



Tilsynsrapport Camillehusene - hus 7, 9 og 13

Reaktivt tilsyn, 2019

Camillehusene - hus 7, 9 og 13
Bank-Mikkelsens Vej 13
2820 Gentofte

CVR- eller P-nummer: 1003258435

Dato for tilsynsbesøget: 06-08-2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-5952/1

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 17. september 2019 modtaget partshøringssvar fra Gentofte Kommune, hvori der er redegjort for en række tiltag, der er iværksat på behandlingsstedet med henblik på at sikre, at alle uopfyldte målepunkter bliver opfyldt inden for en meget kort frist. I partshøringssvaret er henvist til de initiativer, der er taget på baggrund af styrelsens tilsyn og de drøftelser, der har fundet sted mellem behandlingsstedet og styrelsen, herunder et efterfølgende møde den 21. august 2019 med behandlingsstedets ledelse og repræsentanter for Gentofte Kommune.

Det er i høringssvaret navnlig anført, at Camillehusene har iværksat en række tiltag med henblik på at sikre, at Camillehusenes journalføring udføres i overensstemmelse med gældende regler, jf. styrelsens krav. Det er bl.a. anført, at der er udarbejdet en handlingsplan og en vejledning for systematisk sundhedsfaglig dokumentation, at der er iværksat oplæring af personalet i sundhedsfaglig dokumentation, ligesom der udføres jævnlige auditeringer af journalføringen.

Camillehusene har endvidere fremlagt en instruks for behandling af patienter med epilepsi, som styrelsen vurderer som fyldestgørende. Det er oplyst, at instruksen er gennemgået med alle medarbejdere og er en del af introduktionsforløbet for nye medarbejdere. Det er ligeledes anført, at Camillehusene har udarbejdet individuelle pleje- og behandlingsplaner for alle børn og unge, herunder alle børn med epilepsi. Handleplanerne omhandler alle relevante sundhedsfaglige problemområder, og alle medarbejdere har adgang til planerne. Det er ligeledes oplyst, at der er iværksat uddannelsesinitiativer vedrørende epilepsibehandling, herunder håndtering af epileptiske anfald.

I høringssvaret er endvidere oplyst om tiltag vedrørende korrekt håndtering af medicin og sondeernæring.

Endelig er det oplyst, at der i en periode har været tilført ekstra personaleressourcer til Camillehusene, og at der er ansat en sygeplejerske, der skal vejlede personalet og følge op på implementering af de sundhedsfaglige instrukser.

Styrelsen anerkender, at der ved de anførte initiativer er iværksat tiltag med henblik på at opfylde de konstaterede fund. Styrelsen konstaterer dog samtidig, at de uopfyldte målepunkter, der dannede baggrund for styrelsens påbud af 20. december 2018 til Camillehusene – hus 7, 9 og 13, stadig ikke kan anses for at være bragt i orden, da det ikke alene på baggrund af beskrivelsen i partshøringssvaret og på ovennævnte møde kan konkluderes, at de beskrevne tiltag er tilstrækkeligt implementeret og har haft den nødvendige virkning i praksis.

Endvidere konstaterede styrelsen ved sit seneste tilsyn den 6. august 2019 en række uopfyldte målepunkter specifikt vedrørende behandling af patienter med epilepsi, herunder håndtering af epileptiske anfald. Styrelsen vurderer ligeledes, at disse målepunkter fortsat ikke kan anses for at være bragt i orden, da det ikke alene på baggrund af beskrivelsen i partshøringssvaret og på ovennævnte møde kan konkluderes, at de beskrevne tiltag vedrørende behandling af patienter med epilepsi er tilstrækkeligt implementeret og har haft den nødvendige virkning i praksis.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der samlet set fortsat er kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed finder derfor på nuværende tidspunkt ikke grundlag for at ophæve påbuddet til Camillehusene af 20. december 2018.

Styrelsen har endvidere fundet grundlag for den 19. september 2019 at udstede påbud til Camillehusene – hus 7, 9 og 13 om, at Camillehusene inden for den i påbuddet anførte frist at bringe de uopfyldte målepunkter i forhold til behandling af patienter med epilepsi i orden.

Styrelsen har vurderet, at der er behov for endnu et opfølgende tilsyn på behandlingsstedet med henblik på at undersøge, om påbuddene er efterlevet.

