STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport Trænings- og rehabiliteringscenter

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2022

Trænings- og rehabiliteringscenter
Lyngby Hovedgade 1A
2800 Kgs. Lyngby

CVR- nummer: 11715311 **P-nummer:** 1003270706 **SOR-ID:** 1039471000016004

Dato for tilsynsbesøget: 03-02-2022

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2011-7962

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget to bemærkninger til de faktuelle oplysninger i rapporten. Bemærkningerne er skrevet ind i rapporten.

Behandlingsstedets bemærkninger til de faktuelle forhold medfører dog ikke en ændring af vurderingen af patientsikkerheden på stedet.

Vi har derfor den 8. april 2022 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 **03-02-2022** vurderet, at der på **Trænings- og rehabiliteringscenter** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at alle målepunkter inden for journalføring, medicinhåndtering og patientens retsstilling var uopfyldte. Manglerne var gennemgående i de udvalgte stikprøver.

Sundhedsfaglige vurderinger og dokumentation
Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at journalføringen i alle stikprøverne var usystematiske, og der var uens brug af systemet blandt medarbejderne. Ligeledes fremgik det ikke af den eletroniske journal, at der i flere tilfælde forelå oplysninger på bilag udenfor den elektroniske journal.

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at der i flere af de oprettede aktuelle problemområder manglede en beskrivelse af den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten. I flere tilfælde var der ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på pleje og behandling. Manglerne i den sundhedsfaglige dokumentation betød, at personalet i flere tilfælde ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøre for, hvilke

overvejelser der var gjort, hvilken pleje og behandling der var planlagt, samt hvilken pleje og behandling der var udført samt resultatet heraf. I to stikprøver var oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser mangelfuld

Det er vores vurdering, at mangelfuld journalføring, herunder manglende sygeplejefaglig beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer, fravær af væsentlige helbredsoplysninger, samt manglende entydighed i journalføringen, rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere, samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i tilstrækkeligt og nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, sygdomme og funktionsnedsættelser eller aftaler med behandlingsansvarlige læge om opfølgning på patienternes sygdomme. Der var flere aktuelle og potentielle tilstande, der ikke var fagligt vurderet, og personalet kunne i flere tilfælde ikke mundtligt redegøre for, at relevante faglige observationer blev foretaget i relation til disse tilstande. Det er vores vurdering, at mangelfulde faglige observationer og manglende beskrivelse af, hvilken opfølgning observationerne skal udløse, umiddelbart udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden

Faglige fokuspunkter
Indholdet i instruks for fravalg af livsforlængende behandling var fejlbehæftet i forhold til, hvornår personalet skulle anmode om en lægelig vurdering af patienten i tilfælde af fravalg af livsforlængende behandling og vurdering af behov for genoplivningsforsøg.

Fejl i sundhedsfaglige instrukser indebærer en betydelig risiko for patientsikkerheden, idet instrukserne er anvisende for medarbejdernes ageren i en akut situation.

Medicinhåndtering
På baggrund af de fejl, der blev konstateret i medicinhåndteringen, og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering var mangelfuld og ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

Det er vores vurdering, at mangler i instruks for medicinhåndtering giver risiko for uens arbejdsgange og tvivl blandt medarbejderne om sikker medicinhåndtering. Den manglende implementering indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal den forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Det er endvidere vores vurdering, at fejl, uoverensstemmelser og mangler i den praktiske medicinhåndtering og beholdning udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden, idet der kan være tvivl om den givne medicin og dermed tvivl om effekten hos patienten. Det øger desuden risikoen for, at patienten ikke modtager behandlingen eller modtager forkert behandling.

Patienters retsstilling
Der var flere eksempler på, at patientens samtykkekompetence og handleevne ikke var tydeligt beskrevet i journalen. Behandlingsstedet dokumenterede ikke systematisk, at der var givet informeret samtykke til behandling eller om der var givet samtykke/stedfortrædende samtykke, før der var blevet taget kontakt til en læge.

