



Tilsynsrapport Plejehjemmet Grønnehaven

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2021

Plejehjemmet Grønnehaven
Sundtoldvej 2
3000 Helsingør

CVR- nummer: 64502018 **P-nummer:** 1003279971 **SOR-ID:** 1043341000016001

Dato for tilsynsbesøget: 21-09-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2011-6494

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan fra Plejhjemmet Grønnehaven, hvori det bl.a. fremgår hvorledes behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at sikre fyldestgørende vurderinger, systematiske brug af journalen, gennemgang af journalerne mhp uaktuelle oplysninger, tiltag for at sikre patienternes retsstilling og fokus på opfølgning og evaluering af patienternes helbredsmæssige problemer. Derudover har behandlingsstedet bl.a. iværksat tiltag mhp. at implementere instruks for medicin håndtering, fokus på patientsikre arbejdsgange ved medicin håndtering og implementering af redskaber, der fremmer systematik. Derudover fremgår det, at der iværksættes en række organisatoriske tiltag med henblik på at få fokus blandt medarbejderne på en række områder.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at rette op på den manglende opfyldelse af målepunkterne 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12. Vi kan dog ikke på det foreliggende konkludere, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på stedet.

På den baggrund har styrelsen ikke fundet grundlag for at ophæve påbud af 30. august 2021. Vi vil desuden foretage yderligere opfølgning over for behandlingsstedet.

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

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **21-09-2021** vurderet, at der på **Plejhjemmet Grønnehaven** er

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, som fortsat fordelte sig inden for flere områder.

Behandlingsstedets organisering

Behandlingsstedet havde siden seneste tilsyn sikret at uflaglærte timelønnet også havde adgang til journalen, medarbejderne blev ligeledes introduceret til brug af journalen. Derudover var der udarbejdet en lokal tilføjelse til instruks for medicin håndtering og der var beskrevet ansvars- og kompetenceforhold, der tog højde for lokale arbejdsgange.

Helsingør Kommunes rammedelegation var ændret og tilpasset således at den var patientsikkerhedsmæssig forsvarlig.

Journalføring

Journalføringen levede ikke op til lovmæssige krav, hvilket har betydning for patientsikkerheden, fordi det kan betyde manglende kontinuitet og overblik over behandlingen, samt misforståelser i kommunikationen både internt på stedet og med eksterne samarbejdsparter.

Journalføringen var fortsat usystematisk og vanskeligt at danne et overblik over, der var modsatrettede oplysninger samt uaktuelle oplysninger i dokumentationen.

I flere af de vurderede aktuelle problemområder manglede en beskrivelse eller fyldestgørende beskrivelse, af den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten. I flere tilfælde var der ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på den aktuelle pleje og behandling. Derudover var der sundhedsfaglige problemstillinger der i nogle tilfælde ikke var vurderet og beskrevet.

Behandlingsstedet havde ikke sikret sig, at de sygeplejefaglige opgaver var beskrevet i en sådan grad, at der ikke var tvivl om, hvad medarbejdernes opgave var. Manglerne i den sundhedsfaglige dokumentation betød således, at medarbejderne fortsat ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøre for deres opgaver og ansvar i plejen og behandlingen af patienten, herunder hvilke overvejelser, der var gjort, hvilken pleje og behandling, der var planlagt, og hvilken pleje og behandling, der var udført samt resultatet heraf.

I flere tilfælde manglede der dokumentation af aftaler med behandlingsansvarlige læger om opfølgning og kontrol af kroniske sygdomme. Derudover var der mangelfuld angivelse i overblikket over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser.

Det er styrelsens vurdering, at den manglende entydighed og overskuelighed i journalføringen og samt de manglende vurderinger, udgør en risiko for patientsikkerheden i forhold til at sikre overblik og kontinuitet i pleje og behandling.

Manglerne i dokumentationen gav fortsat en risiko for manglende observationer, og det er vores vurdering, at den manglende beskrivelse af pleje, behandling, opfølgning og evaluering ikke alene kan henføres til manglende journalføring, men i flere tilfælde må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

Mangelfuld journalføring, herunder manglende systematik og ufuldstændige behandlingsplaner rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, når skiftende personale behandler patienten fra gang til gang. Ved mangelfuld journalføring er det vanskeligt at sikre overblik og kontinuitet i behandling af patienten.

