



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport Hjemmeplejen Distrikt Egevang, Nyborg Kommune

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2023

Hjemmeplejen Distrikt Egevang
Egevangsvej 1
5540 Ullerslev

CVR- nummer: 29189722 P-nummer: 1022419192 SOR-ID: 1021161000016001

Dato for tilsynsbesøget: 11-04-2023

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning
Sagsnr.: 35-2011-12391

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 12. juli 2023 modtaget et partshørings svar fra Nyborg Kommune, hvori fremgår bemærkninger til styrelsens vurdering, fund og angivelser under oplysninger om behandlingsstedet.

Styrelsen har på baggrund af bemærkningerne vedrørende vurderingen justeret i rapporten, så opdelingen mellem grundlaget for at varetage den sundhedsfaglige behandling og journalføringen er tydeligere, men har ikke fundet grundlag for at ændre vurderingerne i sin helhed.

I forhold til bemærkningerne til fundene har styrelsen præciseret disse enkelte steder i tilsynsrapporten og ellers adresseret disse nærmere i afgørelsen, hvor det blev vurderet relevant. Styrelsen har tilpasset afsnittet om oplysninger om behandlingsstedet ud fra de indsendte bemærkninger.

Med partshørings svaret er indsendt reviderede instrukser for akut opstået sygdom eller forværring af kronisk sygdom, medicin håndtering og for fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning. Styrelsen har gennemgået de fremsendte instrukser og vurderet dem fyldestgørende. Endvidere er indsendt en handleplan med beskrivelse af, hvordan der derudover vil blive fulgt op på de under tilsynet konstaterede forhold.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat og planlagt tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede problemer. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at instrukserne på nuværende tidspunkt er implementeret eller at tiltagene har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Styrelsen vurderede på tidspunktet for tilsynsbesøget, at der var kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden. Da der, under tilsynet blev rettet op på fundene vedrørende adrenalin vurderede styrelsen, at der ikke længere var kritiske, men alene større problemer af betydning for patientsikkerheden. Partshørings svaret har ikke ført til ændring heraf, og styrelsen vurderer således fortsat, at der er større problemer af betydning for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Vi har derfor den 17. juli 2023 givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

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

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **11-04-2023** vurderet, at der på **Hjemmeplejen Distrikt Egevang** er

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Grundlaget for at varetage de sundhedsfaglige opgaver

Vi vurderede, at Hjemmeplejen Distrikt Egevang ikke havde sikret sig et tilstrækkeligt grundlag for at varetage deres opgaver, herunder at journalen indeholdt de nødvendige beskrivelser af patienternes habilitet, sygdomme og funktionsnedsættelser, sygeplejefaglige problemstillinger, patienternes behov for pleje og behandling samt behov for opfølgning og evaluering. Dette betød, at Hjemmeplejen Distrikt Egevang ikke havde det nødvendige kendskab til deres opgaver og ansvar vedrørende pleje og behandling, opfølgning og evaluering. De manglende beskrivelser betød konkret, at plejepersonalet i flere tilfælde ikke kunne redegøre for, hvilke overvejelser der var gjort og ikke kunne redegøre for, hvordan plejen og behandling skulle vurderes og følges op. Vi konstaterede også, at observationer og reaktioner på ændringer i patienternes tilstand ikke var journalført. Vi har lagt vægt på, at behandlingsstedet oplyste, at disse mangler desuden var gennemgående i de fleste af behandlingsstedets journaler.

Det er vores vurdering, at manglerne udgjorde en konkret risiko for, at der ikke blev foretaget relevante observationer, pleje og behandling hos patienterne.

Vi vurderer desuden at instruks for akut opstået sygdom og akut forværring af kronisk sygdom ikke var implementeret, da grundlaget for at vurdere forværring af kronisk sygdom, ifølge instruksen, krævede medarbejdernes kendskab til borgernes kroniske sygdomme ud fra vurderinger og beskrivelser i journalen, som var mangelfuldt beskrevet

Det var den kommunale sygeplejes ansvar at foretage en tilstrækkelig vurdering og beskrivelse af patienterne, herunder en vurdering og beskrivelse af patienternes aktuelle problemer, behov for pleje og behandling, opfølgning og evaluering samt patienternes habilitet. Det er dog vores vurdering, at hjemmeplejen Distrikt Egevang har et selvstændigt ansvar for at sige fra overfor delegerede opgaver, hvor den grundlæggende beskrivelse af patienterne og de sundhedsfaglige opgaver, er mangelfulde.

