



Tilsynsrapport

Den selvejende institution

Løgstrup Friplejehjem

Sundhedsfagligt, Reaktivt - Udgående tilsyn

Tilsynsområde plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, sygeplejeklinikker, akutfunktioner og midlertidige pladser 2019-2021

Den selvejende institution Løgstrup Friplejehjem
Hjarbækvej 59
8831 Løgstrup

Dato for tilsynsbesøget: 25-11-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2011-7584

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en handleplan for iværksatte indsatser som opfølgning på det sundhedsfaglige tilsyn. De iværksatte tiltag omfatter bl.a. hvorledes behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at sikre medarbejderne forstår og anvender instrukser og procedurer, herunder gennemgang af e-læring for procedurer. Alle medarbejdere er undervist i sundhedsfaglig dokumentation og der arbejdes med alle patienters sundhedsfaglige dokumentation gennemgås og opdateres, herunder sikring af patienternes retsstilling. Derudover har behandlingsstedet iværksat tiltag med at sikre patientsikre arbejdsgange ved medicinbehandling herunder gennemgang af alle medicinbeholdninger.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat en række tiltag med henblik på at rette op på de beskrevne krav. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på stedet.

Vi har derfor den 22. december 2021 givet behandlingsstedet påbud om at bringe de konstaterede forhold i orden.

Behandlingsstedet har også fremsendt dokumentation for et tilstrækkeligt adrenalinberedskab samt en redegørelse for implementering af instruks hos personalet. Styrelsen har på det grundlag ophævet påbud af 8. december 2021 om at indstille al injektionsbehandling på behandlingsstedet.

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 **25-11-2021** vurderet, at der på **Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem** er

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Journalføring

Styrelsen blev ved tilsynet orienteret om, at Løgstrup Fripleshjem anvendte Viborg Kommunes journalsystem. Personalet var ikke oplært i brug af journalsystemet og var ikke introduceret til instruksen for den sundhedsfaglige journalføring.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med den behandlingsansvarlige læge om opfølgning på patienternes sygdomme. Det var gennemgående, at aktuelle og potentielle tilstande ikke var opdaterede efter indflytning på Løgstrup Fripleshjem, og personalet kunne i flere tilfælde ikke mundtligt redegøre for, at relevante faglige vurderinger blev foretaget i relation til disse tilstande.

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.

Der er risiko for at overse pleje- og behandlingsopgaver hos patienterne, når der mangler oplysninger om patienternes aktuelle og potentielle problemer, og der er risiko for, at patienterne ikke modtager den rette behandling, når der er mangelfulde beskrivelser af opfølgning og evaluering på undersøgelser og behandling.

Mangelfuld journalføring samt manglende systematik, entydighed og overskuelighed i journalføringen samt mangelfulde faglige observationer og manglende beskrivelse af, hvilken opfølgning observationerne skal udløse rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, samt ved håndtering af en eventuel akut opstået situation. Dette kan være særligt problematisk i forbindelse med ny-ansættelser, brug af vikarer og skiftende personale. Styrelsen vurderer at dette udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Organisering

På Fripleshjemet Løgstrup blev der oplyst, at Viborg Kommunes ansvars- og kompetencekatalog blev anvendt. Personalet havde ikke kendskab til dette. Der er risiko for, at patienter ikke får den rette pleje og behandling af de rette fagpersoner, når der mangler beskrivelse af ansvars- og kompetenceforhold. Styrelsen vurderer at dette er særligt nødvendigt ved benyttelse af vikarer.

Patienters retsstilling

Det var gennemgående, at det i den sundhedsfaglige dokumentation ikke fremgik om patientens samtykkekompetence var blevet vurderet, og om patienten havde givet et informeret samtykke til behandling. 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 behandlingen sker med respekt for patienternes selvbestemmelsesret. Det er en tilsidesættelse af patientens retssikkerhed, når der ikke indhentes samtykke til behandling.