Det er vores vurdering, at en korrekt og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med samarbejdspartnere. Journalen skal desuden kunne give overblik over patientens tilstand, så personalet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut situation.

Medicin håndtering

Behandlingsstedet havde arbejdet med at få implementeret instruks for medicin håndtering, samt udarbejdelse af en lokal tilføjelse til Helsingør Kommunes medicininstruks, der tog højde for lokale

beslutninger på Plejhjemmet Grønnehaven. Vi konstaterede spredte fejl i forbindelse med medicinhåndteringen.

Patienters retstilling

Styrelsen har lagt vægt på, at der ikke systematisk var taget stilling til alle patienters habilitet og at dette ikke fremgik tydeligt af dokumentationen.

Derudover var det ikke dokumenteret, hvorvidt der var indhentet samtykke i konkrete behandlingssituationer.

Det er styrelsens vurdering, at manglende vurdering og opfølgning på patienternes handleevne samt manglende indhentelse af tilstrækkeligt samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, idet det derved ikke er sikret, at behandling eller videregivelse af helbredsoplysninger sker med respekt for patienternes selvbestemmelsesret.

Opsamling

Styrelsen for Patientsikkerhed anerkender, at der var iværksat tiltag for at sikre tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger og journalføring, samt indsats i forhold til medicinhåndtering. Imidlertid kunne tilsynet ikke se den forventede fremgang. Styrelsen har i en vurderingen lagt vægt på, antallet af beboere på behandlingsstedet og at der dermed fortsat er et større omfang af journal der skal gennemgås og sikres opdateret.

Samtidig konstaterede vi, at der fortsat var betydelige mangler i relation til den sundhedsfaglige dokumentation, usystematisk journalføring, fund i relation til medicinhåndteringen og patienters retstilling, som dermed udgør en risiko for patientsikkerheden. De påviste mangler fordeler sig inden for flere områder og vi vurderer derfor, at der er kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden og vurderer at påbud af 30. august 2021 ikke er efterlevet.

2. Krav og henstillinger

Krav

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

Målepunkt		Krav
2.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand
4.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> 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 Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand 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 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
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende	<ul style="list-style-type: none"> 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

	ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning
12.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser om patienten er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling• Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation• Behandlingsstedet skal sikre, at patientens og eventuel pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

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

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>Journalføring var ikke overskuelig og systematiske i tre ud af tre stikprøver, journalføringen var fragmenteret og det var vanskeligt at danne et overblik over patienternes problemstillinger. I en journal var der væsentlige oplysninger om patienten som kun fremgik i et tværfagligt observationsnotat af en terapeut og ikke under de relevante vurderinger.</p> <p>I tre ud af tre stikprøver, var der forskellige systematik for angivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læger. Der blev både set en praksis for angivelse af aftaler under helbredstilstande og derudover blev der i en anden journal set oplysninger under generelle oplysninger. I en stikprøve var mange observationsnotater ikke relateret og det var derfor vanskeligt at få overblik over udvikling af en tilstand, derudover var der angivet oplysninger mange steder i journalen og det var vanskeligt at danne sig overblik over patientens problemstillinger. Der var mange oplysninger om flere sår hos patienten og det var ikke muligt ud fra journalføringen at få overblik over vurderingerne samt behovet for pleje af sårene.</p> <p>Der blev ligeledes set væsentlige observationer der kun var beskrevet i en tidligere korrespondancemeddelelse til lægen og dermed ikke oplysninger der</p>

