



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport Fred og Forsoning

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder 2022

Fred og Forsoning
Skjernvej 3
7400 Herning

CVR- nummer: 26971780 P-nummer: 1009662355 SOR-ID: 1175021000016003

Dato for tilsynsbesøget: 14-11-2022

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2011-11153

1. Vurdering

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **14-11-2022** vurderet, at der på **Fred og Forsoning** er

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang samt medicingennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Instrukser

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at den eneste instruks, der forelå på behandlingsstedet, var en instruks for medicin håndtering. Instruksen havde enkelte mangler, eksempelvis manglede den en beskrivelse af risikosituationslægemidler. Instruksen var kun delvist implementeret, idet medarbejderne redegjorde for en anden praksis vedrørende håndtering af ikke-lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud, end instruksen foreskrev.

Vi vurderer, at det er en skærpende omstændighed, at behandlingsstedet i september 2022 i en oplysningssag modtog et brev fra styrelsen med en henstilling om at tilføje et afsnit om risikosituationslægemidler, og denne henstilling var endnu ikke imødekommet. Der var mindst en beboer, som var i behandling med risikosituationslægemidler.

Fravær af sundhedsfaglige instrukser indebærer en betydelig risiko for patientsikkerheden, fordi behovet for intervention alene baserer sig på den enkelte medarbejders faglige skøn og kompetencer. Dette kan være særligt problematisk i forbindelse med en akut opstået situation og ved nyansættelser.

Sundhedsfaglige vurderinger og journalføring

Vi konstaterede, at de sundhedsfaglige vurderinger og journalføringen var meget mangelfuld, idet der manglede oversigter over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlige læger. De 12 sygeplejefaglige problemområder var mangelfuldt eller slet ikke beskrevet, og der forelå ingen planer for aktuel pleje og behandling, opfølgning eller evaluering i den sundhedsfaglige del af journalen. Medarbejderne oplyste, at al dokumentation foregik i daglige notater/dagbogsnotater, og at der blev skrevet heri hver dag. Dette bevirkede, at notaterne var skrevet i kronologisk rækkefølge efter dato, og derfor var det vanskeligt at fremfinde relevante notater og få et overblik over behandlingsforløb relateret til de enkelte problemområder.

Det var kun den overordnede medicinske ansvarlige, som skrev i og anvendte den sundhedsfaglige del af journalen. Den daglige medicinske ansvarlige kunne fremfinde den sundhedsfaglige del af journalen, men de

Øvrige medarbejdere var ikke i stand til dette. Ingen af medarbejderne kunne redegøre relevant for patienternes sundhedstilstand samt aktuell pleje og behandling. Det er derfor vores vurdering, at den manglende beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering ikke alene kan henføres til manglende journalføring men i flere tilfælde må tages som et udtryk for manglende udførelse heraf.

Medicinhandling

Det blev konstateret, at de lokale medicinlister var meget mangelfulde og ikke indeholdt al den medicin, der var ordineret i FMK, og som patienterne var i behandling med. Der forelå 3-4 forskellige medicinlister hos hver enkelt patient, og der var ikke overensstemmelse mellem det ordinerede og de lokale medicinlister. Journalsystemet havde et medicinmodul indbygget, men behandlingsstedet havde fravalgt at anvende dette og anvendte i stedet medicinlister, som blev oprettet i et word-dokument. De udskrevne medicinlister fungerede som tælleliste ved udlevering af fast medicin samt dokumentation for givet medicin, herunder pn og ikke dispenserbar medicin. De lokale medicinlister blev ajourført af den overordnede medicinansvarlige, som var den eneste, der havde adgang til FMK. Word-dokumenterne blev opbevaret på computerens skrivebord, hvortil alle medarbejdere havde adgang, og hvor der kunne rettes, uden den forrige medicinliste blev gemt elektronisk. De udskrevne medicinlister blev gemt i en mappe i medicinrummet, og medarbejderne vidste ikke, hvor længe de skulle opbevares.

Ved gennemgang af tre medicinbeholdninger var der fund omhandlende uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne, doseringsæske uden patientens navn og cpr nummer, pn præparater i poser, som ikke var mærket korrekt samt forkert opbevaring af tablet antabus.

