



# Tilsynsrapport

## Døgnplejen – Sygeplejen Stevns

Reaktivt tilsyn, 2019

**Døgnplejen – Sygeplejen Stevns**  
Hovedgaden 46  
4652 Hårlev

CVR- eller P-nummer: 1020529098

Dato for tilsynsbesøget: 26. november 2019

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

Sagsnr.: 35-2011-1788 (tidligere 5-9011-5350/1)

# 1. Vurdering

---

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 26. november 2019 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

- Interview med ledelse og medarbejdere
- Journalgennemgang for fem patienter
- Gennemgang af tre medicinlister
- Gennemgang af instrukser

På baggrund af dette fremstod Døgnglejen- Sygeplejen Stevns nu som velorganiseret med gode procedurer og høj grad af systematik. Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der var arbejdet konstruktivt med at udarbejde og implementere instruks for sundhedsfaglig dokumentation samt instruks for ansvars-, kompetence- og opgavefordeling. Der var ligeledes fortsat arbejdet konstruktivt med at sikre en systematisk og forsvarlig medicin håndtering samt en opdatering af journalerne. Endvidere var der gjort en stor indsats for, at der også fremadrettet bliver opretholdt en god praksis for journalføring og medicin håndtering.

Der sås således ingen uopfyldte målepunkter vedrørende medicin håndtering, journalføring, patienternes retsstilling og instrukser.

Det var tydeligt, at der i forhold til det reaktive tilsyn foretaget den 9. maj 2019 var sket markante ændringer og foretaget tiltag, der skulle sikre opfyldelsen af gældende regelsæt. Den indsats, som Døgnglejen - sygeplejen Stevns ledelse og medarbejdere havde iværksat, bekræftede implementering af en række forbedringer, der alle afspejlede den handleplan, som Døgnglejen - Sygeplejen Stevns havde fremsendt i forbindelse med høringen over påbuddet samt perioden op til det reaktive tilsyn.

Ved interview fremlagde ledelsen og medarbejdere, hvorledes der blev arbejdet med journalføring og medicin håndtering efter tilsynet den 9. maj 2019.

Der var efter tilsynet den 9. maj 2019 afholdt undervisning i journalføring for alle medarbejdere og der var blevet udarbejdet en instruks til journalføring, som alle medarbejdere var præsenteret for og havde fået udleveret. Denne instruks benyttede medarbejderne, når de dokumenterede.

Leder, afdelingsleder samt systemadministrator havde inddraget medarbejderne i processen med at skabe den røde tråd i dokumentationen. Alle medarbejdere var blevet undervist og oplært i korrekt dokumentation,

og der var udarbejdet oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser samt hvilke aftaler der var med behandlingsansvarlig læge, ligeledes var der på alle patienter en beskrivelse af aktuelle og potentielle problemer, iværksat pleje og behandling samt opfølgning herpå.

Døgncplejen - Sygeplejen Stevns varetog sundhedslovsopgaver hos 686 patienter, fordelt i hjemmeplejen og på klinikkerne i Døgncplejen. Journalføringen hos alle patienter var blevet ajourført. Tillige var instruks for sundhedsfaglig dokumentation revideret, og alle medarbejdere var blevet undervist i og arbejdede ud fra denne, når de journalførte.

Alle medarbejdere havde iPads, så de nu kunne tilgå journalen ude ved patienterne. Og derved dokumenterede medarbejderne, når de var ude hos patienterne.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der er sket en tydelig forbedring af patientsikkerheden. De store mangler, der udløste påbuddet, er udbedret og styrelsen har på den baggrund ophævet påbuddet af 8. august 2018.

## Sammenfatning af fund

På baggrund af interview, journalgennemgang samt gennemgang af instruks konstaterer Styrelsen for Patientsikkerhed, at alle målepunkter var opfyldt.

### Medicinhåndtering, målepunkt 11:

Medicinlister blev gennemgået, og behandlingsstedet skrev nu de aktuelle handelsnavn under effektivering på den lokale medicinliste.

Styrelsen vurderer, at behandlingsstedet ved tilsynet den 9. maj 2019 levede op til kravene vedrørende medicinhåndtering.

Journalføring, målepunkt 6, 7 og 8: Alle målepunkter var opfyldt. Der pågik en systematisk vurdering af patienterne så alle sygeplejefaglige problemområder var vurderet og beskrevet, der forelå ligeledes beskrivelser af pleje og behandling samt opfølgning og evaluering.

