lærkevej har daglige triagemøder, som ovenfor beskrevet, men det er samtidig vores vurdering, at tiltaget pga. manglerne i journalføringen endnu ikke er fuldt implementeret og henset til personalesituationen kræver dette en ledelsesmæssig bevågenhed ift. at

fastholde det sundhedsfaglige fokus og dermed få det fulde udbytte af tiltaget i et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv.

Henset til mængden af vikarer, som ikke havde det fornødne kendskab og relation til patienterne for at kunne udføre opgaven, er det vores vurdering, at den manglende beskrivelse af pleje, behandling, opfølgning og evaluering ikke alene kan henføres til manglende journalføring, men i flere tilfælde må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

Det udgør ligeledes en risiko for patientsikkerheden, at det ikke var muligt at identificere, hvilken ekstern vikar, der havde foretaget dokumentationen og at praksis vedr. tildeling og administration af vikarkoderne ikke var patientsikker.

Vi har ved vurderingen endvidere lagt vægt på, at der ikke var fulgt op på akutte situationer/ændringer i patienternes tilstand, hvilket udgør en risiko for patientsikkerheden. Det udgør ligeledes en risiko for patientsikkerheden, at ordinerede målinger af blodsukker hos patienter med diabetes ikke dokumenteres systematisk.

Medicinhåndtering

Vi konstaterede, at håndteringen af den dispenserbare medicin nu var i orden, men da dokumentationen af administrationen af ikke dispenserbar medicin forsat var ustabil, især hvad angik risikosituationslægemidler men også andre lægemidler, er det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

Det er vores vurdering, at den manglende implementering af medicininstruksen indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal instruksen forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten. Det er vores vurdering, at den manglende dokumentation af administrationen af den ikke dispenserbare medicin har en sammenhæng med medarbejdersituationen herunder det store vikarforbrug og dermed et øget behov for introduktion ved arbejdstids begyndelse.

Patienters retsstilling

Patienternes handleevne og samtykkekompetence var nu beskrevet og patienternes informerede samtykke var journalført.

Konklusion

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at friplejehjemmet som organisation med de mange ledelseskift og den store medarbejderomsætning generelt er særdeles sårbar, hvilket er af betydning for såvel patientsikkerheden idet fraværet af stabil ledelse har betydning for omfanget af vurdering og opfølgning på den enkelte medarbejdere personlige og faglige kompetencer relateret til deres udførelse af kerneopgaven herunder evnen til at observere patienternes tilstand og journalføre dette korrekt.

Vi har lagt vægt på at behandlingsstedets fortsatte udfordringer med bemanning, men noterer os også, at der er foretaget en række organisatoriske ændringer vedrørende organiseringen af arbejdet, i relation til den sundhedsfaglige dokumentation samt medicin håndteringen.

Det er ligeledes fortsat vores vurdering, at de påviste mangler i dokumentationen og medicin håndteringen havde et omfang med konkret risiko for patientsikkerheden, og derfor vil kræve en større indsats og ledelsens fortsatte bevågenhed for, at målepunkterne kan blive opfyldt.

Styrelsen vurderer derfor, at der er tale om kritiske problemer for patientsikkerheden.

2. Krav

Krav

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

Målepunkt		Krav
2.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal Behandlingsstedet skal sikre, at de formelle krav til journalføring er overholdt
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, 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
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicin håndtering, og at personalet følger denne
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår
14.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>		X		<p>Der er siden tilsynet d. 6/6-2023 foretaget en omorganisering af behandlingsstedet. Samarbejdet med den daværende ledelse bestående af virksomhedschef og fire afdelingsledere var ophørt pr. 31/8-2023.</p> <p>Det blev oplyst, at der midlertidigt var en svensksproget plejehjemsleder, der kom tre dage om ugen, idet denne ligeledes var leder af et plejehjem i Sverige. Det blev oplyst, at der var ansat en ny virksomhedschef og souschef som forventedes at tiltræde d. 2/10-2023, men de tre teamlederstillinger var endnu ikke besat.</p> <p>Ved tilsynet d. 16. marts 2023 blev det oplyst, at der var 10 vakante stillinger, ved tilsynet d. 6. juni-2023 var der 15 vakante stillinger og ved nærværende tilsyn var der 17 vakante stillinger.</p> <p>Det blev ved tilsynet oplyst, at der startede nye medarbejdere d. 1/10- 2023. På forespørgsel fremgik det, at der ikke var udarbejdet et</p>

