



Tilsynsrapport

Sygeplejen Nord Rudkøbing

Reaktivt tilsyn, 2018

Sygeplejen Nord Rudkøbing
Spodsbjergvej 129

5900 Rudkøbing

CVR- eller P-nummer: 1023035002

Dato for tilsynet: 30-07-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd
Sagsnr.: 5-9011-1204/4

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i forbindelse med partshøringen anmodet om at få tilsendt yderligere 10 journalauditskemaer, da enkelte målepunkter vedrørende journalføring fortsat ikke var opfyldt. Styrelsen har fra den 3. september 2018 til den 14. september 2018 modtaget de 10 journalauditskemaer, samt en handleplan omhandlende iværksatte tiltag hos Sygeplejen Nord, Langeland Kommune med henblik på at øge kvaliteten af medicinhandteringen og journalføring på behandlingsstedet.

Styrelsen har gennemgået materialet, og det er på den baggrund styrelsens vurdering, at manglerne i journalføringen ikke er gennemgående i alle stikprøver, og at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte forhold på baggrund af den indsendte handleplan og den rådgivning, som blev givet under tilsynet.

Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Vurdering

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 30. juli 2018 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af Sygeplejen Nord er baseret følgende kilder:

- Tilsynsbesøg
- Interview
- Medicinhåndtering for fire patienter
- Journalgennemgang for fire patienter

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

Styrelsen for Patientsikkerhed konstaterede ved tilsynsbesøget, at Sygeplejen Nord siden det reaktive tilsyn den 8. maj 2018, havde arbejdet målrettet med at rette op på de sundhedsfaglige forhold. Dette indebærer ansættelsen af en projektleder, indkøb af remedier til at håndtere medicin mere sikkert, samt fortsat undervisning af personalet i brugen af omsorgssystemet og Fælles Sprog III.

Sygeplejen Nord har, som aftalt på møde den 6. juni 2018 mellem Styrelsen for Patientsikkerhed og repræsentanter for Langelands Kommune, rapporteret rettidigt ved fremsendelse af en ugentlig redegørelse, indeholdende resultatet af ti journalaudit, herunder medicingennemgang, til Styrelsen for Patientsikkerhed, fra den 20. juli 2018.

Ved tilsynsbesøget den 30. juli 2018 kunne Styrelsen for Patientsikkerhed dog konstatere, at der fortsat var mangler i den sundhedsfaglige dokumentation i form af manglende beskrivelser af patientens sygdom og aftaler med den behandlingsansvarlige læge, manglende vurdering af de tolv sygeplejefaglige problemområder og manglende beskrivelse af symptomer og iværksat pleje og behandling. Det er styrelsens vurdering, at mangelfuld journalføring rummer en risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling og intern kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har arbejdet på at forbedre journalføringen og har iværksat tiltag til understøttelse af dette. På baggrund af det langvarige forløb og de væsentlige mangler i journalføringen ved de tidligere tilsynsbesøg, har styrelsen dog ikke fundet det tilstrækkeligt dokumenteret, at disse tiltag er tilstrækkeligt implementeret.

Selvom der er tale om få uopfyldte målepunkter, er det styrelsens vurdering, at manglerne i journalføringen fortsat udgør mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

Begrundelse for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed gav den 21. december 2017 på baggrund af et varslet, planlagt tilsyn den 24. august 2017 påbud til Hjemmesygeplejen Nord om, at sikre forsvarlig medicin håndtering og tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen. Det var, på daværende tidspunkt, styrelsens vurdering, at fejlene og manglerne i relation til journalføring og medicin håndtering samlet set, udgjorde problemer af større betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen modtog den 24. april en handleplan fra Hjemmesygeplejen Nord, som blev vurderet til, ikke i tilstrækkelig grad, at kunne sikre korrekt medicin håndtering og sammenhængende og relevant sundhedsfaglige dokumentation.

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog den 8. maj 2018 et varslet reaktivt tilsyn og fandt, at der kun var rettet op på ganske få områder i forhold til journalføring og at der fortsat manglede orden og systematik i medicin håndtering. Styrelsen indkaldte på den baggrund, Langeland Kommune til en drøftelse, af hvordan forholdene vedrørende medicin håndtering og journalføring kunne rettes op.

Sammenfatning af fund

På baggrund af interview, gennemgang af medicin håndtering og journalføring samt indsendelse af auditresultater skal følgende fremhæves: Der var uopfyldte målepunkter vedrørende medicin håndtering og journalføring. Der var tre uopfyldte målepunkter vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation. Der var et enkelt uopfyldt målepunkt inden for medicin håndtering.

Uddybende beskrivelse af fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynet](#)

Henstillinger

Fundene ved tilsynet giver anledning til at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende:

- At der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 6).
- At det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap(målepunkt 6).
- At den sundhedsfaglige dokumentation som minimum skal indeholde beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand (målepunkt 7).
- 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 8).
- At den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning (målepunkt 12)

Der skal ugentligt i en måned fra den 10. august indsendes fem auditskemaer indeholdende journalgennemgang. I de fem journalaudit bør det fremgå, hvordan Sygeplejen Nord håndterer de opgaver, hvor gennemgangen viser, at der mangler opfølgning.