Instrukser, målepunkt 1, 2 og 16: Alle målepunkter var opfyldt. Der var udarbejdet og implementeret sundhedsfaglig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Alt personale var undervist i denne, og den blev brug ved journalføring. Der var udarbejdet instruks for kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling, hvori eksterne leverandører – *De glade vikarer*, var skrevet i. Det fremgik, at der nu var en systematisk opfølgning på opgaver der var overdraget fra Døgncplejen – sygeplejen til ekstern leverandør. Sygeplejen understøttede systematisk opfølgning og journalføringen når en opgave var overdraget.

Patients retsstilling, målepunkt 14a og 14b: Målepunktet omhandlende patienternes retsstilling var opfyldt. Der forelå beskrivelser af patienternes habilitet, og der var ligeledes dokumenteret det konkrete informerede samtykke.

Uddybende beskrivelse af fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynet](#)

## 2. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

### Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 9. maj 2019 et opfølgende reaktivt tilsyn med henblik på at undersøge, om påbud af 8. august 2018 var efterlevet. Styrelsen kunne konstatere, at påbuddet ikke var efterlevet, og styrelsen havde derfor ikke grundlag for at ophæve påbuddet af 8. august 2018. Der var dog under tilsynet den 9. maj 2019 flere målepunkter og krav som var opfyldt, blandt andet målepunkter inden for medicin håndtering.

Inden det reaktive tilsyn den 26. november 2019 afholdt Styrelsen den 18. september 2019 et møde med ledelsen for Døgndplejen – Sygeplejen Stevns omhandlende plan samt instrukser for sundhedsfaglig dokumentation og kompetence, ansvars- og opgavefordeling.

Ledelsen havde forinden mødet indsendt instrukser samt en plan for, hvordan behandlingsstedet ville imødekomme styrelsens krav.

Ledelsen fremlagde til mødet, hvordan der blev arbejdet med dokumentation efter sidste tilsynsbesøg, og der blev tillige fremvist en journal med henblik på at sikre og understøtte den fremtidige udvikling af kommunens dokumentationspraksis.

Af påbuddet af 8. august 2018 fremgik det, at Døgndplejen – Sygeplejen Stevns skulle:

1) at sikre forsvarlig medicin håndtering fra dags dato, herunder en præcisering af instruks for samarbejdet med behandlende læge og personalets pligt vedr. håndtering af tvivl om ordinationer, herunder risikomedicin/AK-behandling, fra den 8. august 2018.

2) at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder journalføring af patienters samtykkekompetence og informeret samtykke, i overensstemmelse med lovgivningen herom fra den 8. august 2018.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Tilsynet den 26. november 2019 er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

### Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserer i tilsynet på :

- at der på behandlingsstedet er patientsikker håndtering af medicin vedrørende ordineret medicin og medicinlisten
- at der på behandlingsstedet er en journalføring der sikrer patientsikkerheden

- at der på behandlingsstedet er udarbejdet og implementeret sundhedsfaglige instrukser

### 3. Fund

↑ Tilbage til vurdering

#### Fund fra tilsynsbesøg d. 26. november 2019

Ved tilsynet blev der anvendt målepunkter fra målepunktsættet for Hjemmeplejen 2018. Der er anvendt et reduceret målepunktssæt, idet der kun er ført tilsyn med de forhold, der var givet påbud om at rette op på og som ikke blev vurderet opfyldt under tilsynet den 9. maj 2019.

Følgende målepunkter fra målepunktssættet 2018 blev anvendt: 1, 2, 6, 7, 8, 11, 14a, 14b og 16.

