

Tilsynsrapport

Plejecenter Kastanjehaven

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

PLEJEOMRÅDET 2024

Plejecenter Kastanjehaven
Kirkebjergvej 4 ST
4040 Jyllinge

CVR- nummer: 29189404 **P-nummer:** 1003285969 **SOR-ID:** 1031821000016004

Dato for tilsynsbesøget: 13-08-2024

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst

Sagsnr.: 35-2011-16781

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden. Vi afslutter tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **13-08-2024** vurderet, at der på **Plejecenter Kastanjehaven** er

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Vi konstaterede ved tilsynet, at Plejecenter Kastanjehaven har arbejdet målrettet og systematisk med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden.

Vi har lagt vægt på følgende:

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Vi konstaterede ved tilsynet, at Plejecenter Kastanjehaven har arbejdet målrettet med de sygeplejefaglige udredninger- og vurderinger, for at sikre fyldestgørende journalføring. Behandlingsstedet har undervist personalet i korrekt dokumentation og de 12 sygeplejefaglige problemområder, og alle journalerne er gennemgået, således at journalføringen fremstod fyldestgørende, systematisk og der var sammenhæng i patienternes journaler. Vi har lagt vægt på, at patienternes aktuelle problemer og risici nu er vurderet og dokumenteret i et tilstrækkeligt omfang, samt at der er foretaget opfølgning og evaluering af pleje og behandling. Derudover er overblikket over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser tilstrækkeligt beskrevet.

Medicinhåndtering

På baggrund af de drøftelser der fandt sted ved vores seneste tilsyn, om patientsikker medicinhåndtering, konstaterede vi at der efterfølgende var fulgt op på manglerne i medicinhåndteringen med en omfattende handleplan samt ændrede arbejdsgange. Eksempelvis var behandlingsstedet i gang med at implementere nye medicinvozne samt doseringsborde. Ligesom der var undervist i medicinhåndteringsinstruksen, foretaget sidemandsoplæring, samt planlagt at alle social-og sundhedsassistenter får et udvidet kursus i medicinhåndtering, at social-og sundhedshjælpere skal på et grundlæggende medicinkursus. Derudover er det planlagt at den digitale platform "MySkills" skal implementeres. Hvor alt personalet fremadrettet skal gennemgå årlige e-learningkurser i bl.a. medicinhåndtering, som skal sikre bedre sammenhæng i introduktionsforløbet for nye medarbejdere samt for den løbende kompetenceudvikling.

Ved medicingennemgang fandt vi et enkeltstående fund hos en patient, hvor der manglende kvitteringer for insulin. Det er dog vores vurdering, at medicinen i praksis var givet korrekt, og rettidigt, samt at behandlingsstedet allerede har fulgt op på manglerne under tilsynet.

Konklusion

Vi konstaterede ved tilsynet, at Plejecenter Kastanjehaven havde arbejdet målrettet og systematisk med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden. Det er vores samlede vurdering, at der er mindre problemer for patientsikkerheden, og forudsætter, at behandlingsstedet opfylder vores henstillinger.

2. Henstillinger

Henstillinger

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

Målepunkt		Henstillinger
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvem der administrerer patientens medicin, herunder om patienten er selvadministrerende.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring</u>	X			

Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	<u>Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	X			
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder</u>	X			
4.	<u>Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser</u>	X			
5.	<u>Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling.</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 27-02-2024

	<u>opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger</u>				
--	---	--	--	--	--

Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	<u>Interview om medicinhåndtering</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 27-02-2024
7.	<u>Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister</u>		X		Ved medicingennemgang fandtes der i en ud af to stikprøver, at der i et par tilfælde, ved gennemgang af de seneste ugers kvitteringer, manglede kvittering for administration af insulin, hos patient som fik insulin tre gange dagligt. Ledelsen reagerede allerede under tilsynet med at identificere årsagen.
8.	<u>Håndtering og opbevaring af medicin</u>	X			

Overgange i patientforløb

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Interview om overgange i patientforløb</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 27-02-2024