					<p>introduktionsprogram for disse medarbejdere. Der kunne derudover ikke i fornødent omfang redegøres for planer ang. rekruttering, onboarding samt fastholdelse af nyt personale.</p> <p>Ved gennemgang af fremsendte vagtplaner for otte uger konstaterede vi, at der fortsat var et stort forbrug af vikarer.</p> <p>Ved gennemgang af de fremsendte vagtplaner for otte uger blev det ligeledes konstateret, at der forekom dage, hvor der udelukkende var eksterne vikarer fra tre forskellige bureauer f.eks. i dagvagt på en af etagerne eller en enkelt fastansat medarbejder med et antal vikarer. Dette gjorde sig gældende i både dag-, aften- og nattevagter.</p>
--	--	--	--	--	---

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		Vikarer havde adgang til CURA, identificeret med et nummer f.eks. "social- og sundhedsassistent 1", "social- og sundhedsassistent 2" osv. Den samme adgangskode blev anvendt hver gang vikaradgangen blev taget i brug. Der kunne umiddelbart ikke redegøres for, hvilken vikar, der havde skrevet observationen eller kvitteret for administrationen af

					<p>den "ikke-dispenserbar" medicin. Ledelsen kendte ikke lovgivningen på området, herunder regler for opbevaring data vedrørende anvendte vikarkoder.</p> <p>Der var en manglende struktur og overskuelighed i forbindelse med dokumentation af blodsuktermålinger, idet resultaterne af målingerne enten forelå enkeltvis i afsluttede observationer eller som flere på hinanden følgende i fortløbende observationer. Når observationen var skrevet skulle sundhedspersonen vælge om observationen skulle gemmes som afsluttet eller fortløbende observation. Det blev ved tilsynet oplyst, at det var besluttet at resultatet af blodsuktermålingerne skulle dokumenteres i fortløbende observationer.</p>
3.	<p><u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u></p>		X		<p>En patient var i lokal behandling med et lægemiddel mod vandladningsbesvær og kunne til dels selv varetage dette i praksis, men havde pga. sin samlede helbredsmæssige situation behov for en vis støtte, hvilket ikke fremgik tydeligt af den sygeplejefaglige beskrivelse af det relevante problemområde. Der blev ved tilsynet redegjort herfor.</p>
4.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og</u></p>	X			

	<u>funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>				
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>Vi konstaterede, at opfølgning på patienternes sundhedsfaglige problematikker ikke i alle tilfælde blev dokumenteret.</p> <p>Eksempelvis:</p> <p>Manglende opfølgning på blødning i forbindelse med toiletbesøg hos patient med tarmsygdom.</p> <p>Det var beskrevet, at en patient, der havde forhøjet blodtryk med tendens til svimmelhed havde fået målt sit blodtryk, men resultatet kunne ikke genfindes.</p> <p>En patient havde en dag fået udleveret medicin mod forstoppelse ordineret til brug efter behov. Der forelå ingen beskrivelser af situationen op til udleveringen ej heller af den efterfølgende virkning.</p> <p>Manglende beskrivelse af, den konkrete pleje vedr. lokal behandling med et lægemiddel mod vandladningsbesvær</p> <p>Resultater af blodsuktermålinger blev dokumenteret i hhv. afsluttede og fortløbende observationer, hvorfor der ikke var et samlet overblik over behandlingen eksempelvis til brug ved kommunikation med den behandlingsansvarlige læge.</p>

					Der kunne ved tilsynet ikke redegøres for ovenstående mangler.
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			X	

Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>	X			Opfyldt ved tilsynet d. 16/3-2023
8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			Opfyldt ved tilsynet d. 16/3-2023

Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		X		Vi konstaterede at medicininstruksen fortsat ikke var tilstrækkelig implementeret, pga fundene vedr. den manglende dokumentation af ikke dispenserbar medicin.

10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>	X			
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning og medicinbeholdning</u>		X		<p>Hos en patient, der var i behandling med en række "ikke dispenserbare" lægemidler, hvoraf to var insulin til hhv. fast brug og efter behov, et hormonpræparat mod tørre slimhinder samt et lægemiddel til inhalation mod en lungesygdom var der manglende dokumentation for administrationen af lægemidlerne.</p> <p>Det blev ved tilsynet oplyst, at patienten selv administrerede det ene af lægemidlerne, men på det lokale medicinskema var det anført, at personalet var ansvarlige for administrationen.</p> <p>Hos en anden patient, der pga. alvorlig øjensygdom var i behandling med tre forskellige øjendråber, manglede der ligeledes dokumentation for administrationen af øjendråberne.</p> <p>I begge tilfælde var den manglende dokumentation for administrationen af lægemidlerne fordelt på forskellige tidspunkter over en tre-ugers periode.</p> <p>Ved opslag i vagtplaner kunne det konstateres, at den manglende kvittering især forekom på dage, hvor der udelukkende var eksterne</p>

					vikarer på afdelingen eller en enkelt fastansat medarbejder med et antal eksterne vikarer. Den manglende dokumentation for administrationen forekom såvel i dagvagter som i aftenvagter.
--	--	--	--	--	--

Patienters retsstilling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>	X			

Hygiejne

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

Øvrige fund

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>		X		Instruksen for sundhedsfaglig journalføring var ikke implementeret i tilstrækkelig grad, idet der jf. målepunkt 2 forekom en ikke systematisk journalføring af blodsukkermålinger.