Instrukser

Styrelsen blev ved tilsynet orienteret om, at Løgstrup Fripleshjem anvendte instrukser og procedurehåndbogen VAR fra Viborg Kommune. Personalet havde elektronisk adgang til instrukser og VAR, men kunne ikke entydigt fremfinde instrukser og var ikke introduceret til disse. Fravær af eller manglende kendskab til sundhedsfaglige instrukser indebærer en betydelig risiko for patientsikkerheden, fordi behovet for intervention alene baserer sig på det enkelte personales faglige skøn og kompetencer. Dette kan være

særligt problematisk i forbindelse med en akut opstået situation i forbindelse med ny-ansættelser, brug af vikarer og skiftende personale, idet der er behov for tydelig rammesætning og instruktion af ikke-lægefagligt personalet, når disse varetager lægeforbeholdt virksomhed.

Medicinering og medicin håndtering

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på at der var flere mangler i medicin håndteringen. Disse omhandlede manglende behandlingsindikation, uoverensstemmelse mellem ordineret medicin og den aktuelle medicinliste, uoverensstemmelse medicinlisten og antallet af doserede tabletter, overskredet holdbarhedsdato på patienters medicin, manglende korrekt handelsnavn og manglende adskillelse af aktuel medicin og ikke-aktuel medicin. Endvidere havde medarbejderne svært ved at fremfinde adrenalinbeholdningen og brugen af denne var ikke i overensstemmelse med Viborg Kommunes instruks.

Der er risiko for at patienter ikke får den rette medicin til rette tid eller fejlmedicineres, når der er mangler i medicin håndteringen.

Fejlene vurderes umiddelbart at udgøre en større risiko for patientsikkerheden, idet nogle af fejlene omfattede manglende egenkontrol efter medicindispensering med risiko for fejlmedicinering og manglede kendskab til og brug af instruksen for medicin håndtering.

Opsamling

Styrelsen for Patientsikkerhed anerkender, at det i interview med ledelse og personalet fremgik, at der var planlagt ændringer og tiltag til forbedring af implementering af instrukser, opdatering af journaler samt håndtering af medicin.

De påviste mangler var gennemgående og vedrørte både faglig vurdering, dokumentation, medicin håndtering og instrukser. Styrelsen vurderer, at manglerne havde et stort omfang med konkret risiko for patientsikkerheden og vil kræve gennemgribende ændringer for, at målepunkterne kan opfyldes.

2. Krav

Krav

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

Målepunkt		Krav
1.	Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold	<ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en beskrivelse af personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling og herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver og evt. rammedelegation
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 de formelle krav til journalføring er overholdt
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 problemerBehandlingsstedet 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 tilstandBehandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap
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
6.	Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)	<ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde

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 personalet kender og følger instruks for fravalg af livsforlængende behandling
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicin håndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicin håndtering, 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 behandlingsindikation for medicinsk behandling fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation. 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 medicin håndtering	<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 holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin Behandlingsstedet skal sikre, at der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling
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

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		<p>Ledelsen oplyste, at Løgstrup Fripleshjem anvendte instrukser og kompetencekatalog fra Viborg Kommune.</p> <p>Personalet kendte ikke deres ansvars- og opgavefordeling, idet de ikke var introduceret til kompetencekataloget fra Viborg Kommune.</p> <p>Instrukser, herunder kompetencekatalog blev fremfundet under tilsynet og implementering ville blive iværksat.</p>

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>Journalerne fremstod ikke overskuelige og systematiske, idet medarbejderne på Fripleshjemet Løgstrup havde i væsentligt omfang overtaget den journalføring der havde været på patienterne inden indflytning på Løgstrup Fripleshjem. Personalet anvendte ikke en vejledning for hvorledes journalen skulle anvendes og der var ikke aftalt fælles arbejdsgange for journalføringen.</p> <p>Personalet anførte, at de ikke havde modtaget undervisning i sundhedsfaglig dokumentation i det anvendte journalsystem og at de ikke havde en ensartet og systematisk tilgang til journalføringen.</p>
3. <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens</u>		X		<p>I de tre stikprøver på den sundhedsfaglige dokumentation af patienternes aktuelle og potentielle problemer, anvendte medarbejderne de oplysninger der var udfyldt af</p>