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

Opsamling
Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Det forhold, at de påviste mangler blev fundet i relation til den sundhedsfaglige journalføring, sundhedsfaglige instrukser, medicinhåndtering og patienters retstilling medfører, at styrelsen vurderer, at lovgivningens krav ikke er opfyldt. Manglerne vurderes at have et større omfang, især inden for den sundhedsfaglige dokumentation og medicinhåndtering og kræver målrettet arbejde med systematisk sygeplejefaglig dokumentation samt forsvarlig medicinhåndtering, inden målepunkterne kan opfyldes.

Styrelsen vurderer, at der samlet er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav

3.

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	• 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	• 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	• Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	• 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
8.	Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling	• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinhåndtering, og at personalet følger denne

		• Behandlingsstedet skal sikre, at af håndtering af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger
10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	• Behandlingsstedet skal sikre, at behandlingsindikation for medicinsk behandling fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste • 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 medicinhåndtering	• Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår • 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 doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer • Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning • Behandlingsstedet skal sikre, at hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patienters medicin • Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin
12.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	• 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

4. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

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

Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal		X		I tre ud af tre stikprøver var journalen ikke overskuelig og systematisk ført, idet observationsnotaterne ikke var relateret (tilknyttet) til det konkrete sygeplejefaglige problem. Det var således ikke muligt at overskue de enkelte problemområders udvikling samt evaluering af iværksat pleje og behandling. I tre ud af tre stikprøver fremgik det ikke af den elektroniske journal, at der forelå bilag/notater i kalender eller på tavle, ex. fremgik konkrete aftaler om lægebesøg, skift af kateter eller sonde ikke systematisk i journalen. I flere tilfælde fremstod journalføringen fragmenteret, idet der var mangler i de sygeplejefaglige vurderinger. Oplysningerne var i stedet angivet andre steder, fx under en ergoterapeutisk vurdering, døgnrytmeplan, funktionsevnetilstande eller i de generelle oplysninger, uden at der var henvisning til oplysningerne for at sikre sammenhæng i journalføringen.

3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer		X		I tre ud af tre stikprøver var beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling, manglende eller ikke fyldestgørende beskrevet. Hos en patient med parkinson manglede beskrivelse af, hvordan sygdommen kom til udtryk. Desuden havde patienten sår på en tå uden beskrivelse af udseende, størrelse samt hvilken pleje og behandling der var i værksat. To patienter havde laxantia pn, der manglede beskrivelse af patienternes normale afføringsmønstre og derved grundlag for at vurdere, hvornår patienten havde behov for laxantia. Hos den ene patient var problemer med udskillelse af afføring angivet som potentielt til trods for, at patienten over flere dage havde haft afføringsrelaterede problemer. Hos en patient med DM2 manglede beskrivelse af det aktuelle problem. Hos en patient manglede beskrivelse af lokalisation af patientens neuropatiske smerter. Patientens smerteproblem var angivet som potentielt til trods for, at det var et aktuelt problem. I tre ud af tre stikprøver manglede der opdatering af ændringer i patientens helbredsmæssige tilstand. Eksempelvis var en patient bekrevet med global afasi ved ankomst til behandlingsstedet i november 2021. Andre steder i journalen fremgik det, at tilstanden var væsentligt forbedret, idet patienten kunne udtrykke sig med enkelte ord, og af og til med hele sætninger. Ligeledes fremgik, at patienten havde tryghedskasse selvom denne var seponeret fornylig. I alle tre stikprøver var der aktuelle problemer, som var vurderet potentielle. Det drejede sig blandt andet om en patient med sonde og parenteral ernæring. Medarbejderne havde kendskab til patienterne og kunne delvist redegøre for de mangelfulde vurderinger.
4.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende		X		I to ud af tre stikprøver var oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser mangelfuld.

	oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge				Eksempelvis fremgik det ikke, at en patient havde dysfagi, intet sprog samt lammelser. Hos en anden patient fremgik det ikke, at patienten led af depression.
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		I tre ud tre stikprøver fremgik det ikke systematisk af den sundhedsfaglige dokumentation, hvilken aktuel pleje og behandling der var iværksat samt opfølgning og evaluering. Hos en patient var der beskrevet begyndende tryksår, men der manglede beskrivelse af den iværksatte aktuelle pleje og behandling, samt hvorvidt dette havde haft den ønskede effekt. Hos en anden patient var der iværksat behandling mod depression, men der manglede beskrivelse af opfølgning og evaluering af den iværksatte behandling. Hos en patient var der beskrevet hvide belægninger i munden. Der manglede beskrivelse af, hvordan dette blev behandlet samt effekt af dette. En patient havde over et par dage haft tandpine og fået smertestillende medicin, det fremgik imidlertid ikke om der havde været effekt af behandlingen og hvorvidt der var fulgt op på evt. årsag til tandpinen. Der var mangler i dokumentationen af daglige blodsukker målinger hos en diabetes patient.
6.	Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)			X	

