



Tilsynsrapport

Attendo Frederikssund Plejehjem

Reaktivt tilsyn - 2020

Attendo Frederikssund Plejehjem
Lærkevej 11 - 0
3600 Frederikssund

CVR- eller P-nummer: 1024206846

Dato for tilsynet: 02-03-2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2011-3430

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget faktuelle rettelser i høringsperioden.

Behandlingsstedet har den 26. juni 2020 indsendt en gennemgang af en række initiativer, som er skitseret nedenfor:

Styrelsen og behandlingsstedet har efter tilsynet afholdt møde den 12. juni 2020, hvor behandlingsstedet har gennemgået planen for at imødekomme styrelsens krav på baggrund af fundene ved tilsynet den 2. marts 2020.

Behandlingsstedet har oplyst styrelsen om, at der er igangsat en gennemgang og opdatering af journalerne og der er igangsat et samarbejde om den sundhedsfaglige dokumentation med Frederikssund Kommune. Derudover er der igangsat oplæring og undervisning af medarbejderne i dokumentationssystemet.

Behandlingsstedet oplyser, at der er igangsat en proces, med henblik på implementering af instruks for medicinbehandling og instruks for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke. Dernæst bliver medarbejderne trænet i basal hjerte-lunge redning. Der er arbejdet med ansvars- og opgavefordelingen i forhold til medicinbehandling, samt introduktion ved nyansættelse. Der bliver ligeledes igangsat en indsats på hygiejneområdet.

Styrelsen anerkender, at der er iværksat relevante tiltag til sikring af patientsikkerheden.

Det er dog styrelsens vurdering, at det ikke alene på baggrund af de fremsendte beskrivelser kan konkluderes, at tiltagene er tilstrækkeligt implementeret.

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

Styrelsen for Patientsikkerhed finder derfor på nuværende tidspunkt, ikke grundlag for at ophæve påbuddet til Attendo Frederikssund Plejehjem af 28. januar 2020.

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 på stps.dk og sundhed.dk. Når vi konstaterer, at et påbud er blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 02-03-2020 vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

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

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at målepunkterne vedrørende *journalføring, medicinhåndtering, instrukser, patientrettigheder* samt *øvrige fund* i form af genanvendelse af engangsutensilier, fortsat var uopfyldte.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at behandlingsstedet havde arbejdet målrettet for at imødekomme styrelsens påbud om, at sikre tilstrækkelig journalføring. Der var imidlertid fortsat flere fejl og mangler i den sundhedsfaglige journalføring, som kunne tilskrives ansvars- og opgavefordelingen mellem Frederikssund Kommune og Attendo Frederikssund Plejehjem. Plejehjemmet varetog ikke sundhedslovsopgaver, herunder den sundhedsfaglig dokumentation, medmindre det var overdraget fra den kommunale døgnpleje i forbindelse med overdragelse af den sundhedsfaglige opgave.

Alle medarbejdere var blevet undervist og oplært i brug af journalsystemet og alle medarbejdere, inklusiv vikarer og timelønnede medarbejdere havde nu adgang til systemet. Styrelsen har dog lagt vægt på, at journalføringen endnu ikke var fyldestgørende, idet der manglede systematik i den samlede dokumentation. Derudover var mange notater uforståelige på grund af uhensigtsmæssig brug af forkortelser. Der var udarbejdet oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler om kontrol med behandlingsansvarlig læge. Disse var dog ikke fyldestgørende, og der manglede systematik for, hvor den samlede oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser blev journalført. Det var svært at få et overblik over aktuelle pleje- og behandlingsforløb og evaluering og opfølgning på disse, og der var i enkelte stikprøver uoverensstemmelse mellem aftaler om opfølgning og den faktiske udførte opfølgning og evaluering. Tillige sås der manglende vurderinger, evalueringer og manglende reaktion på ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstande samt på pleje og behandling.

De mangler, der blev fundet i relation til journalføringen, var med enkelte undtagelser, gennemgående i journalerne.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at behandlingsstedet havde arbejdet målrettet for at imødekomme styrelsens påbud om at sikre forsvarlig medicinhåndtering. Behandlingsstedet havde indført systematik i opbevaringen af lægemidler og mange medarbejdere var undervist i korrekt medicinhåndtering. Styrelsen har dog lagt vægt på, at der fortsat var fejl i medicinhåndteringen som kunne tilskrives medarbejdernes manglende viden om korrekt brug af medicinmodulet, samt det forhold, at der var mangler i

instruks for medicinbehandling samt at denne endnu ikke var fuldt ud implementeret. Der var ved tilsynet ikke fund, der indikerede, at patienterne ikke havde fået korrekt medicin.