	<u>aktuelle og potentielle problemer</u>				<p>hjemmesygeplejen før patienterne var flyttet ind på Løgstrup Fripleshjem. Disse var ikke blevet revurderet ved indflytningen eller ved ændringer i patienternes tilstande. Generelt blev funktionniveau ikke vurderet trods flere patienter havde funktionsnedsættelser som krævede behov for hjælp til at klare sig selv i det daglige liv, ex. i forbindelse med personlig hygiejne og bad. Det var gennemgående at de 12 sygeplejefaglige problemområder ikke var opdaterede eller vurderet i nødvendigt omfang i forhold til patienternes aktuelle problemområder. Ved gennemgangen af den sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer, var flere af beskrivelserne uoverskuelige idet pleje og behandling og opfølgning og evaluering var sammenblandet med beskrivelsen af det aktuelle problemområde, der var eksempelvis resultater fra gentagne blodtryksmålinger, lægelige ordinationer og andre sundhedsfaglige observationer der var journalført under aktuel status. Hos en patient der var diagnosticeret med demens der var indflyttet på Fripleshjemet Løgstrup i august måned 2021, var der kun foretaget en vurdering af ernæring, hud og slimhinder, seksualitet og viden og udvikling og disse var ikke opdaterede siden 2020.</p> <p>Personalet kunne delvis redegøre for mangler i beskrivelsen af patienternes aktuelle og potentielle problemer og vurderingerne var blevet foretaget, men det var ikke journalført.</p>
4.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		<p>Der var i tre journalgennemgange en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, men de var ikke opdaterede efter indflytning på Fripleshjemet Løgstrup. Hos en patient var oversigten oprettet i juli 2020 af hjemmesygeplejen, men ikke opdateret.</p> <p>Personalet kunne delvist redegøre for patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser, samt aftaler med den behandlingsansvarlige læge om opfølgning på patienternes sygdomme men det var ikke journalført.</p>

5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>Gennemgående var der mangler på dokumentation af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Dels var der ikke relevante pleje- og behandlingsplaner i forhold til patienternes aktuelle problemer, eksempelvis var der ingen pleje og behandlingsplan hos en patient med diabetes som havde episoder med for højt eller for lavt blodsukker, dels manglede der i de få pleje- og behandlingsplaner der blev set ved journalgennemgangen opdatering af disse. Endvidere var der større mangler i koblingen af observationer og evaluering af de pleje- og behandlingsplaner der forelå, hvorfor det var svært at følge et pleje- og behandlingsforløb.</p> <p>Personalet kunne ikke fuldstændig redegøre for den udførte pleje og behandling samt opfølgning og evaluering. Personalet anførte, at det var svært at finde aktuelle og relevante notater, og at der manglede en systematik i, hvor hvilke notater og observationer skulle journalføres.</p>
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>		X		<p>Personalet kunne ikke fremfinde instrukserne og dermed ikke redegøre for om der forelå en instruks for rammedelegation. Ved forespørgsel kunne personalet dog redegøre for, at der ikke blev anvendt rammedelegation på Fripleshjemme Løgstrup.</p>

Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7. <u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>		X		<p>Personalet kunne ikke fremfinde instruksen, men kunne redegøre for en praksis, hvor de bl.a henvendte sig til Viborg Kommunes hjemmesygepleje Viborg Kommunes akutfunktion eller 112 ved opstået sygdom eller ulykke. Instruks for pludselig opstået sygdom/ulykke var ikke implementeret på behandlingsstedet.</p>
8. <u>Gennemgang af og interview om instruks for</u>		X		<p>Personalet kunne ikke fremfinde instruksen ved tilsynet. Der blev</p>