Journalføring

Vi konstaterede, at journalføringen i et tilfælde, var usystematisk og ikke blev ført i én journal, da der var bilag på papir, der ikke var henvist til i den elektroniske journal. Vi konstaterede desuden mangler i journalføringen i forhold til beskrivelsen af patienternes aktuelle problemer, den afledte pleje og behandling samt opfølgning og evaluering. Det er vores vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis oplysningerne i journalen ikke er systematiske og fyldestgørende. Dette giver risiko for, at personalet ikke kan finde eller genfinde nødvendige oplysninger til pleje, behandling og observation af patienten.

På baggrund af de konstaterede mangler vurderer vi, at instruks for journalføring ikke var implementeret.

Instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Vi konstaterede, at instruks manglede en beskrivelse af, hvordan og hvornår personalet skulle anmode om en lægelig vurdering af patienten vedrørende fravalg af livsforlængende behandling eller genoplivning. Vi konstaterede desuden at instruks ikke var tilstrækkelig implementeret, da der i et konkret tilfælde ikke var foretaget en revurdering af beslutning om fravalg af genoplivning efter forbedring af patientens tilstand. Mangler i instruks og manglende implementering indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruks har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal den forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor unndladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Medicinhåndtering

Vi konstaterede, at behandlingsstedet manglede kanyler til injektion af adrenalin ved behov herfor. Det er vores vurdering, at denne mangel udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden. De manglende kanyler blev fremskaffet under tilsynet.

Vi konstaterede gennemgående fejl i medicinhåndteringen. Det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis den ordinerede medicin ikke dispenseres som aftalt, eller hvis lægen ikke gøres opmærksom på mulige fejl i ordinationen, da det udgør en risiko for, at patienten ikke får den medicin, der er brug for til behandling.

Vi konstaterede mangler i medicininstruks vedrørende beskrivelsen af ansvar og opgaver i samarbejdet med lægen om den ordinerede behandling. På baggrund af de mangler der blev konstateret i medicinhåndteringen og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det desuden vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var udarbejdet og implementeret i tilstrækkelig grad.

Mangler i instruks og manglende implementering indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruks har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal den forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor unndladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Opsamling

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder, at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Manglerne vurderes at have et større omfang og kræver målrettet arbejde, udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser og systematisk arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation inden målepunkterne kan opfyldes. Vi har i den samlede vurdering også lagt vægt på, at det udgør en kritisk risiko for patientsikkerheden, når der foretages injektionsbehandling uden et adrenalinberedskab. Vi har i den sammenhæng lagt vægt på, at behandlingsstedet på dagen for tilsynet fremskaffede kanyler, og sikrede at det var muligt at indgive adrenalin i forbindelse med injektionsbehandling.

Styrelsen vurderer, at der samlet set var tale om kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden på tidspunktet for tilsynsbesøget. Da behandlingsstedet har rettet op i forhold til adrenalinberedskabet er det styrelsens vurdering, at der ikke længere er kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, men på baggrund af de øvrige fund under tilsynet vurderes der at være tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav

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 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
7.	Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienter
8.	Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning

		<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og følger instruks for fravalg af livsforlængende behandling
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinbehandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinbehandling, og at personalet følger denne
10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende 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• Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser• Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår• Behandlingsstedet skal sikre, at der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling• Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer

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>I en af de tre stikprøver fremstod journalen med mangelfulde oplysninger og manglende systematik, hvilket betød, at det ikke var muligt at fremfinde alle relevante og nødvendige oplysninger om patienten.</p> <p>Ved interview blev det oplyst, at der før tilsynet var blevet gennemgået et mindre antal journaler sammen med sygeplejen mhp på at sikre systematik og overskuelighed, men flertallet af journalerne var aktuelt ikke opdaterede med de aktuelle og nødvendige oplysninger.</p> <p>I en stikprøve benyttede behandlingsstedet et papirskema til dokumentation af administration af insulin i borgerens hjem. Der var ikke henvist til skemaet i den elektroniske patientjournal.</p>
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>I to ud af tre journaler var der flere tilfælde, hvor patienternes aktuelle problemer og risici ikke var tilstrækkeligt vurderet og opdateret af sygeplejen. Dette betød, at der ligeledes ikke var udarbejdet tilstrækkelige beskrivelser af den pleje og behandling, der var relevant, at hjemmeplejen skulle udføre. Desuden manglede der i flere tilfælde beskrivelse fra sygeplejen af, hvordan der skulle observeres og følges op af hjemmeplejen i forhold til de identificerede problemområder:</p>

					<p>Hos en patient i behandling med flere typer smertestillende medicin manglede beskrivelse af patientens problem med smerter. Hos samme patient var en beskrivelse af et hudproblem ikke opdateret. Hos samme patient var beskrivelsen af problemområder generelt ikke fyldestgørende beskrevet i forhold til patientens symptomer og habituelle tilstand, samt hvordan der skulle observeres og følges op. De tilstedeværende under tilsynet kunne redegøre for patientens aktuelle tilstand, men ikke, hvad der løbende skulle observeres, og hvordan der skulle følges op.</p> <p>Hos en anden patient manglede beskrivelse af patientens følger efter blodprop, nedsat bevægelighed og sclerose og hvordan der skulle observeres og følges op. De tilstedeværende under tilsynet kunne redegøre for patientens aktuelle tilstand, men ikke, hvad der løbende skulle observeres og hvordan der skulle følges op.</p> <p>Hos en tredje patient manglede beskrivelse af patientens følger efter blodprop. De tilstedeværende under tilsynet kunne ikke redegøre fyldestgørende for patientens problemer relateret til følger efter blodprop, hvad der skulle observeres og hvordan der løbende blev fulgt op.</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 to ud af tre journaler var oversigten over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser mangelfuld:</p> <p>I en journal fremgik der ikke en oversigt over patientens sygdomme, hvem der var behandlingsansvarlig læge for patientens forskellige sygdomme og behandlinger. Det fremgik heller ikke, hvilke aftaler om kontrol og opfølgning af kroniske sygdomme, der var med de behandlingsansvarlige læger.</p> <p>I en anden journal var beskrivelsen af patientens funktionsnedsættelser mangelfuld, idet det ikke fremgik, at der var forskellige sygdomme og handicap,</p>

					som lå til grund for funktionsnedsættelserne.
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>I to journaler var det gennemgående, at der ikke var beskrevet en løbende og systematisk opfølgning på patienternes tilstand. De tilstedeværende under tilsynet kunne ikke redegøre for manglerne.</p> <p>I en journal fremgik det ikke, at der løbende blev fulgt op på patientens problemer med ødemer. I samme journal var beskrivelsen af den aktuelle sårpleje ikke opdateret. Hos samme patient, havde hjemmeplejen målt et blodtryk. Det fremgik ikke, hvilken årsag, der var til at blodtrykket var målt, eller hvordan målingen var fagligt vurderet. De tilstedeværende under tilsynet kunne ikke redegøre for manglerne.</p> <p>I samme journal fremgik det ikke, at patienten skulle have hjælp til kateterpleje og hjælp til skift af kateterpose. De tilstedeværende under tilsynet redegjorde for, at hjemmeplejen sørgede for, at patienten rutinemæssigt fik den rette hjælp og at patientens kateter og funktion løbende blev observeret.</p> <p>Hos samme patient var der ikke anmodet om en lægelig revurdering af beslutning om fravalg af genoplivning efter, at patientens tilstand var forbedret. De tilstedeværende under tilsynet kunne ikke redegøre for manglerne.</p> <p>I en anden journal fremgik det ikke, at patienten skulle have hjælp til kateterpleje. De tilstedeværende under tilsynet kunne redegøre for, at hjemmeplejen sikrede, at patienten fik den rette hjælp, og at kateteret og dets funktion løbende blev observeret.</p> <p>I samme stikprøve manglede der beskrivelse af, at der var fulgt op efter hjemmeplejen havde gjort observationer af et sår.</p> <p>De tilstedeværende under tilsynet kunne ikke redegøre for, om opfølgning havde fundet sted.</p> <p>I en tredje journal fremgik det, at borgeren var vægtstabil. Borgeren var vejet en enkelt gang. Det fremgik ikke,</p>