Det er dog styrelsens vurdering, at fejl og mangler i medicinbehandlingen rummer en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Behandlingsstedet havde arbejdet målrettet for at imødekomme styrelsens påbud om at sikre udarbejdelse og implementering af sundhedsfaglige instrukser, herunder instruks for sundhedsfaglig dokumentation, instruks for medicinbehandling samt instruks for pludselig opstået sygdom og ulykke. Imidlertid var der fortsat fejl og mangler i instrukserne og de var endnu ikke implementeret. Derudover var instruks for håndtering af smitsomme sygdomme, herunder forebyggelse af spredning af smitsomme sygdomme, ikke fuldt ud implementeret.

Behandlingsstedet vurderede patienternes evne til at give et informeret samtykke, men der blev ikke indhentet informeret samtykke forud for kontakt til læge.

På baggrund af den dialog og vejledning og de refleksioner, der var under tilsynet, vurderer styrelsen, at der er tale om fremgang, på trods af de omtalte problemer. Derudover har styrelsen i vurderingen lagt vægt på, at medarbejderne havde høj grad af faglighed og kendte patienterne godt og mundligt kunne redegøre for deres pleje og behandling.

Styrelsen vurderer dog samlet, at der er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden, og at der stadig er behov for opfølgning på påbuddet af 28. januar 2020.

Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor på nuværende tidspunkt ikke fundet grundlag for at ophæve påbuddet.

Sammenfatning af fund

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

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, samt at de uopfyldte målepunkter fordelte sig over flere områder herunder journalføring, medicinbehandling, faglige fokuspunkter, patienters retsstilling, hygiejne samt øvrige fund, i form af genanvendelse af engangs-utensilier, således at 11 målepunkter ud af 14 blev vurderet ikke-opfyldt.

Journalføring: Den sundhedsfaglige dokumentation var usystematisk, idet der ikke var en ensrettet dokumentation af patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser. Desuden blev der anvendt forkortelser der medførte forståelsesvanskeligheder af den sundhedsfaglige dokumentation.

Der var mangelfulde beskrivelser af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, mangelfuld oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, samt mangelfulde beskrivelser af aftaler om kontrol med behandlingsansvarlige læge, manglende beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering.

Medicinbehandling: Der var fund i tre ud af tre medicinbeholdninger. Fundene fordelte sig over følgende: Arbejdsgange ved ordinationsændringer. Manglende overensstemmelse mellem det ordinerede og det aktuelle handelsnavn i beholdningen. Mangel på ordineret medicin i beholdningen. Administration af ikke-dispenserbare lægemidler som ikke blev systematisk dokumenteret. Desuden var pn medicin ikke i alle tilfælde mærket korrekt.

Af fundene fremgik det, at instruks for medicinhandling endnu ikke var fuldt ud implementeret, tillige var der mangler i instruksen idet, der ikke fremgik ansvars- og kompetenceforhold ved håndtering af injektionsbehandling, hvilket var aktuelt hos flere patienter. Desuden manglede der beskrivelse af administration og dokumentation ved givning af ikke dispenserbare-lægemidler.

Faglige fokuspunkter: Der var fejl i instruks for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke. Derudover var der ikke foretaget målrettede tiltag, for at sikre at alle medarbejderne fx ved nyansættelse, havde kendskab til arbejdsgange i en akut situation.

Patienters retsstilling: Patienternes evne til at give et informeret samtykke til pleje og behandling var velbeskrevet. I fire ud af fem stikprøver var der ikke dokumenteret, at der var indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakt til den behandlingsansvarlige læge.

Hygiejne: På baggrund af observationer gjort under tilsynet, fremgik det at instruks og arbejdsgange for forebyggelse af risici for infektioner og spredning af smitsomme sygdomme (clostridium difficile) ikke var implementeret, idet der ikke blev anvendt rette værnemidler.

Øvrige fund: En engangs-utensil blev anvendt flere gange til optrækning ved oral medicinadministration.

Detaljerede fund kan ses i oversigten: Fund ved tilsynet

Krav

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

- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at de formelle krav til journalføring er overholdt (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation som minimum indeholder en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand, pleje og behandling og skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at ledelse og personale kan redegøre for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger samt, at der foreligger aftaler om kontrol og behandling af kroniske sygdomme (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienter (målepunkt 7)

- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinhandling, og at personalet følger denne (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at af handling af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at 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 (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt (målepunkt 14)

Henstillinger

- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet er instrueret og følger den skriftlige instruks mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v. (målepunkt 13)

Styrelsen for Patientsikkerhed agter at fastholde påbuddet indtil der ved et nyt tilsyn er påvist, at dette kan ophæves.

2. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsynet

På baggrund af en bekymringshenvendelse vedrørende de sundhedsfaglige forhold på behandlingsstedet, gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed et reaktivt tilsyn den 12. november 2019.

Fundene ved tilsynet medførte, at Styrelsen for Patientsikkerhed den 28. januar 2020 udstedte et påbud til Attendo Frederikssund Plejehjem med følgende indhold:

- 1) at sikre forsvarlig medicinhåndtering, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks for medicinhåndtering fra dags dato.
- 2) at sikre, at der bliver gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for samtlige aktuelle patienter og eventuelle nytilkomne patienter fra dags dato.
- 3) at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder udarbejdelse og implementering af instruks for journalføring fra dags dato.
- 4) at sikre implementering af instruks for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke fra dags dato.

Tilsynet den 2. marts 2020 er gennemført som opfølgning på påbuddet.

Fokus for tilsyn

Ved det opfølgende reaktive tilsyn den 2. marts 2020, blev målepunkterne for tilsyn med plejeområdet 2020 anvendt.

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserede i tilsynet på:

- Instrukser og arbejdsgange herunder kompetence, ansvars- og opgavefordeling
- Journalføring
- Medicinhåndtering
- Hygiejne
- Patientrettigheder

3. Fund ved tilsynet

↑Tilbage til vurdering

Fund fra tilsynsbesøg d. 2. marts 2020

Behandlingsstedets organisering

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

Journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2: <u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u>		X		<p>Den sundhedsfaglige dokumentation var usystematisk, idet der ikke var en ensrettet dokumentation af patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser. I tre ud af fem journaler fremgik sygdomme og funktionsnedsættelser under generelle oplysninger, men var også dokumenteret under helbredstilstand. Imidlertid fremgik ikke alle sygdomme og funktionsnedsættelser under generelle oplysninger, men nogle kun under helbredstilstand og derfor var det ikke muligt at danne sig et samlet, hurtigt overblik.</p> <p>Desuden blev der anvendt forkortelser der medførte forståelsesvanskeligheder af den sundhedsfaglige dokumentation. Flere af forkortelserne var ikke gængse medicinske forkortelser. Derudover har behandlingsstedet mange forskellige personalegrupper, der ikke nødvendigvis har samme forståelse af forkortelser.</p>
3: <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>I fem ud af fem journaler var der ikke fyldestgørende vurderinger af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger. Særligt manglede oplysninger indenfor problemområderne: ernæring, hud/slimhinder, smerte/sanseindtryk, søvn/hvile, funktionsniveau (ADL), psyko/socialt, kommunikation.</p>

					Medarbejderne kendte patienterne godt og havde god indsigt i patienternes aktuelle og potentielle problemer.
4:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		<p>I 3 ud af 5 stikprøver var der mangelfuld oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, Der manglede oplysninger om diabetes, søvnløshed, depression, smerter, forhøjet blodtryk, dysfagi samt tendens til urinvejsinfektion. Desuden var der i 3 ud af 5 stikprøver mangelfulde beskrivelser af aftaler om kontrol med behandlingsansvarlig læge. En patient var i behandling med lavdosis methotrexate, men det fremgik ikke hvornår patienten næste gang skulle til kontrol ved behandlingsansvarlig læge.</p> <p>I flere tilfælde bemærkede tilsynet, at tidligere aftaler om kontrol ved behandlingsansvarlig læge fortsat fremgik af journalen, fx aftaler der lå flere måneder tilbage var anført som næstkommende kontrol.</p>
5:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>I fem ud af fem stikprøver, var der manglende beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering. En patient havde haft episoder med opkast, hvor lægen var forsøgt kontakten, men lægen havde angiveligt ikke besvaret henvendelsen og problemet var ikke yderligere fulgt op af medarbejderne.</p> <p>En anden patient skulle have målt blodtryk i tre dage, uden at dette var udført. Desuden var der pga. leversygdom, plan om vanddrivende behandling (pn) ved vægtøgning. Imidlertid var der ikke fulgt op på planen på dage, hvor patienten havde vægtøgning.</p> <p>En patient havde kroniske smerter og fik på grund af dette pn morfin. Der var dog ingen beskrivelse af, hvordan patienten udviste symptomer på smerter, og der lå ingen beskrivelse af den konkrete effekt ved udlevering af pn morfin.</p> <p>Hos en patient med diabetes manglede der en beskrivelse af pleje og behandling for hypo- og hyperglykæmi. Der forelå ingen referenceværdier i forhold til blodsuktermåling.</p>