	<u>fravalg af livsforlængende behandling</u>				beskrevet og set en praksis, hvor der af journalen fremgik såfremt der var foretaget et fravalg af livsforlængende behandling. Instruks for fravalg af livsforlængende behandling var ikke implementeret på behandlingsstedet.
--	--	--	--	--	---

Medicinhåndtering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.		X		Personalet kunne ikke fremfinde instruksen ved tilsynet. Instruks for medicinhåndtering var ikke implementeret på behandlingsstedet.
10.		X		I to ud af tre medicingennemgange var der en behandlingsindikation der ikke var retvisende. Hos en patient var det i forhold til brug af hurtigvirkende insulin. Der var angivet at patienten måtte få 1 enhed hurtigvirkende insulin max x 5 daglig, men der var ikke angivet hvornår det måtte gives. I samme behandlingsindikation var der angivet en behandlingsplan for hvor meget hurtigvirkende insulin der skulle gives i forhold til det målte blodsukker. Medarbejder tog kontakt til patientens læge for at få en retvisende og entydig behandlingsindikation. Hos en anden patient manglede der en behandlingsindikation for et naturlægemiddel. I to ud af tre medicingennemgange fremgik det aktuelle handelsnavn ikke på den lokale medicinliste. Hos en patient var der et præparat der blev anvendt til behandling af demens, hvor det aktuelle handelsnavn ikke var korrekt i forhold til det der blev anvendt. Hos en anden patient var de ændringer der var i handelsnavne i det leverede dosispakke medicin ikke opdateret på den lokale medicinliste.
11.		X		I en ud af tre medicingennemgange var der ikke overensstemmelse mellem det ordinerede og antallet af tabletter der var

	<u>journaler vedrørende medicinbehandling</u>			<p>doseret, idet en tablet for mavesår/mavesyre skulle gives 1 time før et måltid. Tabletten var doseret sammen med det medicin der blev indtaget ved måltider.</p> <p>I en ud af tre medicingennemgange var den ordinerede medicin ikke i patientens medicinbeholdning. Hos en patient var der fire præparater beregnet til PN-medicinering, som ikke var i medicinbeholdningen.</p> <p>I tre ud af tre medicingennemgange var aktuel medicin ikke adskilt fra ikke-aktuel medicin, idet aktuel PN-medicin blev opbevaret i kassen med ikke-aktuel medicin.</p> <p>I en medicingennemgang var der fund af ikke-aktuel medicin (tablet Morfin), som lå i en pose mærket PN-medicin.</p> <p>I en ud af tre medicingennemgange var der fund af medicin med begrænset holdbarhed efter åbning, hvor holdbarhedsdatoen var overskredet. Det drejede sig om insulinpen med hurtigvirkende medicin. Der blev fremfundet en ny insulinpen under tilsynet.</p> <p>Der var adrenalinbeholdning på behandlingsstedet i form af en Epipen, hvilket ikke svarede til instruksen. Der gives 0,3 ml adrenalin når der anvendes Epipen og instruksen foreskrev at der skulle gives 0,5 ml adrenalin ved voksne.</p> <p>Personalet kunne ikke straks fremfinde adrenalinbeholdningen, men den blev fremfundet efter lidt tids søgning. Ved tilsynet var der ikke patienter der modtog injektionsbehandling udover insulininjektioner.</p> <p>Personalet kunne ikke fremfinde instruks for behandling med adrenalin, idet de ikke var introducerede til instrukser. Instruks for adrenalinbehandling var ikke implementeret på behandlingsstedet.</p>
--	---	--	--	--

Patienters retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12. <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		<p>I tre ud af tre journalgennemgange var der ikke taget stilling til patienternes samtykkekompetence/handleevne. Personalet kunne redegøre for patienternes samtykkekompetence var vurderet, men det var ikke journalført.</p> <p>I tre ud af tre journalgennemgange var det ikke muligt at finde dokumentation for at der var indhentet informeret samtykke. Personalet kunne redegøre for, at der altid blev indhentet samtykke forud for behandling, men det var ikke journalført.</p>

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	Der var ikke øvrige fund under tilsynet.