Personalet kunne ikke redegøre for, hvordan de sikrede, at de ikke udleverede Antabus til påvirkede patienter. Behandlingsstedet ikke havde en procedure for sikring heraf, eksempelvis pusteprobe i alkometer forud for udlevering af antabus. Medarbejderne kunne heller ikke redegøre for korrekt praksis for kalibrering af alkometeret, hvorfor det ikke kunne garanteres, at apparatet virkede korrekt.

Vi vurderede, at der var risiko for, at personalet kunne risikere at udlevere Antabus til en påvirket patient, hvilket er en kritisk risiko for patientsikkerheden, da det potentielt kan medføre alvorlige bivirkninger, eksempelvis blodtryksfald, vejrtrækningsproblemer og besvimelse.

På baggrund af de fejl, der blev konstateret vedrørende medicinhandteringen, herunder udlevering af Antabus, og uoverensstemmelse mellem medicinhandteringsinstruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for medicinhandling ikke var implementeret i tilstrækkelig grad. Vi vurderer, at fundene vedrørende medicinlisterne og medicinbeholdningerne udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden, idet det ikke kan garanteres, at patienterne får den rette behandling.

Patienters retsstilling

Dokumentation for patienternes habilitet kunne kun genfindes i én ud af tre journaler, og personalet kunne ikke redegøre for, hvor det skulle anføres.

Personalet oplyste, at der altid blev indhentet et samtykke forud for kontakt til behandlingsansvarlig læge, men dette kunne ikke fremfindes under tilsynet.

Hygiejne

Ved tilsynet konstaterede vi, at personalet ikke var bekendt med korrekt håndhygiejne, og at der blev udført sundhedsfaglige opgaver med lange negle, neglelak og lange ærmer. Endvidere konstaterede vi, at det i flere tilfælde ikke var muligt at udføre korrekt håndhygiejne efter toiletbesøg. Forebyggelse af spredning af infektioner og smitsomme sygdomme er af betydning for patientsikkerheden overalt i sundhedsvæsenet, og det er vores vurdering, at behandlingsstedet ikke i tilstrækkelig grad kunne sikre en sådan forebyggende indsats.

Konklusion

Det er styrelsens vurdering, at de påviste mangler var gennemgående og havde et stort omfang med alvorlig, konkret risiko for patientsikkerheden, og som vil kræve gennemgribende ændringer for, at målepunkterne kan opfyldes. Styrelsen vurderer derfor, at der er tale om kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav

Krav

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

Målepunkt		Krav
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver som følger Sundhedsstyrelsens vejledning Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
3.	Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at instrukser overholder de formelle krav til instrukser, som det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning
4.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
5.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring
6.	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 de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation
7.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuell og relevant beskrivelse af

	aftaler med behandlingsansvarlig læge	aftaler med de behandlende læger om kontrol af kroniske sygdomme ved den medicinske patient
8.	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 en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. 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 der foreligger en skriftlig instruks for medicin håndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for medicin håndtering
10.	Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at dato for ordination og/eller seponering fremgår af medicinlisten Behandlingsstedet skal sikre, at den aktuelt ordinerende læges navn/sygehusafdeling fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation Behandlingsstedet skal sikre, at behandlingsindikation for medicinsk behandling fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten Behandlingsstedet skal sikre, at enkeltdosis og døgndosis samt tidspunkt for indgift af fast medicin fremgår af medicinlisten Behandlingsstedet skal sikre, at der er angivet enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn medicin Behandlingsstedet skal sikre, at medicinlisten føres systematisk og entydigt
12.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patienternes navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne /doseringsposerne

		<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
13.	Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for brug af ikke-lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud
14.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten kan give habilt samtykke til pleje og behandling, eller om samtykke varetages helt eller delvist af pårørende/værge
15.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for hygiejne
17.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold nævnt nedenfor er patientsikkerhedsmæssigt forsvarlige: •

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling</u>		X		Der forelå ingen instruks for personalets kompetencer, ansvars og opgavefordeling. Der forelå kompetenceskemaer på nogle af medarbejderne, som den overordnede medicinansvarlige havde godkendt og underskrevet efter at have forestået oplæring i medicinudlevering. Den medicinansvarlige havde i følge sit eget kompetenceskema oplært sig selv og underskrevet sit eget kompetenceskema.
2.	<u>Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling</u>		X		Der forelå ingen instruks for patienters behov for behandling, og der kunne ikke redegøres fyldestgørende for en patientsikker praksis ved smitsom sygdom.
3.	<u>Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser</u>		X		Der forelå to forskellige instrukser for medicinbehandling, som var dateret hhv. 2014 og 2022. Den nyeste, som var dateret i maj 2022 var efterfølgende revideret, men datoen for seneste revision var ikke ændret.

Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4.	<u>Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation</u>		X		Der forelå ingen instruks for sundhedsfaglig dokumentation.
5.	<u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal</u>		X		Den sundhedsfaglige dokumentation fremstod ikke overskuelig og systematisk, idet der var så mange mangler, at der ikke kunne skabes et overblik over den sundhedsfaglige pleje og behandling. Det var kun den

					overordnede medicinansvarlige, som skrev i den sundhedsfaglige dokumentation og delvist den daglige medicinansvarlige. De øvrige medarbejdere anvendte ikke den sundhedsfaglige del af journalen og kunne ikke fremfinde denne.
6.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>Der blev gennemgået en sundhedsfaglig journal. De to andre sundhedsfaglige journaler kunne personalet ikke fremfinde. Medarbejderne oplyste, at de andre journaler ville ligne den første.</p> <p>Den sygeplejefaglige beskrivelse af de 12 problemområder var mangelfuldt beskrevet. Problemområderne bevægeapparat, psykosociale forhold, seksualitet, smerter og sanseindtryk samt viden og udvikling var enten slet ikke eller ikke fyldestgørende beskrevet, selvom medicinlisten og interview af personalet indikerede, at patienten havde problemer inden for disse områder. Personalet kunne ikke redegøre mundtligt for problemområderne.</p>
7.	<u>Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		<p>Der blev gennemgået en sundhedsfaglig journal. De to andre sundhedsfaglige journaler kunne personalet ikke fremfinde, og det blev oplyst, at de andre journaler ville ligne den første.</p> <p>Der forelå ingen oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser.</p> <p>Der forelå ingen aftaler med behandlingsansvarlig læge, og personalet kunne ikke redegøre mundtligt for patientens sygdomme, funktionsnedsættelser eller aftaler med behandlingsansvarlige læge.</p>
8.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>Der blev gennemgået en sundhedsfaglig journal. De to andre sundhedsfaglige journaler kunne personalet ikke fremfinde, og det blev oplyst, at de andre journaler ville ligne den første.</p> <p>Der var ingen beskrivelse af aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering i den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>Det blev oplyst, at al dokumentation blev foretaget i dagbogsnotater, hvor der dagligt blev noteret i journalen. Det var</p>

					<p>derfor ikke muligt at danne sig et overblik over behandlingsforløb, fx patientens antabusbehandling.</p> <p>Personalet kunne ikke redegøre mundtligt for aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering.</p>
--	--	--	--	--	---

Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		X		Der forelå en instruks for medicinhåndtering. Denne manglede en beskrivelse af håndtering af risikosituationslægemidler.
10.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger</u>		X		Der forelå ingen instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger.
11.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>Alle lokale medicinlister manglede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dato for ordination - aktuel ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen - behandlingsindikation for den medicinske behandling - præparatets aktuelle handelsnavn - enkelt dosis og døgndosis - maksimal døgndosis for pn medicin <p>Desuden var medicinlisten ikke systematisk og entydig, og det fremgik ikke, om det var behandlingsstedet eller patienten selv, som administrerede medicinen, samt om det var dosisdispenseret medicin, eller om det var dispenseret i doseringsæsker.</p> <p>Ved en medicingennemgang var der fire forskellige medicinskemaer printet ud. Der var to fra FMK, som var udskrevet hhv. 21. oktober og 26. oktober samt to lokale medicinskemaer fra word-dokumentet, hvor der på den ene medicinliste fremgik den medicin, behandlingsstedet dispenserede og var ansvarlig for, og på den anden medicinliste fremgik den medicin, som patienten selv administrerede.</p>