					på hvilket grundlag sygeplejen havde foretaget vurderingen eller, hvorfor det var vurderet, at der ikke var behov for løbende at følge patientens vægt.
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			X	Behandlingsstedet benyttede ikke rammedelegation.

Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>		X		Instruksen for akut og pludselig forværret sygdom var ikke tilstrækkelig implementeret. Det fremgik af instruksen, at personalet skulle have kendskab til patienternes kroniske sygdomme og kunne identificere symptomer på forværring ud fra beskrivelserne af patienternes sygdomme og problemstillinger i journalen. Da disse beskrivelser ikke var fyldestgørende, var det ikke sikret, at medarbejderne kunne følge instruksen.
8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>		X		Instruksen for fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivning beskrev ikke hvordan og hvornår personalet skulle anmode om en lægelig vurdering af patienten vedrørende fravalg af livsforlængende behandling eller genoplivning. Instruksen beskrev, at der skulle anmodes om en fornyet lægelig vurdering, hvis patientens tilstand blev forbedret. Ved en patient som var vurderet ufravigeligt døende i 2021, hvor tilstanden var væsentligt bedret, var dette ikke sket.

Medicinhåndtering

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

9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling</u>		X		Instruksen for medicinhandling var ikke tilstrækkelig udarbejdet og implementeret. Der manglede en beskrivelse af personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med den behandlingsansvarlige læge om den medicinske behandling, herunder aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning. Vi så flere tilfælde, hvor det aktuelle handelsnavn ikke fremgik af medicinlisten. Behandlingsstedet angav som årsag, at dette ikke var muligt af tekniske årsager. Denne problematik bør være beskrevet i instruksen.
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		I tre stikprøver fremgik det korrekte handelsnavn ikke af medicinlisten for i alt 11 præparater. I en stikprøve var der ordineret et andet vitaminpræparat end det, der aktuelt blev dispenseret. Personalet var opmærksomme på, at ordinationen i FMK ikke var korrekt. Denne viden havde de fra patienten, men der var ikke rettet henvendelse til lægen vedrørende dette.
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u>		X		I en stikprøve var der ordineret tre tabletter dagligt af et vitamin præparat. Der var dog kun dispenseret en tablet dagligt. I en stikprøve var der to dispenseringsæsker, som ikke var mærket med patientens navn og cpr nummer. I to stikprøver var det ikke dokumenteret korrekt, hvem der havde administreret ikke dispenserbar medicin. Akutkasser med adrenalin manglede kanyler. Behandlingsstedet havde ikke selv kanyler, men kontaktede straks hjemmesygeplejen, og kanylerne blev tilføjet kasserne i forbindelse med tilsynet.

Patienters retsstilling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		I en stikprøve, hos en borger, der var beskrevet med kognitive funktionsnedsættelser, var borgerens habilitet ikke vurderet og beskrevet af sygeplejen.

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

Oplysninger om behandlingsstedet

- Distrikt Egevang er et hjemmeplejedistrikt i Nyborg Kommune
- Distrikt Egevang er delt op i to teams og yder sundhedsfaglig pleje og behandling til cirka 200 patienter dag og aften.
- De sundhedsfaglige opgaver overdrages til Distrikt Egevang fra den kommunale sygepleje. De overdragede sundhedsfaglige opgaver kan f.eks. dreje sig om medicindispensering, medicinadministration, sårpleje, forebyggende tiltag, observationer og opfølgning på patienternes tilstand
- Forud for overdragelsen har sygeplejen ansvaret for at vurdere om opgaverne kan varetages af hjemmeplejen ud fra en samlet vurdering af opgavernes kompleksitet. Sygeplejens faglige vurdering af patienternes problemstillinger, behov for pleje og behandling samt opfølgning og evaluering skal fremgå af patientens journal. Når opgaven er overdraget, er det hjemmeplejens ansvar at sikre journalføring af det, de udfører
- Der er faste møder mellem sygeplejen og Distrikt Egevang i form af ugentlige teammøder og møder mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker hver 14. dag.
- Der er ansat cirka 50 medarbejdere fordelt på ni social- og sundhedsassistenter, 35 social- og sundhedshjælpere og fem ufaglærte hjælpere. Der var desuden ansat et antal ufaglærte timelønnede afløsere.
- Ved tilsynet var der to vakante stillinger