4. Relevante oplysninger

Om behandlingsstedet

- Løgstrup Fripleshjem var et privat plejehjem i Viborg Kommune med selvstændig bestyrelse. Fripleshjemet var åbnet i december 2020
- Løgstrup Fripleshjem havde 24 almene plejeboliger. Ved tilsynet var der 21 patienter på Løgstrup Fripleshjem
- Løgstrup Fripleshjem havde samarbejdsaftale med Viborg Kommune og anvendte Viborg Kommunes journalsystem og instrukser
- Løgstrup Fripleshjem havde opsagt lederen af friplejehjemet den 15. september 2021. Bestyrelsesmedlem Uffe Madsen som var uddannet sygeplejerske, havde fungeret som konstitueret leder i perioden den 15. september til 1. december 2021. Uffe Madsen var en dag om ugen fysisk til stede på Løgstrup Fripleshjem og medarbejderne havde mulig for daglig telefonkontakt med Uffe Madsen.
- Forstander som varetager den daglige ledelse på andet Fripleshjem bistod med det administrative område i forhold til vagtplanlægning og løn på Løgstrup Fripleshjem i perioden 15. september til 1. december 2021 hvor ny leder tiltræder
- Der er ansat ny daglig leder pr. 1/12 2021.
- På Løgstrup Fripleshjem var der ansat 21 medarbejdere: en sygeplejerske på deltid, fem social- og sundhedsassistenter, syv social- og sundhedshjælpere, en pædagog. Derudover var der ansat en ufaglært i fleksjob, to ernæringsassistenter og en pedel. Fripleshjemet Løgstrup havde et internt vikarkorps med 10-12 medarbejdere. Der var et dagligt og højt forbrug af vikarer, dels grundet flere langtidssygemeldte medarbejdere og dels var der løbende opsigelser i medarbejdergruppen
- Der var ved at blive udarbejdet aftale om fast tilknyttet læge til Løgstrup Fripleshjem
- Der blev beskrevet et godt samarbejde med hjemmesygeplejen og akutfunktionen fra Viborg Kommune samt den kommende leder af Løgstrup Fripleshjem.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt uvarslet tilsyn på baggrund af et tidligere Ældretilsyn den 23. november 2021. Under ældretilsynet var der fund af væsentlige gennemgående fejl og mangler i organisationen, ledelse og kompetencer samt i dokumentationen.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, sygeplejeklinikker, akutfunktioner og midlertidige pladser 2019-2021
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Ved tilsynet deltog

- Konstitueret forstander Uffe Madsen, som p.t. fungerede som daglig faglig leder
- Forstander som varetager den daglige ledelse på andet Fripleshjem

Ved tilbagemelding på tilsynet deltog

- Anders Jensen, formand for bestyrelsen for Fripleshjemet Løgstrup
- Konstitueret forstander Uffe Madsen, som p.t. fungerede som daglig faglig leder
- Nyansat leder per 1. december for Fripleshjemet Løgstrup
- En sygeplejerske

Tilsynet blev udført af

- Mary-Ann Steenbryggen Christiansen, oversygeplejerske
- Mette Toft Thorsen, oversygeplejerske

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, 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 \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), 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 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:

- [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](#)

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 \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), 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 \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), 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:

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

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 autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: Syv risikosituationslægemidler](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

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 \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinhandling 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 medicinhandling- 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 doseringsæskerne/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
- 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 patients medicin
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell 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 \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), 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:

- [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](#)
- [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 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. 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 plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.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