					<p>blev bemærket i den daglige brug af journalen.</p> <p>I en anden journal var der skrevet medicinordinationer i en helbredstilstand, således at der var flerstrengt journalføring.</p> <p>I en tredje stikprøve var der modsatrettede oplysninger omkring patientens habilitet.</p> <p>Der var mangel på systematik i angivelse af administration af pn medicin i en ud tre stikprøver.</p> <p>Der var modsatrettede oplysninger på medicinskemaet i to ud af tre stikprøver.</p> <p>Der blev konstateret uaktuelle oplysninger i journalerne.</p>
3.	<p><u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u></p>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver var der manglende eller mangelfulde vurderinger af patienternes potentielle eller aktuelle problemområder.</p> <p>I en stikprøve fremgik der en række problemstillinger omkring flere sår, de var dog ikke tilstrækkeligt beskrivende og det var uklart hvad status på dem var. Derudover var der sammenblandende oplysninger om traumesår, venøse sår og blandingssår.</p> <p>Der var oplysninger om patientens hudstatus under observationsnotater som ikke fremgik under helbredsbedømmelsen og dermed kunne overses. Patientens tendens til fald fremgik ikke.</p> <p>En problemstilling omkring søvn/hvile var ikke opdateret siden ændring i patientens tilstand. Det fremgik ikke hvad mål for udskillelse af afføring var, trods at der var iværksat observation på dette. Problemområdet smerte/sanseindtryk var mangelfuldt vurderet, idet ikke fremgik at patienten var hypersensibel for berøring og havde behov for pn medicin. Derudover var psyko/socialt ikke vurderet trods patientens problemstillinger inden for dette. Der var særlige forhold omkring patientens måde at sove på, for at forebygge fald, men som ikke fremgik af vurderingerne.</p> <p>Det var ikke angivet at patienten kunne have problemer med cyanose udover i en korrespondancemeddelelse og det fremgik ikke, at patienten havde behov for faste toilettider.</p>

					<p>I en anden stikprøve var patientens funktionsniveau ikke vurderet. Hud/slimhinder var vurderet, men beskrev ikke patientens problemstillinger og behov for påsmøring af salve. Søvn/hvile var ikke vurderet, trods demenskoordinator andet steds havde beskrevet søvnproblemer. Det fremgik at patienten havde sindslidelse uden dette dog var specificeret. Viden/udvikling var ikke vurderet og der var andre steder i journalen uoverensstemmelse i oplysninger om hvorvidt patienten var relevant / habil og havde en demensproblemstilling.</p> <p>I en tredje stikprøve var der flere problemstillinger inden for hud/slimhinder, men det var beskrevet uoverskueligt i en lang vurdering og det var således vanskeligt at danne et overblik over. Ernæring var ikke vurderet, trods mave-tarm problemstilling. Der var uklarhed omkring patientens måde at kommunikere på, hvor særlige forhold gjorde sig gældende. Søvn/hvile og viden/udvikling var ikke vurderet, trods patienten havde problemstillinger der havde indvirkning på disse områder. Det fremgik at patienten havde epilepsi, men ikke hvordan dette kom til udtryk for patienten, samt hvad der skulle observeres og handles på i tilfælde af anfald. Ingen tilstede ved tilsynet kunne entydigt redegøre for anfaldstype samt hyppighed, dog blev det oplyst at anfald lå langt tilbage i tiden. Ved gennemgang af dokumentation fremgik det imidlertid at patienten i løbet af sommeren havde haft anfald og var meget påvirkelig af urinvejsinfektioner.</p> <p>Der kunne ved interview kun delvist redegøres for de mangelfulde vurderinger i de tre stikprøver.</p>
4.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u></p>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver var der mangler i oversigten over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser. I to ud af tre stikprøver fremgik tidligere og muligvis aktuell alkoholproblemstilling ikke.</p> <p>Af øvrige problemstillinger i de tre stikprøver manglede: angivelse af pludselig tendens til blødning, tendens til hyppig urinvejsinfektioner, øvrige</p>