Faglige fokuspunkter

Målepunkt		**Opfyldt**	**Ikke opfyldt**	**Ikke aktuelt**	**Fund og kommentarer**
7.	Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke	X			
8.	Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling		X		Der forelå en instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Imidlertid fremgik det, at en sygeplejerske kunne erklære en patient død ud fra en liste af kriterier, fx manglende respiration og

					andre fysiske tegn på patienten, hvilket ikke er i overensstemmelse med *Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg.*

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering		X		Der forelå en instruks for medicinhåndtering, men denne var mangelfuld og ikke tilstrækkelig implementeret, blandt medarbejderne, henset til fund indenfor målepunkt 10 og 11. I adskillige tilfælde, var der ved ordinationsændringer skrevet på ordinationslablen med henvisning til FMK. Det fremgik ikke af instruks for medicinhåndtering, hvilken arbejdsgang medarbejderne skulle anvende såfremt at der i en dispenseringsperioden blev tillagt nye ordinationer. Der blev mundtligt beskrevet en praksis for, at medicinen skulle tages direkte fra æskerne indtil det kunne dispenseres i en fuld periode og der skulle noteres i bemærkningsfeltet på medicinskemaet. I de tre medicinrum, som tilsynet var i, var der medicin på en separat hylde som ikke tilhørte en bestemt patient og som ikke var mærket med en patients navn. På en etage var det kaliummixtur, Panodil brus, Dulcolax, Movikol og Brentan salve, der ikke tilhørte en specifik patient. En Dulcolax æske havde en label på fra en tidligere patient, på flere af de andre medicinbeholdere var der rester fra tidligere ordinations/navnelabels, der var fjernet. På en anden etage var der Ibumetin og Movikol uden mærkning med patientnavn, på en tredje etage var der en æske med klyx uden patientnavn. I en ud af tre stikprøver var der i ikke-aktuel medicin flere beholdere uden mærkning med patientens navn.

10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste		X		I en ud af tre stikprøver, var der uklarhed om behandlingsindikation for mildt smertestillende. Det fremgik af den sundhedsfaglige dokumentation, at det flere gange var givet mod tandpine, andre gange for hovedpine. I en ud af tre stikprøver var der uoverensstemmelse på medicinlisten, idet tabl. Kaleroid var under ”dosering” angivet til at det skulle gives med 2 tabl. 2 gange dagligt, men på administrationsoversigten fremgik kun 2 tabl. til kl. 8 og ikke til andre tider på døgnet. Der var ikke reageret på uoverensstemmelsen.
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering		X		I to ud af tre stikprøver var der ikke dokumenteret for administration af ikke-dispenserbare lægemidler. Det vedrørte insulin og movikol. I en ud af tre stikprøver var den opdeling for aktuel og ikke-aktuel medicin der var i særligt indrettede medicinkasser til hver patient, ikke anvendt systematisk, idet der lå aktuel medicin i rummet for ikke-aktuel medicin. I en ud af tre stikprøver skulle flere af patienternes medicin opbevares på køl. Der var ikke sikker opdeling af patienternes medicin, to af patienterne fik insulin, som begge blev opbevaret i køleskabet. I alle tre medicinrum var der utensilier i form af kanyler og sprøjter, hvor holdbarhedsdatoen var overskredet – i nogle tilfælde med flere år. I en ud af tre stikprøver var der en pose med omhældte, tabl paracetamol, der var udleveret fra sygehus i efteråret 2021 (> 4 uger siden omhældning). I en ud af tre stikprøver var en insulinpen uden mærkning med anbrudsdato.