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et planlagt - udgående tilsyn på baggrund af en stikprøve

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, som var udvalgt på forhånd og en, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter, hvor hjemmeplejen varetog medicindispensering/medicinadministration

Ved tilsynet deltog:

- Distriktsleder Nanna Kjær
- Assisterende distriktsleder Christina Jansen
- To social- og sundhedsassistenter, heraf en daglig koordinator.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til ovenstående deltagere.

Tilsynet blev foretaget af:

- Tina Kolding, oversygeplejerske
- Kent Østermark Jensen, oversygeplejerske
- Mette Jørgensen, specialkonsulent

Øvrigt

Før tilsynet var Hjemmeplejen Distrikt Egevang blevet opmærksom på deres ansvar i forhold til at modtage de delegerede opgaver fra sygeplejen. Det blev oplyst, at der var udarbejdet et tjekskema til at sikre, at de nødvendige oplysninger om patienten og opgaven fremgik af journalen. Skemaet blev gennemgået af koordinatoren før opgaver relateret til nye patienter blev accepteret. Der var desuden igangværende planer for at gennemgå alle overdragede patientjournaler og delegerede opgaver for at sikre, at alle nødvendige oplysninger var tilgængelige.

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 foretaget plejen og behandlingen
- notaterne er skrevet på dansk, frasen 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:

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

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 i nødvendigt omfang:

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

Referencer:

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

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:

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

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:

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

6. 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:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 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 Patientsikkerhed: Risikosituationslægemidler - De 7 risikosituationslægemiddelgrupper](#)

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 sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v., 2. udgave, november 2019](#)

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/poser

- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patienters 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](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, november 2019](#)

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. 210 af 27. januar 2022](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [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](#)

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](#)

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet¹. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner² udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient³.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn⁴. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

Vi udvælger behandlingssteder⁵ til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

Formålet med vores tilsyn er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet og at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på vores hjemmeside under [Tilsyn](#)

med behandlingssteder. Vi har desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som findes på hjemmesiden under Spørgsmål og svar.

Tilsynet

Vi varsler normalt behandlingsstedet mindst 6 uger før et planlagt tilsynsbesøg. Reaktive tilsyn har som udgangspunkt 14 dages varsling, men kan foretages uvarslet.

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet⁶. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet⁷. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

Vores tilsynsbesøg tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter kan ses på vores hjemmeside, stps.dk, under Tilsyn med behandlingssteder. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., vi lægger vægt på.

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden⁸.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast til rapport – normalt med en høringsfrist på 3 uger. Der er ingen høring, hvis vurderingen er, at der ingen problemer er med patientsikkerheden. Der er i høringsperioden mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet sende handleplaner eller andet supplerende materiale, som vi har bedt om.

Efter høringsperioden vurderer vi de kommentarer og det materiale, vi har modtaget fra behandlingsstedet. På den baggrund skriver vi vores konklusion efter høring i rapporten. Vi tager desuden stilling til, om tilsynet giver anledning til henstillinger eller påbud, eller om vi kan afslutte tilsynet uden at foretage os yderligere.

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#)⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på [plejhjemsoversigten.dk](#).

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på [sundhed.dk](#)¹¹.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

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

Vores kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, vi har gennemgået. Vi lægger vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan et tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist¹².

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹³, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet og ikke de enkelte sundhedspersoner.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor vi under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan vi dog indlede en almindelig individtilsynssag over for denne person.