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Attendo Lærkevej er et friplejehjem i Frederikssund Kommune og en del af Attendo koncernen. Friplejehjemmet åbnede 1. juni 2019.
- Plejehjemmet er certificeret til at levere ydelser i forhold til pleje, hjælp og omsorg og skal følge de kommunalt fastsatte kvalitetsstandarder.
- Ledelsen af Attendo Lærkevej er under omstrukturering og indtil en ny ledelse er på plads er der indsat en midlertidig ledelse fra den svenske moderkoncern, som er tilstede tre dage om ugen. Ledelsen skal fremadrettet bestå af en virksomhedschef, en souchef og tre teamledere, der skal indgå i plejen samt en planlægger.
- Attendo Lærkevej har plads til i alt 72 beboere fordelt på 6 afdelinger med 12 beboere i hver afdeling. På tilsynsdagen var der 57 beboere.
- På Attendo Lærkevej er der på tilsynsdagen 44 fastansatte medarbejdere, heraf otte ikke faglærte og 11 timelønnede, hvoraf ni ikke er faglærte. Det faglærte personale er fordelt på faggrupperne sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper. Sygeplejerskerne er ikke tilknyttet de enkelte afdelinger, men organiseret i et tværgående team med arbejdstid i dagtimerne på hverdage.
- Der er aktuelt 17 vakante stillinger fordelt over hele huset men primært på to af de tre afdelinger. Stillingerne bemandes pt. med dels mertid for faste medarbejdere, dels interne afløsere og dels eksterne vikarbureauer.
- De sundhedsfaglige opgaver består primært af medicin håndtering, observationer i forbindelse med behandling, opfølgninger på helbredstilstande, korrespondance med læger samt specialafdelinger på sygehuset.
- Komplekse sundhedsfaglige opgaver varetages af husets sygeplejersker på hverdage i tidsrummet kl. 8-16 og udenfor denne tid varetages opgaverne af døgnplejen i Frederikssund Kommune. Derudover samarbejdes med akutteamet i Frederikssund Kommune.
- Der afholdes daglige triagemøder i alle afdelinger, møderne er under implementering.
- Der holdes møde ca. hver 2-3 måned med døgnplejen i Frederikssund Kommune. Her drøftes opgaver der udføres af døgnplejen på Attendo Lærkevej samt samarbejdet mellem døgnplejen og Attendo.
- Der holdes kvartalsvise møder med visitationen i Frederikssund Kommune. Her drøftes samarbejdet samt evt. ledig kapacitet på Lærkevej.
- Attendo Lærkevej har tilknyttet en plejehjemslæge. Der afholdes årligt møde med plejehjemslægen vedr. status på samarbejdet samt evt. optimering.
- Attendo Frederikssund anvendte samme journalsystem som den kommunale døgnpleje i Frederikssund Kommune, CURA og anvendte FSIII-metoden.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt tilsyn som følge af et tilsyn den 6. juni 2023, hvor det blev konstateret, at de sundhedsfaglige forhold på Attendo Lærkevej, der gav anledning til påbuddet af 2. maj 2023 ikke er bragt i orden, hvorfor påbuddet ikke kunne ophæves. Endvidere var styrelsen via bekymringshenvendelser blevet oplyst om at den hidtidige ledelse af friplejehjemmet var fratrukket pr. 31/8-2023. Samlet set har styrelsen i perioden 16/3-2023 – 29/9-2023 modtaget ni bekymringshenvendelser vedr. de sundhedsfaglige og

ledelsesmæssige forhold. Efter tilsynet er der indkommet yderligere tre bekymringshenvendelser. Alle henvendelser er oversendt til Attendo Lærkevej med anmodning til ledelsen om at udtale sig om henvendelserne.

Vi var første gang på tilsyn på Attendo Lærkevej den 16. marts 2023. Det udløste et påbud den 2. maj 2023 om:

1. at sikre forsvarlig behandling og pleje, herunder sikre overlevering af opgaver og en tilstrækkelig bemanning samt udarbejdelse og implementering af en fyldestgørende instruks for ansvars- og kompetenceforhold, fra den 2. maj 2023.
2. at sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder implementering af instruks herfor, fra den 2. maj 2023.
3. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå fra den 2. maj 2023.
4. at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herfor, fra den 2. maj 2023.
5. at sikre forsvarlig hygiejne, herunder sikring af smitteforebyggende tiltag, fra den 2. maj 2023.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2023 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter/borgere

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 6. juni 2023.