2. Fund

↑ 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			
2:	<u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>	x			

Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3:	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme</u>	x			
4a:	<u>Gennemgang af instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Instruks opfylder krav</u>	x			
4b:	<u>Interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
5:	<u>Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge</u>	x			
6:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt</u>		x		I en ud af fire stikprøver manglede en beskrivelse af patientens hjertesygdom og aftaler med den behandlingsansvarlige læge angående

	<u>over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>				kontrol af blodtryk, men patientens blodtryk var dog kontinuerligt dokumenteret under målinger i journalen
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		x		I en ud af fire stikprøver var der kun udfyldt tre ud af de tolv sygeplejefaglige problemområder
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		x		I en ud af fire stikprøver manglede en beskrivelse af symptomer, samt iværksatte behandlinger ved en patient, som havde haft urinsyreigt og mavesår

Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9a:	<u>Gennemgang af instruks for rammedelegation. Instruks opfylder krav</u>			x	
9b:	<u>Interview om instruks for rammedelegation. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	
10a	<u>Gennemgang af instruks for medicinhandling. Instruks opfylder krav</u>	x			
10b	<u>Interview om instruks for medicinhandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		x		I en ud af fire stikprøver fremgik Paracetamol af medicinlisten, men patienten havde ikke behov for det og derfor fandtes præparatet ikke i medicinbeholdningen.
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinhandling og medicinopbevaring</u>	x			

13:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	x			
-----	--	---	--	--	--

Patientens retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14a	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: samtykkekompetence/handleevne</u>	x		
14b	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: informeret samtykke</u>	x		

Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15:	<u>Interview om behandlingsstedet har en procedure for hygiejne</u>	x		

Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
16:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	x

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Hjemmesygeplejen i Langeland Kommune var samlet under en ledelse
- Hjemmesygeplejen var opdelt i 3 geografiske teams med undtagelse af et team der dækker aften og nat
- Der var ansat både sygeplejersker og social – og sundhedsassistenter i alle teams
- Der leveredes sundhedsfaglige ydelser til ca. 600 patienter på Langeland, Siø og Strynø
- Implementering af Nexus og FSIII blev påbegyndt i november 2017

Om tilsynet

- Til stede under tilsynet var Inger Stenstrøm, sundhedskordinator og stedfortræder for leder, en projektleder, to sygeplejersker og en social- og sundhedsassistent
- Der blev gennemgået journaler og medicin for fire patienter, herunder tre patienter med diabetes, en patient med KOL, som også var i Marevan behandling.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til Inger Stenstrøm, sundhedskordinator og stedfortræder for leder, en projektleder, to sygeplejersker og en social- og sundhedsassistent
- Tilsynet blev foretaget af oversygeplejerskerne Ulla Smith og Anne Elisabeth Flensted

4. Bilag

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 behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar, samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn¹. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder² dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden³, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Udover de planlagte, tematiserede tilsyn vil styrelsen som hidtil have et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol i form af fx tilsynsbesøg eller anden undersøgelse, hvis styrelsen får kendskab til eller mistanke om overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, der indebærer farer for patientsikkerheden. Reaktive tilsyn gennemføres fx på baggrund af bekymringshenvendelser, ligsynssager, klagesager eller medieomtale.

De reaktive tilsyn bunder i Styrelsen for Patientsikkerheds grundlæggende forpligtelse til at reagere relevant på forhold, der skaber en bekymring for eller udgør en konkret fare for patienterne. Materialer med relevans for tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Risikobaseret tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

Hvis det bliver anset for nødvendigt, kan styrelsen efter undersøgelserne give påbud, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til et behandlingssted. Styrelsen for Patientsikkerhed kan endvidere om nødvendigt stille krav om midlertidigt helt eller delvist at indstille virksomheden.

¹ 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.

² Se sundhedsloven § 213, stk. 2

³ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsynsbesøg er en reaktion på en bekymring om nogle helt konkrete forhold på et bestemt behandlingssted. Et reaktivt tilsyn handler om at undersøge, om patientsikkerheden på et behandlingssted er forsvarlig, og at sikre, at forholdene bliver bragt i orden, hvis det ikke er tilfældet. Efter tilsynet får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering. Der laves derefter en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet på samme måde, som det sker ved de planlagte tilsyn. Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for de to slags tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b.

Tilsynet

Et reaktivt tilsyn kan både være varslet og uvarslet. Uvarslede tilsyn bruges kun, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed har brug for at danne sig et øjebliksbillede af situationen, eller hvis formålet med undersøgelsen ellers kan forspildes. De forhold, som undersøges under et tilsynsbesøg, bliver fastlagt ud fra de konkrete omstændigheder.

Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, mod behørig legitimation og uden retskendelse adgang til at inspicere behandlingsstedet⁴. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁵.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynet 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. Dertil skal der i henhold til henstillinger om handleplan eller krav med påbud fremsendes relevant materiale.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen handleplanen eller anden fremsendt dokumentation, som er tilsendt, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt man har indsendt materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt kravene. 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 tilsynsrapporten på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#). Yderligere har behandlingsstedet pligt til at gøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside, og sørge for at den er umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet.⁶

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk⁷.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

⁴ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁵ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁶ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

⁷ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

0. Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
1. Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
2. Større problemer af betydning for patientsikkerheden
3. Kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden

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

Afhængig af kategoriseringen kan 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 Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.⁸

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, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁸ Se sundhedsloven § 215 b

⁹ Se sundhedsloven § 213, stk. 1