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

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 6. august 2019 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

- Interview med ledelse og medarbejdere
- Journalgennemgang for tre patienter
- Gennemgang af medicinbeholdning for tre patienter
- Gennemgang af enkelte instrukser

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at der siden det reaktive tilsyn den 6. februar 2019 fortsat var arbejdet med opfyldelse af styrelsens påbud om at sikre udarbejdelse og implementering af instrukser, sikre forsvarlig medicinbehandling og korrekt journalføring.

Alt personale var blevet undervist ved sundhedsfaglig konsulent den 27. februar 2019, hvor instrukserne var blevet gennemgået, tillige var alt personale sidemandsoplært af sygeplejerske i sundhedsfaglig dokumentation i EKJ. Alt personale havde været på et 5-dags medicin håndteringskursus og et kursus i epilepsi.

Den 1. april 2019 var der startet en ny forstander og i den forbindelse havde der været stor udskiftning af personalet. Ny forstander havde besluttet, at der i fremtiden skulle ansættes sundhedsfagligt personale i nogle af de vakante stillinger.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der stadig var mangler i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation.

Styrelsen har tillige lagt vægt på, at journalføringen endnu ikke var fyldestgørende, og der manglede fortsat systematik og overskuelighed i den samlede dokumentation. Der var udarbejdet oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler om kontrol med behandlingsansvarlige læge, disse var dog ikke fyldestgørende i alle tre stikprøver. Det var svært at få et overblik over aktuelle pleje- og behandlingsforløb samt evaluering og opfølgning på disse, idet det blev dokumenteret som dagbogsnotater, hvilket bevirkede, at dele af dokumentationen ikke fremstod overskuelig og systematisk. Især var der mange mangler i forhold til pleje og behandling af patienter med epilepsi, idet det ikke fremgik, hvilke tiltag man havde gjort i forbindelse med patienternes absencer og krampeanfald. Tillige blev de sundhedsfaglige problemstillinger ikke opdateret, når der var ændringer i patienternes tilstande, dette kom blandt andet til udtryk ved patienter med epilepsi.

De mangler, der blev fundet i relation til journalføringen, var gennemgående i de tre journalgennemgange.

Camillehusene førte den sundhedsfaglige dokumentation i EKJ et digitalt journalsystem, derudover blev beskrivelse af pleje og behandling samt registreringsskemaer ført i papirform i kardex, hvilket ikke fremgik systematisk af journalen. Derved var instruks for sundhedsfaglig dokumentation fortsat ikke implementeret.

Det blev under tilsynet oplyst, at Camillehusene skulle overgå til nyt journalsystem fra 1. januar 2020. Implementeringen af dette system skulle gå i gang fra september 2019, og den 31 december 2019 blev der lukket ned for EKJ.

Camillehusene var siden tilsyn den 6. februar 2019 kommet på elektronisk medicinkort samt korrespondancer. Dette foregik i anden journalsystem, Nexus, da EKJ ikke kunne samarbejde om dette. Alle korrespondancer blev kopieret og lagt over i EKJ.

Derudover var den udarbejdede instruks om kompetence, ansvars og opgavefordeling mangelfuld i forhold til beskrivelse af sundhedsfaglige opgaver, kompetencer for forskellige faggrupper og varetagelsen af behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver. Tillige konstaterede styrelsen, at behandlingsstedets instrukser og procedurer for patienters behov for behandling samt aftaler med behandlingsansvarlige læger ikke var implementeret, idet personalet ikke fulgte instrukserne.

Der manglede tillige klare retningslinjer og instrukser for epilepsi og hvordan personalet skulle håndtere absencer og krampeanfald hos patienterne. Personalet bekræftede, at de ikke havde de fornødne kompetencer til at håndtere behandling af patienter med epilepsi, herunder håndtere absence- og krampetilfælde.

Der kan derfor fortsat være væsentlig risiko for patientsikkerheden, når de sundhedsfaglige instrukser er mangelfulde eller ikke er fuldt implementeret.

Det er styrelsens vurdering, at der var arbejdet målrettet med instruks for medicin håndtering, og daglig leder samt forstander havde ligeledes arrangeret interne kurser i medicin håndtering. Ved tilsynet konstaterede styrelsen dog fortsat flere mangler ved medicin håndteringen.

På baggrund af den dialog og vejledning og de refleksioner, der var på tilsynet, vurderer styrelsen, at der på nogle områder er tale om fremgang, på trods af de omtalte problemer.

Styrelsen vurderer samlet, at der er tale om kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, og at der stadig er behov for opfølgning på påbuddet af 20. december 2018. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor på nuværende tidspunkt ikke fundet grundlag for at ophæve dette påbud.