					<p>Det var ikke al medicin på FMK-listen, som var overført til den lokale medicinliste. Fx manglede en angivelse af et præparat til injektion mod erektil dysfunktion på den lokale medicinliste.</p> <p>Ved de to andre medicingennemgange var der tre forskellige medicinskemaer printet ud. Der var to fra FMK, som var udskrevet hhv. 21. oktober og 26. oktober samt et lokalt medicinskema fra word-dokumentet. I den ene medicingennemgang var et præparat mod depression angivet på FMK-listen til indtagelse om morgenen, men på den lokale liste var det angivet til indtagelse om aftenen.</p>
12.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u>		X		<p>I en medicingennemgang var der ikke overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne, idet der manglede en tablet i tre ud af ni doseringsæsker om morgenen. I samme medicingennemgang var der fund af en doseringsæske uden patientens navn og cpr nummer.</p> <p>I en anden medicingennemgang var der dispenseret fire forskellige pn præparater i poser, som ikke var mærket korrekt.</p> <p>I en tredje medicingennemgang var der dispenseret antabus til 14 dage i en doseringsæske med 4 rum. Antabustabletter skal opbevares i den originale emballage, tæt lukket, for at beskytte mod fugt og lys.</p> <p>I medicinrummet på en hylde over medicinskabet var der fund af en æske med håndkøbspræparatet Balacid Novum til brug ved for meget mavesyre. Der var intet navn på æsken, og der kunne ikke redegøres for, hvem den tilhørte.</p>
13.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud</u>		X		<p>Der forelå en instruks for medicinhandling, som beskrev korrekt praksis ved handling af ikke-lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud, men den var ikke implementeret, idet det ikke var denne</p>

					praksis, medarbejderne redegjorde for ved tilsynet.
--	--	--	--	--	---

Patienters retsstilling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		<p>Medarbejderne vidste ikke, hvor patienternes evne til at give et informeret samtykke skulle dokumenteres. Ved en journalgennemgang kunne den medicinansvarlige fremfinde det efter nogen søgning i journalsystemet, men ved de to andre patienter kunne medarbejderen ikke finde den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>Personalet oplyste, at der altid blev indhentet et samtykke forud for kontakt til behandlingsansvarlig læge, men dette kunne ikke fremfindes under tilsynet.</p>

Hygiejne

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15.	<u>Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme</u>		X		<p>Der forelå ingen instruks for hygiejne, og medarbejderne kunne ikke redegøre for korrekt håndhygiejne og afbrydelse af smitteveje.</p> <p>En medarbejder udførte sundhedsfaglige opgaver med lange negle med neglelak samt lange ærmer ved tilsynet.</p> <p>På et toilet til fælles brug var der ikke nogen håndvask, og det var ikke muligt at udføre korrekt håndhygiejne efter toiletbesøg.</p> <p>På et andet toilet var der et stofhåndklæde til fælles brug. Der var opsat en beholder til papirservietter til engangsbrug, men denne var tom.</p> <p>På ingen af toiletterne var der håndsprit til rådighed.</p>

Diverse

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
16.	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>			X	Der blev ikke udført injektionsbehandling på behandlingsstedet.

Øvrige fund

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
17.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>		X		<p>Behandlingsstedet havde et alkometer til måling af alkoholpromille. Personalet kunne ikke redegøre for hvordan de sikrede, at de ikke udleverede antabus til påvirkede patienter. Vi blev oplyst, at det var op til den enkelte medarbejder at vurdere det ud fra deres individuelle forudsætninger, da de ikke havde en procedure for måling af promille forud for udlevering af antabus.</p> <p>En medarbejder oplyste, at han ikke vidste hvordan alkometeret fungerede. Der var ingen dokumentation for kalibrering af alkometeret, og medarbejderne kunne ikke redegøre for korrekt praksis for kalibrering, hvorfor det ikke kunne garanteres, om apparatet virkede korrekt.</p>

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Fred og Forsoning er et privat fondsejet forsorgshjem med døgndækning for hjemløse med et misbrug
- Der er 10 pladser, og aktuelt er alle i brug
- Der er 11 ansatte, og på tilsynsdagen stod opholdstilbuddet uden ledelse, idet forstanderen var blevet afskediget i weekenden inden tilsynsbesøget
- De sundhedsfaglige opgaver består af medicinhåndtering, herunder antabusbehandling samt ledsagelse til praktiserende læge, alkoholambulatorie, sygehusafdelinger og psykiatri
- De ansatte er uddannet inden for flere forskellige retninger, fx psykoterapeutisk og/eller pædagogisk uddannelse. En medarbejder er daglig medicinansvarlig og har kompetence til at dispensere medicin.
- Der er ansat en social- og sundhedsassistent som er overordnet medicinansvarlig og som kommer i huset ca. en gang om ugen. Den overordnede medicinansvarlige er den eneste, der har adgang til FMK og som skriver i den sundhedsfaglige dokumentation. Den overordnede medicinansvarliges opgaver er bl.a. at godkende den daglige medicinansvarliges dispensering samt udfylde og opdatere den sundhedsfaglige dokumentation
- Journalsystemet Planner4you bliver anvendt