Patienters retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling		X		I en ud af tre stikprøver fremgik det et sted i journalen, at patienten var vurderet inhabil, et andet sted fremgik det, at patienten var i stand til at give samtykke ved at svare ja eller nej. Medarbejderne kunne redegøre for hvilken af vurderingerne, der var korrekt. Det drejede sig om manglende opdatering af den første vurdering, der var foretaget ved ankomsten. I to ud af tre stikprøver manglede der dokumentation for indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakt til egen læge. Medarbejderne kunne redegøre for, hvordan de sædvanligvis indhentede mundtligt informeret samtykke i relevante situationer.

Hygiejne

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

Øvrige fund

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

5. Relevante oplysninger

Om behandlingsstedet

- Trænings- og Rehabiliteringscentret (TRC) var beliggende i Lyngby-Taarbæk Kommune
- Trænings- og Rehabiliteringscentret havde fem sengeafdelinger med plads til i alt 40 borgere med forskellige somatiske problemstillinger. Den ene sengeafdeling var et neurologisk afsnit med plads til syv borgere med neurologiske lidelser. Sengeafdelingerne hed samlet Midlertidigt Døgnophold (MDO). Gennemsnitsliggetiden var på 23 dage, fraset de neurologiske patienter som ofte havde en længere liggetid. Patienterne blev oftest modtaget til midlertidgt ophold efter udskrivelse fra hospital.
- I samme hus og under samme ledelse, var ambulant genoptræning, døgnrehabilitering samt, tværgående aftensygeplejersketeam (udekørende) og et Mobilt Akut Team (MAT). Disse var tværgående funktioner uden sengepladser.
- På Midlertidigtigt Døgnophold var der ansat ca. 40 social- og sundhedsassistenter, to social- og sundhedshjælpere, seks sygeplejersker og en udviklingssygeplejerske. Der var to vakante stillinger.
- På hver sengeafdeling var der tilknytning af et fast tværfagligt team bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Der var ligeledes en administrativ stab og to aktivitetsmedarbejdere.
- På hele Trænings- og Rehabiliteringscentret var der ialt 160 ansatte
- Trænings- og Rehabiliteringscentret havde en centerleder og fire afdelingsledere, hvoraf en var leder for MDO.
- I dag- og aftenvagterne kunne Mobilt Akut Team eller udekørende aftensygeplejersker anvendes ved behov. I nattevagterne var der mulighed for tilkald af sygeplejersker fra kommunens vagtcentral.
- Trænings- og Rehabiliteringscentret anvendte jurnalsystemet Nexus efter FSIll metoden.
- Trænings- og Rehabiliteringscentret anvendte forskellige metoder til at sikre kvalitetsarbejde, herunder tavlemøder og tværfaglige konferencer. Derudover var der kontaktperson ordning.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse fra en pårørende, hvis ægtefælle havde haft et ophold på trænings- og rehabiliteringscentret. Heri beskrives blandt andet problemer med medicinhåndtering, hygiejne og katheterpleje.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2019- 2022 anvendt
- 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 og som efterfølgende modtog tilbagemelding

- Centerleder Mia Klint-Larsen
- Afdelingsleder Kristina Bartholin
- Udviklingssygeplejerske Lena Jungemann
- Udviklingskonsulent / risikomanager Charlotte Dorph Lyng
- Tre sygeplejersker
- En social- og sundhedsassistent

Tilsyn blev gennemført af:

- Lone Teglbjærg, Oversygeplejerske
- Sarah Sommer, Oversygeplejerske
- Charlotte Urhammer, Oversygeplejerske

6. 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: • Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009 • Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), BEK nr. 1219 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 (Activites 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 handikap, 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:

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

Faglige fokuspunkter

7. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

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

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

Referencer:
- Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

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

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

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

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

Referencer:
- Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000
- 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
- Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 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 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 sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021
- Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinhåndtering 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 medicinhåndtering- 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 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:

- Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018
- Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019
- 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

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, værgen 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:

- Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002
- Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998
- Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019
- Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019
- 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 sundhedspersoner[1] udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient[2].

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerheds udfører risikobaseret tilsyn[3].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 behandlingssteder[4] 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 behandlingsstedet[5]. 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 tilsynet[6]. 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 patientsikkerheden[7].

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[8]. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet[9]. 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.dk[10].

[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 delvist[11].

Påbud kan blive fulgt op på forskellig 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 tilsynsbesøg[12], 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