					En patient havde sår som blev behandlet, og der forelå en sårplejeplan. Dog var der ingen opfølgning beskrevet i forbindelse med sårplejen.
--	--	--	--	--	---

Delegation

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

Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7: <u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>		X		Af instruks for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke, fremgik det at medarbejderen først skulle kontakte social- og sundhedsassistent eller sygeplejerske før opkald til alarmcentralen. Derudover var der ikke foretaget målrettede tiltag for at sikre, at medarbejderne ved nyansættelse fik kendskab til håndtering af pludselig sygdom/ulykke.
8: <u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			

Medicinhåndtering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9: <u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		X		Behandlingsstedet havde udarbejdet en instruks for medicinhåndtering. Imidlertid var der mangler i denne, idet der ikke var beskrevet ansvars- og kompetenceforhold såfremt der skulle håndteres injektionsbehandling, hvilket var aktuelt hos to patienter (overdraget sundhedslovsopgave) som fik

					<p>injektionsbehandling via en subcutan nål. Det var ikke klart, hvilke faggrupper der måtte håndtere dette, og der var ikke ens opfattelse hos medarbejderne, om det både var social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker eller kun sygeplejersker der måtte varetage denne behandling.</p> <p>Desuden fremgik det ikke af instruksen, hvordan ikke-dispenserbare lægemidler skulle administreres og dokumenteres korrekt.</p> <p>Flere fund indenfor medicinbehandling var relateret til manglende implementering af medicininstruksen.</p>
10:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>Behandlingsstedet havde indført en arbejdsgang, hvor der ved ordinationsændringer blev påsat en dymo på medicinbeholderen med nye ordinationer. Dette fremgik på adskillige præparater i to ud af tre stikprøver og udgjorde en risiko for manglende overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste. I to ud af tre stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem det aktuelle handelsnavn og det ordinerede. Dette gjorde sig gældende for fire præparater.</p>
11:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling</u>		X		<p>I to ud af tre stikprøver var den ordinerede medicin ikke i medicinbeholdningen. I et tilfælde vedrørte det et morfinpræparat som var en pn ordination, som patienten således ikke kunne få ved behov. Lægemidlerne var bestilt fra apoteket, men endnu ikke leveret.</p> <p>I to ud af tre stikprøver var der i flere døgn indenfor den seneste uge, mangelfuld dokumentation for administration af ikke-dispenserbare lægemidler, det vedrørte kaliummixtur (risikosituationslægemiddel), samt mixtur serenase (beroligende).</p> <p>I en ud af tre stikprøver var pn medicin i beholdningen en afklippet blisterpakning, hvor præparatets fulde navn ikke kunne ses og udløbsdato fremgik ej heller.</p> <p>I en ud af tre stikprøver, var en ud af 14 doseringsæsker uden mærkning med patientens navn og cpr.nr.</p>

Patientens retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		I fire ud af fem stikprøver var der ikke dokumenteret, at der var indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakt til den behandlingsansvarlige læge.

Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13:	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>		X		Det fremgik, at instruks og arbejdsgange for forebyggelse af risici for infektioner og spredning af smitsomme sygdomme, ikke var implementeret, idet der ikke blev anvendt rette værnemidler. Der var ved clostridium difficile, taget maske, handsker og overtrækskittel i brug, hvor blot handsker og overtrækskittel er tilstrækkelige værnemidler, hvilket også var beskrevet i instruksen.

Øvrige

Målepunkt		Fund	Fund og kommentarer
14:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	X	I en ud af tre stikprøver, var sprøjter til optrækning ved oral medicinadministration ude af den sterile yderpakning og var tidligere blevet brugt, da der var medicinrester i sprøjten. Det fremgik ikke, hvornår sprøjten blev skiftet og de blev ikke opbevaret hygiejnisk forsvarligt.