Styrelsen har endvidere umiddelbart fundet grundlag for at udstede påbud til Camillehusene – hus 7, 9 og 13 om at sikre forsvarlig behandling af patienter med epilepsi og at udarbejde og implementere instruks for behandling af epilepsipatienter, således at det sikres, at personalet har de fornødne kompetencer til at håndtere behandlingen, herunder at håndtere epilepsianfald i form af absencer og krampeanfald.

Sammenfatning af fund

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

Der blev fundet flere mangler i forhold til opdateret, systematisk og overskuelig sundhedsfaglig dokumentation.

Flere af de sundhedsfaglige instrukser var fortsat ikke implementeret under tilsynet og derved fulgte personalet ikke instrukserne. Instruksen for personalets kompetence, ansvar og opgavefordeling var mangelfuld, idet den ikke beskrev alle ansatte personalegrupper, opgaver og ansvarsområder indenfor de forskellige sundhedsfaglige opgaver. Tillige var instruks for sundhedsfaglig dokumentation, instruks for patienters behov for behandling samt instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger ikke implementeret. Der manglede endvidere en instruks for epilepsi og håndtering af absencer og krampeanfald.

Der var fortsat blevet arbejdet med den sundhedsfaglige dokumentation, den var dog stadig gennemgående mangelfuld og usystematisk, hvilket resulterede i manglende beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, manglende oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser samt manglende beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering.

Der var under tilsynet flere uopfyldte målepunkter indenfor medicin håndtering.

Ved tilsynet konstaterede styrelsen endvidere en række mangler i relation til behandling af børn og unge med epilepsi.

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

Krav

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

- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver. Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 1)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og følger instruksen for personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling (målepunkt 2b)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde instruksen for sundhedsfaglig dokumentation, og at personalet følger denne (målepunkt 4b)
- Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring (målepunkt 5)
- Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 6)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 7)
- Behandlingsstedet skal sikre, at lægens tilkendegivelser efter lægekontakt er dokumenteret, og at der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge (målepunkt 8)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde instruksen for medicin håndtering, og at personalet følger denne (målepunkt 10b)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde instruksen for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger, og at personalet følger denne (målepunkt 11b)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er angivet enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne /doseringsposerne (målepunkt 13)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den enkelte patients medicin opbevares adskilt fra de øvrige patienters medicin (målepunkt 13)
- 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 (målepunkt 15a)

2. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte den 20. december 2018 et påbud til Camillehusene med følgende indhold:

- 1) at indstille injektionsbehandling af beboere på behandlingsstedet fra dags dato. Dette indebærer, at al injektionsbehandling skal stoppes øjeblikkeligt ved modtagelsen af afgørelsen og indtil dette påbud er ophævet.
- 2) at sikre forsvarlig medicin håndtering fra dags dato.
- 3) at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder at sikre journalføring af patienters samtykkekompetence og informeret samtykke samt at udarbejde og implementere instruks om sundhedsfaglig dokumentation, inden den 3. januar 2019.
- 4) at opdatere og implementere instruks for medicin håndtering og at udarbejde og implementere instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, instruks for patienternes behov for behandling, instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger samt instruks for brug af ikke lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud inden den 3. januar 2019.

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserer i tilsynet på :

- at der på behandlingsstedet er en medicin håndtering, der sikrer patientsikkerheden
- at der på behandlingsstedet er en journalføring, der sikrer patientsikkerheden
- at der på behandlingsstedet er udarbejdet og implementeret instruks for medicin håndtering, instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, instruks for patienternes behov for behandling, instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger samt instruks for brug af ikke lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud

3. Fund

↑ [Tilbage til vurdering](#)

Ved tilsynet blev der anvendt målepunkter fra målepunktsættet for Bosteder 2018. Der er anvendt et reduceret målepunktssæt, idet der kun er ført tilsyn med de forhold, der var givet påbud om at rette op på. Følgende målepunkter fra målepunktssættet 2018 blev anvendt: 1a, 1b, 2a, 2b, 3, 4a, 4b, 5, 6, 7, 8, 10a, 10b, 11a, 11b, 12, 13, 14a, 14b, 15a, 15b.