					<p>urinvejsproblemer, demens/kognitiv funktionsnedsættelse, tandproblemer, depression, mindre amputationer og elektrolytpåvirkning.</p> <p>I de tre stikprøver var der manglende systematik for angivelse af behandlingsansvarlige læger, idet det i to af stikprøverne var angivet under helbredstilstande og i en tredje under generelle oplysninger. Derudover var der mangelfulde angivelse af behandlingsansvarlige læger.</p> <p>I en ud tre stikprøver var det angivet at patienten grundet epilepsi skulle observeres hvert 30. minut grundet tendens til epileptiske anfald. Dette var en oplysning der lå flere år tilbage. Ved forespørgsel var det dog uklart hvem der havde ordineret dette og hvorvidt det fortsat var gældende, hvordan medarbejderne sikrede dette og hvis andet observationsregime var gældende hvad det i så fald bestod i.</p>
5.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u></p>		X		<p>I to ud tre stikprøver var der mangelfuld opfølgning og evaluering på den iværksatte pleje og behandling. I en stikprøve blev der beskrevet gentagende fald episoder, samt at patienten efterfølgende havde klager uden at patienten blev tilset af en læge. Det fremgik at patienten var svært undervægtig, det var ikke angivet hvornår næste vejning skulle foretages. Der var ikke foretaget en løbende evaluering af sårproblemstillinger, samt observation af ødemer og det fremgik ikke hvorvidt der var effekt af ændring i antipsykotisk medicin. Der var foretaget blodtryksmålinger med flere episoder med abnormt lave værdier uden at der var taget kontakt til læge omkring dette, der forelå ikke referenceværdier for blodtryksmåling.</p> <p>I en anden stikprøve havde patienten haft tegn til urinvejsinfektion, baseret på en urinstiks og ildelugtende urin. Urinvejsinfektion var kendt som udløsende til patientens epileptiske anfald hvilket patienten også havde på det pågældende tidspunkt ifølge dokumentationen. Der blev taget kontakt til lægen omkring et generelt spørgsmål,</p>

					<p>om hvorvidt der kun skulle iværksættes behandling for urinvejsinfektion i tilfælde af feber, lægen blev ikke oplyst om resultatet af stiksen eller at patienten havde anfaldsophobning. Det skal bemærkes at episoden var kort før styrelsens første tilsyn på Plejhjemmet Grønnehaven. Der var i øvrigt ikke overblik over patientens anfaldshyppighed i den foreliggende dokumentation.</p> <p>Der kunne ved interview ikke redegøres fyldestgørende for den mangelfulde dokumentation og hvorvidt der var fulgt op på de sundhedsfaglig problemstillinger og den iværksatte pleje og behandling.</p>
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			
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			
10. <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende</u>		X		Der var ikke systematik i den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste.

	<u>ordineret medicin og medicinliste</u>				<p>I en ud af tre stikprøver var dokumentation for administration af anfaldsbrydende medicin ved epileptiske anfald (pn og ikke-doserbart lægemiddel), dokumenteret forskellige steder i journalen, hvormed det var vanskeligt at få overblik over det administrerede.</p> <p>I en stikprøve var der skrevet på en medicinbeholder med sprittusch "pn", præparatet var ændret til fast. Styrelsen anbefaler, at ændring i en ordination udelukkende dokumenteres i journalen.</p> <p>I to ud tre stikprøver var medicinlisten ikke systematisk ført, idet der ikke var overensstemmelse mellem ordination og bemærkninger angivet på medicinlisten i bemærkningsfeltet. I begge tilfælde var det ordinationer der var ændret, den ene var ændret til fast men der var angivet en bemærkning relateret til pn ordination. I den anden stikprøve var der ændret til pn, men der var angivet bemærkning relateret til en fast ordination. I begge tilfælde var uoverensstemmelsen misvisende og kunne give anledning til tvivl.</p> <p>I en ud af tre stikprøver var der i et tilfælde ikke korrekt handelsnavn på medicinen på medicinlisten sammenholdt med det i beholdningen.</p> <p>I en ud tre stikprøver var der i et tilfælde uklarhed om hvorfor patienten blev smurt med en salve.</p>
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning og medicinbeholdning</u>		X		<p>Der blev opbevaret løse tabletter i en æske som aktuelt var i brug (blisterpakning).</p> <p>I en ud tre stikprøver, manglede der i et tilfælde et præparat som var ordineret som pn.</p>

Patienters retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
-----------	---------	--------------	--------------	---------------------

12.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		I to ud af tre stikprøver var patienternes habilitet ikke vurderet fyldestgørende. I den ene stikprøve fremgik der modsatrettede oplysninger om en væрге og hvilke funktion denne havde. I en anden stikprøve var habiliteten ikke vurderet. I tre ud af tre stikprøver var der ikke indhentet samtykke i en konkrete behandlingssituationer.
-----	---	--	---	--	--