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Attendo Frederikssund Plejehjem er et friplejehjem der åbnede 1. juni 2019.
- Under tilsynet boede der 43 patienter, der var plads til 72.
- Attendo Frederikssund Plejehjem samarbejdede tæt med hjemmesygeplejen, Frederikssund Kommune.
- Plejehjemmet var certificeret til at levere ydelser i forhold til pleje, hjælp og omsorg og skulle følge de kommunalt fastsatte kvalitetsstandarder.
- Sygeplejen til patienterne blev varetaget af sygeplejersker der hørte under ledelse af den kommunale hjemmesygepleje. På grund af bemandingsproblemer var det periodisk vikarsygeplejersker som kommunen leverede.
- Sygeplejerskerne fra kommunen kom dagligt på Attendo Frederikssund Plejehjem. De stod for varetagelse af komplekse sygeplejeopgaver, undervisning af personalet, supervision og opgaveoverdragelse af stabile sygeplejeopgaver.
- På plejehjemmet var der følgende faggrupper ansat: social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagoger, ergoterapeut, aktivitetsmedarbejder og kostfaglig medarbejder. Der var sygeplejersker ansat i ledelsesfunktioner.
- Der var social- og sundhedsassistenter i fremmøde i dag, aften- og nattevagt, og ved behov kunne hjemmesygeplejen i kommunen tilkaldes
- Der blev afholdt triagemøder 3 gange ugentligt i stueetagen, og 2 gange ugentligt på 1. etage.
- Personalet havde ikke adgang til kommunens instrukser, men Attendo Frederikssund Plejehjem havde udarbejdet instrukser på baggrund af kommunens. Der var adgang til VAR (praktiske procedure beskrivelser)
- Alle lokale instrukser stod i en instruksmappe. Ledelsen var ansvarlige for at opdatere og ajourføre instrukserne.
- Attendo Fripeljehjem var på samme journalsystem som den kommunale døgnpleje, Cura og Fælles Sprog 3.

Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg.

- Ved tilsynet blev målepunktssættet for plejeområdet 2020 anvendt.
- Tilsynet var tilrettelagt med interview af ledelse samt medarbejdere, repræsentanter fra hjemmesygeplejen samt deltagelse fra kommunen.
- Styrelsen gennemgik 5 journaler og 3 medicinbeholdninger. Tillige blev sundhedsfaglige instrukser gennemgået.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til:

- Søren Andersen, direktør
- Louise Rolighed Rolff, Kvalitetsudvikler (KVU), Attendo Danmark
- Pia Paaske, teamleder, sygeplejerske
- Susanne Lidsmoes, teamleder, pædagog

- Stine Svane, teamleder, sygeplejerske
- Ditte Korsager, konstitueret virksomhedschef, sygeplejerske
- Sundhedsfaglig konsulent, Frederikssund kommune
- Sygeplejerske, døgnplejen Frederikssund kommune
- To social- og sundhedsassistenter
- En social- og sundhedshjælper
- En pædagog

Pernille Søndergaard, stedfortrædende direktør, deltog ved indledning af tilsynet.

Tilsynsbesøget blev foretaget af: Sarah Sommer, oversygeplejerske og Sarah Leth Madsen, oversygeplejerske

5. Bilag

Uddybning af målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

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

Der er fokus på:

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

Referencer:

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

Journalføring

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

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

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

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

Referencer:

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

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

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

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

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

Referencer:

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

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

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

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

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

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

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- 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:

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

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

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

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

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

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

Referencer:

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

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

Delegation

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

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

Der er fokus på om:

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

Referencer:

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

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

↑Tilbage til oversigt

Faglige fokuspunkter

7: Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

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

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

Referencer:

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

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

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

Der er fokus på at der af instruks fremgår:

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

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

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 6, §24a\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

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

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

Medicinhåndtering

9: Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om hvorvidt de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på hvordan:

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

Personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

- Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)
- Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler)
- Lavdosis methotrexat.
- Koncentreret kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat)
- Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)
- Gentamicin
- Digoxin

Referencer:

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

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

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

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

↑ [Tilbage til oversigt](#)

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

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

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

Referencer:

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

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

11: Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning

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

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

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

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poserne
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- Doseringssæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling

Referencer:

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

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

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

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

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

[↑ Tilbage til oversigt](#)

Patienters retsstilling

12: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

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

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

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

- **Informeret samtykke:** Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

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

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 5 vedr. Patienters medinddragelse i beslutninger\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

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

[Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)

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

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

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

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

Hygiejne

13: Observation og interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere om procedurer for hygiejne.

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

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

Referencer:

[Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019\)](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 7. juli 2011](#)

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

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

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

Øvrige fund

14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

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

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

Baggrund

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

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

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

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

² Se sundhedsloven § 5.

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

⁴ Se sundhedsloven § 213 c

Tilsynet

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

Tilsynsbesøgene tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter, som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter for tilsynet kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside www.stps.dk under [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., der vil blive lagt vægt på.

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

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

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

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

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

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

⁵ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 2

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

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

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

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

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

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

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

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

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

⁹ Se sundhedsloven § 213, stk. 1