Fund fra tilsynsbesøg d. 6. februar 2019

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1a: <u>Gennemgang af instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling. Instruks opfylder krav</u>		X		Der var en overordnet instruks for kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling. Denne var dog ikke uddybet i forhold til alle ansatte personalegrupper, kompetencer og sundhedsfaglige opgaver og delegering.
1b: <u>Interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling. Personalet kender og følger instruks.</u>			X	
2a: <u>Interview om instruks for patienternes behov for behandling. Instruks opfylder krav.</u>	X			
2b: <u>Instruks for patienternes behov for behandling. Personalet kender og følger instruks</u>		X		Personalet fulgte ikke instruks, idet læge ikke blev kontaktet ved epileptisk anfald, trods læge havde beskrevet at dette skulle gøres ved kramper
3 <u>Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser</u>	X			

Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4a:	<u>Gennemgang af instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation. Instruks opfylder krav</u>	X			
4b:	<u>Interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger instruksen</u>		X		Personalet var blevet undervist i instruksen, men fulgte ikke denne. Instruks var derfor fortsat ikke implementeret under tilsyn.
5:	<u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver levede journalføring ikke op til de formelle krav.</p> <p>Det var gennemgående i tre ud af tre stikprøver, at der i den elektroniske journal ikke var henvisninger til beskrivelser af aktuell pleje og behandling samt registreringskemaer i papir-kardex.</p> <p>Tillige manglede der dato samt initialer for hvem der havde skrevet notaterne i papir-kardex.</p> <p>Tillige manglede der fortsat systematik og overskuelighed i journalføringen.</p>
6:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver, var beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemområder ikke opdateret og ajourførte siden marts og april 2019, trods det at der var sket ændringer i patienternes tilstande.</p> <p>I to ud af tre journaler manglede der ved patienter med epilepsi beskrivelser af, om de havde epileptiske absencer eller krampeanfald, hvor ofte dette kunne forekomme og hvilke slags kramper der var tale om. Tillige manglede der beskrivelser af, om de var velreguleret i deres medicinering for epilepsi, og der manglede henvisning til en eventuel handleplan.</p> <p>I én ud af tre journaler manglede der beskrivelse af, at en patient med epilepsi ofte blev reguleret og derved op- og nedjusteret i sin epilepsi-medicin.</p> <p>I én ud af tre stikprøver manglede der under <i>smarter og sanseindtryk</i> en</p>

					<p>beskrivelse af, hvordan personalet kunne se, at en patient uden sprog havde smerter.</p> <p>I én ud af tre stikprøver manglede der under <i>kommunikation</i> beskrivelse af, hvordan personalet kunne kommunikere med en patient uden sprog, og hvordan patienten kommunikerede med omverdenen.</p> <p>I én stikprøve var der ved sammenhold af patientens medicinliste og beskrivelse af <i>patientens aktuelle og potentielle problemer</i> problemområder, der ikke var beskrevet.</p> <p>Der manglede tillige henvisninger til beskrivelser af pleje og behandling i forhold til ovennævnte problemområder.</p>
7:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u></p>		X		<p>I to ud af tre stikprøver manglede der en fyldestgørende oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser.</p> <p>Det drejede sig blandt andet om en patient, hvor der manglede beskrivelse af scoliose, cerebral parese, forstoppelse og at patienten var sondeernæret via MIC-KEY sonde.</p> <p>Det var i to ud af tre stikprøver gennemgående, at der ved sammenhold af patientens medicinliste og oversigt over <i>sygdomme og funktionsnedsættelser</i>, var flere sygdomme der ikke var beskrevet.</p>
8:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u></p>		X		<p>I to ud af tre stikprøver manglede der opdaterede beskrivelser af pleje og behandling samt opfølgning og evaluering. Det drejede sig om beskrivelse af pleje og behandling i forhold til patienter med epilepsi, som fik kramper eller absence anfald.</p> <p>Der manglede i to ud af de tre stikprøver ved patienter med epilepsi beskrivelse af symptomer på krampeanfald og derefter opfølgning og evaluering. I en ud af de to stikprøver var handleplanen for absencer ikke revideret inden for det sidste år trods ændring i behandling og øget krampe/absence anfald.</p> <p>I én stikprøve havde patienten på tre uger haft gentagende epileptiske anfald, dette var journalført under</p>