- Behandlingsstedets organisering herunder ledelsesskiftet pr. 31/8-2023 og den generelle bemandsningssituation
- Journalføring
- Sygeplejefaglige vurderinger
- Informeret samtykke
- Medicin håndtering
- Implementering af instruks for medicin håndtering og journalføring

Som en del af opfølgningen på de indkomne bekymringshenvendelser havde vi forud for tilsynet bedt om at få fremsendt flg. materiale som er indgår i den samlede vurdering af Attendo Lærkevej:

- Vagtplaner for ugerne 35-42 begge inkl.
- To udtalelser fra ledelsen af Attendo Danmark vedr. ledelsessituationen på Attendo Lærkevej herunder hvordan patientsikkerheden og den fornødne kvalitet blev sikret på baggrund af oplysninger herom fremkommet i 2 bekymringshenvendelser og i Frederiksborg Amtsavis d. 5/9-2023.

Ved tilsynet deltog:

- Peter Lynel, Landechef Attendo Danmark
- Thomas Lendrell, driftschef Attendo Danmark
- Marie Hindrikson, konst. Virksomhedschef, Attendo Lærkevej
- Lena Erngren, Quality Director, Attendo Skandinavien

- Lena Rosberg, kvalitetsudvikler Attendo
- Fire sygeplejersker, Attendo Lærkevej

Som observatør deltog

- Karina Buhl, leder af døgnplejen i Frederikssund Kommune deltog som observatør under ledelsesinterviewet og ved gennemgang af den første journal.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Peter Lynel, Landechef Attendo Danmark
 - Thomas Lendrell, driftschef Attendo Danmark
 - Marie Hindrikson, konst. Virksomhedschef, Attendo Lærkevej
 - Lena Erngren, Quality Director, Attendo Skandinavien
 - Lena Rosberg, kvalitetsudvikler Attendo
 - Fire sygeplejersker, Attendo Lærkevej
-
- Karina Buhl, leder af døgnplejen i Frederikssund Kommune deltog som observatør ved tilbagemeldingen.

Tilsynet blev foretaget af:

- Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske
- Anne Marie Glennung, tilsynskonsulent

5. 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:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

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 foretaget plejen og behandlingen
- notaterne er skrevet på dansk, frasat 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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 i nødvendigt omfang:

- 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:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

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:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)

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:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

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](#)

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](#)

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

Der er fokus på at der af instruksen 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 instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 248 af 8. marts 2023](#)

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 medicin håndtering
- 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:

- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Risikosituationslægemidler - De 7 risikosituationslægemiddelgrupper](#)
- [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](#)

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 ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, november 2019](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinbehandling 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 medicinbehandling- 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 doseringsæskerne/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
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel 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:

- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, november 2019](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [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](#)

Patienters retsstilling

12. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters 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.

- Samtykke kompetence/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 samtykke kompetence, 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. 248 af 8. marts 2023](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)

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:

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 248 af 8. marts 2023](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet¹. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner² udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient³.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn⁴. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

Vi udvælger behandlingssteder⁵ til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

Formålet med vores tilsyn er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet og at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på vores hjemmeside under [Tilsyn med behandlingssteder](#). Vi har desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som findes på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

¹ Se sundhedsloven § 213.

² Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

³ Se sundhedsloven § 5.

⁴ 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.

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

Vi varsler normalt behandlingsstedet mindst 6 uger før et planlagt tilsynsbesøg. Reaktive tilsyn har som udgangspunkt 14 dages varsling, men kan foretages uvarslet.

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet⁶. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet⁷. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

Vores tilsynsbesøg tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter kan ses på vores hjemmeside, stps.dk, under [Tilsyn med behandlingssteder](#). Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., vi lægger vægt på.

Vi 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 patientsikkerheden⁸.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast til rapport – normalt med en høringsfrist på 3 uger. Der er ingen høring, hvis vurderingen er, at der ingen problemer er med patientsikkerheden. Der er i høringsperioden mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet sende handleplaner eller andet supplerende materiale, som vi har bedt om.

Efter høringsperioden vurderer vi de kommentarer og det materiale, vi har modtaget fra behandlingsstedet. På den baggrund skriver vi vores konklusion efter høring i rapporten. Vi tager desuden stilling til, om tilsynet giver anledning til henstillinger eller påbud, eller om vi kan afslutte tilsynet uden at foretage os yderligere.

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#)⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på sundhed.dk¹¹.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁷ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁸ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁹ Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

¹⁰ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹¹ 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 disse 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

Vores kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, vi har gennemgået. Vi lægger vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan et tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist¹².

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder 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 tilsynsbesøg¹³, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet og ikke de enkelte sundhedspersoner.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor vi under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan vi dog indlede en almindelig individtilsynssag over for denne person.

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1