Hygiejne

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

Øvrige fund

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>			X

4. Relevante oplysninger

Om behandlingsstedet

- Plejhjemmet Grønnehaven er beliggende i Helsingør Kommune. Plejhjemmet er Helsingørs største plejehjem.
- Der var 119 beboere, med blandet problemstillinger. Der var en skærmet demensenhed og enheder der havde mere somatiske karakter.
- Der var 160 ansatte, inden for faggrupperne social- og sundhedsassistenter (30%), social- og sundhedshjælpere (60%), ufaglærte (10%), 4 sygeplejerske stillinger. Der var husassistenter, fysioterapeuter og en ergo.
- Der var 4 mellemledere og hvoraf 3 var afsnitsledere. I vagterne gik den ansvarshavende social- og sundhedsassistenter på tværs i huset.
- I vagterne var der samarbejde med akutteamet i Helsingør Kommune.
- Nye medarbejdere modtog 14 dages introduktionsforløb
- Timelønnet modtog aktuelt 3 dages introduktionsforløb
- Plejhjemmet Grønnehaven havde en plejhjemslæge tilknyttet.
- Plejhjemmet Grønnehaven anvendte som resten af Helsingør Kommune journalsystemet Nexus, efter FSIII metoden.
- Plejhjemmet havde aktuelt udelukkende pc-adgang til dokumentation men ville på sigt gerne tage tablets i brug.
- I det seneste år, var der som i den resterende del af Helsingør Kommune implementeret et fast auditeringsrul.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund et tidligere tilsyn den 29. juni 2021, som medførte at styrelsen udstedte et påbud til Plejhjemmet Grønnehaven den 30. august 2021.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2021 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 29-06-2021:

- Lokal instrukser for medicinbehandling, rammdelegation, beskrivelse af ansvars- og kompetenceforhold
- Journalføring
- Informeret samtykke

- Medicinhåndtering

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til:

- Nanna Willerslev, plejehjemsleder, sygeplejerske
- Dorthe Helmersen, afdelingsleder, sygeplejerske
- Rikke Jensen, afdelingsleder, social- og sundhedsassistent
- Birgitte Woer, afdelingsleder, sygeplejerske
- Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker

Tilsynsbesøget blev foretaget af:

Lone Teglbjærg, oversygeplejerske, Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske og Sarah Sommer, oversygeplejerske.

Øvrigt

Styrelsen har umiddelbart forud for tilsynet modtaget en bekymringshenvendelse fra en pårørende, hvori der var beskrevet mangler i de pleje- og sundhedsfaglige forhold. På tilsynsdagen blev ledelsen orienteret om henvendelsen.

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

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

Der er fokus på:

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

Referencer:

- [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](#)

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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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

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

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

- 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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

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

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.

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

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

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

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- 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:

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

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

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

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

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

Referencer:

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

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

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

Der er fokus på om:

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

Referencer:

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

Faglige fokuspunkter

7. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

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

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

Referencer:

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

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

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

Der er fokus på at der af instruksen fremgår:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling

- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

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

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)

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](#)

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

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

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

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicin håndtering 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 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](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

Patienters retsstilling

12. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

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

- Samtykke kompetence/handleevne:

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

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

- **Informeret samtykke:**

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

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

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [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 VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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 af 7. juni 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](#)

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

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

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforhold og sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet. 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 sundhedspersoner¹ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient².

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerheds udfører risikobaseret tilsyn³. 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 i øjeblikket behandlingssteder⁴ til tilsyn på stikprøvebasis som led i en afdækning af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Vi arbejder endvidere på også 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 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, 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 til enhver tid som led i vores tilsyn - mod behørig legitimation og uden retskendelse - adgang til at undersøge behandlingsstedet⁵. 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 tilsynet⁶. 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 patientsikkerheden⁷.

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 Tilsynsrapporter⁸. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet⁹. Tilsynsrapporter for plejhjem skal også offentliggøres på plejhjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹⁰.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

⁷ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁸ 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

⁹ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹⁰ 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 delvist¹¹.

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 tilsynsbesøg¹², afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet, 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.

¹¹ Se sundhedsloven § 215 b

¹² Se sundhedsloven § 213, stk. 1