					<p>dagbogsnotater, der manglede dog beskrivelser af opfølgning og evaluering. I én ud af tre stikprøver var der på tre uger ikke taget kontakt til en læge, trods patientens intervaller for anfald var øget markant. Der var ej heller dokumenteret, hvis der var givet pn. Stesolid.</p> <p>I én ud af tre stikprøver havde en patient på et døgn slået sit hoved to gange, første gang havde man haft kontakt til hjemmesygeplejen som havde tilset patienten. Anden gang var der ikke taget kontakt til sundhedsfagligt personale, og der var ikke fuldt op på fald og slag mod hoved.</p> <p>I én ud af tre stikprøver havde personalet ikke taget kontakt til epilepsiklinik ved krampeanfald, trods ordination fra læge.</p> <p>I én ud af tre stikprøver var der ikke lavet opfølgning og evaluering trods ordination og beskrivelse fra læge. Det drejede sig om en patient der var sat i ny medicinskbehandling, som krævede observationer af mulige bivirkninger fra medicin i form af hudkløe.</p> <p>I én ud af tre stikprøver var der udarbejde handleplan for brug af skælshampoo hos patient, der var dog ikke lavet status, opfølgning og evaluering i flere år.</p> <p>Der manglede i tre ud af tre stikprøver henvisning fra de sygeplejefaglige problemområder til den beskrevne pleje og behandling.</p>
--	--	--	--	--	---

Medicin håndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10a:	<u>Gennemgang af instruks for medicin håndtering.</u> Instruks opfylder krav	X			
10b	<u>Interview om instruks for medicin håndtering.</u>		X		I én ud af tre stikprøver fulgte personalet ikke medicin håndteringsinstruksen, idet

	<u>Personalet kender og følger instruksen</u>				personalet ikke havde kontrolleret, om antallet af tabletter var i overensstemmelse med ordinationen
11a:	<u>Gennemgang af instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Instruks opfylder krav.</u>	X			
11b:	<u>Interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Personalet kender og følger instruksen</u>		X		Personalet fulgte ikke instruksen, idet læge ikke blev kontaktet ved epileptisk anfald, trods læge havde beskrevet at dette skulle gøres ved kramper
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		I én ud af tre stikprøver manglede der maximal døgndosis på pn. Stesolid. Det omhandlede en patient der havde epilepsi og fik pn.stesolid mod kramper. I to ud af tre stikprøver stemte optællingslisten ikke overens med det antal tabletter der stod anført på medicinlisten. Det drejede sig om en systemteknisk fejl. Personalet talte altid op efter medicinlisten.
13:	<u>Observation vedrørende medicin håndtering og medicinopbevaring</u>		X		I én ud af tre stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinskemaet og antallet af tabletter i doseringsæsken. Det drejede sig om en tablet der manglede til morgen i en dagsdosette. To patienters sondemad stod sammen i et fællesskab, der manglede tillige navn og cpr.nr på sondeernæring.
14a:	<u>Gennemgang af instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Instruks opfylder krav</u>	X			
14b:	<u>Interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			

Patienters retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15a:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: kompetence til samtykke/handleevne</u>		X		I én ud af tre journaler manglede der beskrivelse af patientens habilitet og om der var værger og i så fald hvem.
15b:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: informeret samtykke</u>	X			

Diverse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
17:	<u>Interview om adrenalin ved in- jektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>			X	

Øvrige fund

Målepunkt		Ingen fund	Fund og kommentarer
18:	<u>Øvrige fund med patientsikkerheds- mæssige risici</u>	X	