Øvrige fund

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

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Plejecenter Kastanjehaven (KAHA) er et plejecenter med 47 pladser og en midlertidig plads. Plejecenter KAHA ligger i Jyllinge – Roskilde kommune. Plejecentret er et af kommunens ni plejecentre. Plejecenteret ledes af Centerleder: Mette Bangsgaard Schnor, ansat primo august 2024.
- Plejecenter Kastanjehaven består af to huse, Hus 1 med 19 borgere og en midlertidig borger og Hus 2 med 28 borgere.
- Målgruppen er somatisk syge borgere, der ikke er i stand til at varetage egenomsorgs opgaver, samt borgere med hukommelsesproblematikker diagnosticeret/ikke diagnosticeret.
- Personalet består af 18 social og sundhedshjælpere, 10 Social og sundhedsassistenter, tre sygeplejersker, en pædagog, seks ufaglærte (i tidsbegrænsede stillinger), 20 timelønnede og 11 rengøring, opvaskere og husassistenter.
- Der ansættes løbende faglærte på KAHA og strategien for 2024 er at øge antallet af faglærte og nedbringe antallet af ufaglærte efterhånden som de ufaglærtes tidsbegrænsede stillinger udløber. Dagvagter 11-15 personaler, aftenvagter 6-7 personaler, nattevagter 2 personaler. Der er sundhedsfagligt uddannede i alle vagtlag.
- KAHA har fast tilknyttet center læge/praktiserende læge fra lokalt lægehus, og samarbejder i øvrigt med demenskonsulenter, Marte Meo terapeuter, hjemmevejledere, diætist, ergoterapeuter samt hjælpemiddeldepotet, fysioterapeuter, Akut team samt udekørende sygeplejersker.
- Komplekse sundhedsfaglige opgaver varetages i samarbejde mellem centerlæge/praktiserende læge, sygeplejersker, SSA, Akut teamet og udekørende sygeplejersker.
- Der afholdes stuegang hver 14. dag og der er triagering i alle vagtlag. Derudover er der tværfaglig konference hver 14. dag.
- KAHA anvender journal system KMD Nexus, systemet blev indført 2017

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af et tidligere tilsyn den 27.02.2024.

Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af tilsynsbesøget et påbud til Plejecenter Kastanjehaven den 13.05.2024 om:

- at sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder implementering af instrukser herfor.

- at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå
- at sikre tilstrækkelig journalføring.

Tilsynet var et opfølgende tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddet var efterlevet.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2024 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemgået to journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to patienter/borgere]

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 27-02-2024.

- Journalføring
- Sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå
- Medicinhåndtering

Ved tilsynet deltog:

- Mette Bangsgaard Schnor, centerleder
- Vinni Rasmussen, centerleder
- En sygeplejerske
- En social- og sundhedsassistent
- En sundhedsfaglig konsulent fra Roskilde Kommune

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Mette Bangsgaard Schnor, centerleder
- Vinni Rasmussen, centerleder
- En sygeplejerske
- En sundhedsfaglig konsulent fra Roskilde Kommune

Tilsynet blev foretaget af:

- Vibe Siegfried, ergoterapeut
- Svend Erik Brande, oversygeplejerske

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring

Ved interview af ledelse og personale skal det fremgå:

- at der er fastlagte arbejdsgange for undersøgelse, behandling og pleje, herunder for eventuelle komplikationer og akutte tilstande, og at personalet er instrueret i de fastlagte arbejdsgange
- at personalet for de forskellige faggrupper har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver, herunder vikarer, ufaglærte, elever og studerende
- at ledelsen sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med behandlingsstedets instrukser herunder:

- o at personalet er oplært og har adgang til relevante instrukser:

- Instruks for ansvar- og kompetenceforhold
- Instruks vedrørende pludselig opstået sygdom og ulykke
- Instruks for fravalg af livsforlængende behandling
- Instruks for medicinhåndtering
- Instruks for sundhedsfaglig dokumentation/journalføring
- Instruks for hygiejne, herunder forebyggelse af infektioner og spredning af

smitsomme

sygdomme

- Nødprocedurer ved systemnedbrud

- o at personalet kender og anvender behandlingsstedets sundhedsfaglige instrukser
- o at personalet er oplært i journalføring samt, at der er afsat tid til journalføring og at journalføringen er tidstro
- o at journalen føres systematisk, overskuelig og entydig
- o at notaterne er tilgængelige for de sundhedspersoner, der deltager i pleje og behandling af patienterne.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\) \(Kapitel 3, §30 og §31\) BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

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

Journalføring

2. Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Ved interview af ledelsen og personalet skal det fremgå, at der er en praksis for i nødvendigt omfang:

- at foretage en vurdering af patientens aktuelle problemer og risici med udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder
- at foretage en revurdering af patientens aktuelle problemer og risici ved ændringer i patientens tilstand
- at lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici
- at følge op på- og evaluere planlagt pleje og behandling
- at opdatere planen for pleje og behandling ved ændringer
- at sikre kendskab til aftaler med behandlingsansvarlige læger om patientens behandling, opfølgning og kontrol.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder

Ved gennemgang af journalen skal det fremgå:

- at patientens aktuelle problemer og risici er beskrevet i nødvendigt omfang
- at de aktuelle problemer og risici er revurderet ved ændringer i patientens tilstand.

De 12 sygeplejefaglige problemområder:

- 1) Funktionsniveau, fx evne til daglig livsførelse.
- 2) Bevægeapparat, fx evne til at bevæge sig omkring, muskeltonus, fald.
- 3) Ernæring, fx appetit, tørst, kvalme, opkastning, aspirat, gylp, vægt, nedsat tyggefunktion, smerter i munden.
- 4) Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andet væv, hudens udseende, kløe, tænder, protese, sår.
- 5) Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog.
- 6) Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestring, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse, psykose/virkelighedsopfattelse, selvskaade.
- 7) Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer.
- 8) Seksualitet, køn og kropsofattelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel.
- 9) Smerter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønster, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans.
- 10) Søvn og hvile, fx søvnmønster, varighed af søvn, træthed, energi.
- 11) Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau.
- 12) Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringstrang, afføringsmønster, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønster.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [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. Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser

Ved journalgennemgang skal der fremgå:

- et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [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](#)

5. Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger

Ved gennemgang af journalen skal det fremgå:

- at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf
- at journalen indeholder en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol
- at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge følges, vedrørende patientens behandling, opfølgning og kontrol.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

Medicinhåndtering

6. Interview om medicinhåndtering

Ved interview af ledelse og personale skal det fremgå, at behandlingsstedet har fastlagte arbejds gange for:

- Medicindispensering og -administration, herunder sikring af identifikation af patienten og patientens medicin.

Referencer:

- [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](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)
- [Risikosituationsslægemedler – En guide til sikker medicin håndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)

7. Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister

Ved gennemgangen af medicinlisterne skal det fremgå:

- at de føres systematisk og entydigt
- at der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste
- at der er dato for ordinationen (dag, måned, år), ændring i ordinationen og/eller seponering
- at der er behandlingsindikation for den medicinske behandling
- præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
- hvem der administrerer medicinen, herunder om patienten er selvadministrerende
- enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin
- ordinerende læges navn/afdeling.

Det skal fremgå af journalen:

- hvem der har dispenseret og administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår.

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)
- [Risikosituationsslægemedler – En guide til sikker medicin håndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)

8. Håndtering og opbevaring af medicin

Ved gennemgang af medicinbeholdningen vurderes det, om håndteringen og opbevaringen opfylder følgende:

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/poserne
- 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 korrekt, forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell medicin
- Holdbarhedsdatoen på patientens medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, ikke er overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin
- 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](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)
- [Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinhåndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)
- [Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2022](#)

Overgange i patientforløb

9. Interview om overgange i patientforløb

Ved interview af ledelse og personale skal det fremgå:

- at der ved overflytning af en patient til et andet behandlingssted i primærsektoren, samt ved overdragelse af opgaver, er fastlagte arbejdsgange for overlevering af aktuelle oplysninger om patientens tilstand og den sundhedsfaglige pleje og behandling (herunder medicin)
- at der ved indlæggelse på sygehus er fastlagte arbejdsgange for overlevering af aktuelle oplysninger om patientens tilstand og den sundhedsfaglige pleje og behandling (herunder medicin)
- at der ved modtagelse fra sygehus og behandlingssteder i primærsektoren, er fastlagte arbejdsgange for, hvordan oplysninger om patientens tilstand, pleje og behandling (herunder medicin) modtages og anvendes.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

Øvrige fund

10. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

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

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

Baggrund

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

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

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

¹ Se sundhedsloven § 213.

² Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

³ Se sundhedsloven § 5.

⁴ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

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

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

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

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

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

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

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under Tilsynsrapporter⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹¹.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁷ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁸ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁹ Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

¹⁰ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹¹ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

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

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

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

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

Påbud kan blive fulgt op på 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.

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1