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et uvarslet reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en telefonisk bekymringshenvendelse fra Socialtilsyn Midt den 11. november 2022

Socialtilsyn Midt udtrykte stor bekymring for håndteringen af de sundhedsfaglige opgaver på bostedet. Socialtilsyn Midt beskrev, at de under tilsyn var blevet bekendt med, at der blev givet antabus uden forudgående pusteprov, og at nogle beboere drak alkohol, selvom de fik antabus.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Bosteder 2022 anvendt
- Der blev gennemført interview af medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået en journal, som blev udvalgt på tilsynsbesøget. Tilsynet ville gerne have gennemgået flere journaler, men medarbejderne kunne ikke finde den sundhedsfaglige dokumentation
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Ved tilsynet deltog:

- Udvalgte medarbejdere, hvoraf den ene var daglig medicinansvarlig

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Dennis Hartvig Schultz, formand for Fonden Fred og Forsoning
- Niels Henning Nørgård Jensen, næstformand for Fonden Fred og Forsoning
- En medarbejder

Tilsynet blev foretaget af:

- Sussi Albrechtsen, oversygeplejerske
- Susanne Holst Bendix, oversygeplejerske

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling

Tilsynsførende gennemgår instruks om personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruks.

Ved gennemgang af instruks skal kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver være beskrevet.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruks.

Referencer:

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

2. Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for patienternes behov for behandling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruks.

Ved gennemgang af instruks skal det være beskrevet, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos patienter, herunder krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver, og hvor medarbejderen arbejder som lægens medhjælp, samt tilkald af læge.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruks.

Referencer:

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

3. Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser

Tilsynsførende interviewer ledelsen og gennemgår de skriftlige instrukser med henblik på at vurdere, om de overholder de formelle krav til instrukser, herunder om de er tilgængelige, daterede, indeholder

oplysning om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og er forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.

De skriftlige instrukser skal indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige og målgruppen.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

Journalføring

4. Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation

Tilsynsførende gennemgår instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation med ledelsen og interviewer personale om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation.

Ved gennemgang af instruksen skal personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation, være beskrevet

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

5. Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en 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, 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 og hvad disse indeholder eller i andet format
- Notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

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. 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](#)

7. Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, 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 medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af eksempelvis:

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- blodsukkermålinger
- 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](#)

8. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering

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

- den indeholder en beskrivelse af pleje og behandling samt evt. opfølgning, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
- der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge følges.

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](#)

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 risikosituationslægemidler

Personalet kender og anvender instruksen.

De syv risikosituationslægemidler er:

1. Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)
2. Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler)
3. Lavdosis methotrexat.
4. Kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat).
5. Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)
6. Gentamicin
7. Digoxin

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- <https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/laering/risikosituationslaegemidler/>
- [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 og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger

Tilsynsførende gennemgår instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger:

- ved håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin
- om den medicinske behandling herunder gennemgang og revision af den ordinerede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning
- om behandling og kontrol af kroniske sygdomme

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Referencer:

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

11. 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 den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen.
- 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, fremgår enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

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](#)

12. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinhandling 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 medicinhandling- 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
- 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

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, november 2019](#)

13. Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud

Tilsynsførende gennemgår instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Ved gennemgang af instruksen skal beskrivelse af personalets samarbejde med de behandlingsansvarlige læger, oftest praktiserende læge, ved håndtering af håndkøbslægemidler og kosttilskud mv., som ikke fremgår af FMK (Fælles Medicinkort) eller anden udformet medicinliste fra lægen, fremgå.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte.

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](#)

Patienters retsstilling

14. 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.

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 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [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](#)
- [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](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

Hygiejne

15. Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme

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:

- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)

Diverse

16. Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf

Tilsynsførende interviewer personale med henblik på at vurdere, om der forefindes adrenalin ved injektionsbehandling. Personalet interviewes yderligere i forhold til, om de har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.

Referencer:

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

Øvrige fund

17. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

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 Tilsynsrapporter⁹. 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 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 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