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Camillehusene var en døgninstitution i Gentofte kommune for børn og unge, der havde varige funktionsnedsættelser, såvel fysiske som mentale samt autistiske problemstillinger. Flere af børnene havde epilepsi og fik jævnligt krampeanfald, tillige fik flere af børnene sondeernæring via en Mikey-sonde
- Der boede 21 børn og unge i alderen 6 til 20 år fordelt på 3 huse - hus 7, hus 9 og hus 13. Der var en ledig plads under tilsynet
- Ud af de 21 børn og unge, der boede på Camillehusene, havde 11 børn og unge epilepsi
- Den 1. april 2019 var der tiltrådt ny forstander. Dette havde medført opsigelser og afskedigelser blandt personalet.
- Under tilsynet var der 7 vakante stillinger. Der blev søgt sundhedsfagligt personale til disse stillinger, alt fra ergoterapeut, fysioterapeut, social og sundhedsassistenter samt sygeplejerske.
- Der var blevet ansat ergoterapeuter samt social -og sundhedsassistenter. To af disse social og sundhedsassistenter var ansat som faste nattevagter.
- Camillehusene var i gang med at ansætte en sygeplejerske der skulle være tovholder for de sundhedsfaglige opgaver samt sikre dokumentation og medicinhåndtering i alle tre huse.
- Camillehusene havde kontakt med Filadelfia Epilepsihospital, da der skulle afholdes nye kurser i epilepsi for alle medarbejdere
- Camillehusene havde et samarbejde med Gentofte kommunes hjemmesygepleje samt sygeplejerskerne i Ambulatoriet på Kellersvej. Disse udførte, underviste og superviserede personalet i sundhedslovsopgaver.
- Camillehusene havde pr. 1. januar 2019 fået en lægepraksis tilknyttet. Denne lægepraksis havde behandlingsansvar for alle børn.
- Alle ikke-sundhedsfaglige medarbejdere skulle, eller havde været, på et 5-dags medicinkursus ved Pharmacon.
- Faste medarbejdere havde været på et 2-dags opdateringskursus i medicinhåndtering i januar 2019.
- FMK samt MED-COM var blevet implementeret, dette var gjort i samråd med den fast tilknyttede lægepraksis.
- Medicinhåndtering blev for nuværende varetaget af pædagoger med medicinhåndteringskursus samt daglig leder som var uddannet social- og sundhedsassistent
- Hjemmesygeplejen fortsat injektionsbehandling ved Camillehusene
- Der var blevet indført morgenmøder med en fast dagsorden som bestod i faglige drøftelser omkring registrering og indberetning af magtanvendelse, registrering af utilsigtede hændelser, kvalificering af de daglige sundhedsfaglige instrukser og opgaver i forhold til blandt andet hygiejne, medicin, sondeernæring samt journalføring

Om tilsynet

- Opfølgende reaktivt tilsyn på baggrund af påbud udstede den 20. december 2018, hvor der ved reaktivt tilsyn der 6. februar 2019 stadig var grund til bekymring og fortsat var *større problemer af betydning for patientsikkerheden*, og påbud kunne derved ikke ophæves.
- Ved tilsynet blev udvalgte målepunkter for bosteder 2018 anvendt.
- Tilsynet var tilrettelagt med interview af ledelsen samt medarbejdere på Døgninstitution Camillehusene. Styrelsen gennemgik tillige 3 journaler og medicinbeholdningen ved 3 børn og unge/patienter. Tillige blev nogle instrukser gennemgået på ny.
- Indledende og afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:
 - Kristine Jensen, forstander
 - Pi Grønbæk, daglig leder
 - Martin xx, daglig leder
 - 2 pædagoger
- Tilsynsbesøget blev foretaget af: Oversygeplejerske Annemarie Rohrberg og oversygeplejerske Sarah Leth Madsen

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 har styrelsen som hidtil et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol, som kan gennemføres enten i form af tilsynsbesøg eller ved indhentning af materiale og skriftlig korrespondance, 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, klagesager, medieomtale eller som opfølgning på et tidligere tilsyn, hvor der er givet påbud.

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.

Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsyn 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.

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 og § 213 c

³ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Indhentning af materiale

Til brug for oplysning af patientsikkerheden på behandlingsstedet kan styrelsen indhente og gennemgå forskelligt materiale. Det kan fx dreje sig om gennemgang af styrelsens egne sager ift. behandlingsstedet (tidligere klage- og tilsynssager) samt indhentning af journaler og instrukser. Derudover kan styrelsen have dialog med typisk ledelsen på behandlingsstedet i form af møder samt indhentning af udtalelser og redegørelser. Endelig vil styrelsen normalt gennemgå offentligt tilgængelige internetportaler m.m. for at indhente oplysninger vedr. behandlingsstedet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁴.

Tilsynsbesøg

I mange reaktive tilsynssager gennemføres et tilsynsbesøg. Et reaktivt tilsynsbesøg kan være både varslet og uvarslet. Uvarslede tilsynsbesøg 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 reaktivt 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 behandlingsstedet⁵. 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 journaloplysninger⁶.

Afrapportering

Styrelsen udarbejder en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet. Rapporten omfatter hele tilsynet, herunder også den afdækning og indhentning af informationer, som kan ligge udover selve tilsynsbesøget. Hvis der gennemføres et tilsynsbesøg som led i tilsynet, får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering som afslutning på besøget. Hvis der er tale om et reaktivt tilsyn, omfatter rapporten alene det indhentede materiale.

Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for planlagte og reaktive tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b. 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, 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.

⁴ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

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.⁷

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk⁸.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de 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.⁹

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 tilsynsbesøg¹⁰, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁷ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 26. juni 2018 § 24 stk. 2

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

⁹ Se sundhedsloven § 215 b

¹⁰ Se sundhedsloven § 213, stk. 1