#### Ved tilsynet blev der anvendt udvalgte målepunkter fra målepunktsættet for Plejeområdet 2018

#### Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1:	<u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			
2:	<u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>	X			

#### Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	X			
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>	X			

8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	X			
----	--	---	--	--	--

## Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>	X			

## Patientens retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14a	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: samtykkekompetence/handleevne</u>	X			
14b	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: informeret samtykke</u>	X			

## Øvrige fund

Målepunkt		Ingen fund	Fund og kommentarer
16:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	X	



## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Døgnplejen – Sygepleje Stevns var en kommunal hjemmesygepleje med 38 sygeplejersker ansat.
- Fremmødeprofilen i dagvagt var 14 til 16 sygeplejersker, i aftenvagt var fremmødeprofilen 2 sygeplejersker og i nattevagt var der 1 sygeplejerske i fremmøde
- Hjemmesygeplejerskerne havde også sygeplejeklinikker de dagligt betjente, tillige var der 4 sygeplejersker der dagligt varetog en funktion på kommunens plejecentre
- Kommunens døgnpleje var inddelt i to teams, team Syd og team Nord.
- Man afholdte morgenmøder, hvor det omhandlede tidlig opsporing, og hvilke patienter der var blevet udskrevet og derved skulle have besøg af en hjemmesygeplejerske.
- Hjemmesygeplejen overdrog sundhedslovsydelser til privat leverandøren *De Glade Vikarer*. Der blev afholdt triagemøder en gang om ugen, hvor der foregik opfølgning på patienter overdraget til eksterne leverandører. Ved triagemødet var personale fra *De Glade Vikarer* tilstede
- Der blev beskrevet et godt samarbejde med praktiserende læger.
- Døgnplejen – Sygeplejen Stevns var overgået til nyt journalsystem CURA samt FællessprogIII i november 2018
- Alle medarbejdere inklusiv vikarer havde nu læse- og skriveadgang til journalen via IPad.
- Der var udarbejdet en overordnet instruks med beskrivelse af, hvordan personalet skulle føre den sundhedsfaglige dokumentation i CURA. Der var ligeledes blevet udarbejdet en *tjekliste ved opdatering af data og ved oprettelse af ny borger* der blev benyttet ved journalføring, tillige blev der systematisk lavet audits på journalerne

### Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg. Til oplysning af sagen er anvendt følgende kilder:

- Indsendelse af handleplan
- Instruks gennemgang af alle indsendte instrukser
- Møde mellem Styrelsen og ledelsen af Døgnplejen – sygeplejen Stevns.
- Reaktivt tilsyn på baggrund af påbud udstedt den 8. august 2018.
- Ved tilsynet blev udvalgte målepunkter for Hjemmesygepleje 2018 anvendt.
- Tilsynet var tilrettelagt med interview af ledelsen samt medarbejdere ved Døgnplejen – sygeplejen Stevns. Styrelsen gennemgik tillige fem journaler, tre medicinlister samt sundhedsfaglige instrukser.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til:
  - Lone Petersen, Leder af Sygeplejen
  - Lotte Bylov, afdelingsleder for udeområdet, Stevns kommune
  - Lena Svanteman, afdelingsleder for plejecentre, Stevns kommune
  - Fire sygeplejersker fra Døgnplejen – Sygeplejen Stevns

Tilsynsbesøget blev foretaget af: oversygeplejerskerne Karen Riisberg og Sarah Leth Madsen



# Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar, samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn<sup>1</sup>. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder<sup>2</sup> dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>3</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Ud over de planlagte, tematiserede tilsyn har styrelsen som hidtil et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol, som kan gennemføres enten i form af tilsynsbesøg eller ved indhentning af materiale og skriftlig korrespondance, hvis styrelsen får kendskab til eller mistanke om overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, der indebærer farer for patientsikkerheden. Reaktive tilsyn gennemføres fx på baggrund af bekymringshenvendelser, klagesager, medieomtale eller som opfølgning på et tidligere tilsyn, hvor der er givet påbud.

De reaktive tilsyn bunder i Styrelsen for Patientsikkerheds grundlæggende forpligtelse til at reagere relevant på forhold, der skaber en bekymring for eller udgør en konkret fare for patienterne. Materialer med relevans for tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Risikobaseret tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

Hvis det bliver anset for nødvendigt, kan styrelsen efter undersøgelserne give påbud, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til et behandlingssted. Styrelsen for Patientsikkerhed kan endvidere om nødvendigt stille krav om midlertidigt helt eller delvist at indstille virksomheden.

## Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsyn er en reaktion på en bekymring om nogle helt konkrete forhold på et bestemt behandlingssted. Et reaktivt tilsyn handler om at undersøge, om patientsikkerheden på et behandlingssted er forsvarlig, og at sikre, at forholdene bliver bragt i orden, hvis det ikke er tilfældet.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2 og § 213 c

<sup>3</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2

## Indhentning af materiale

Til brug for oplysning af patientsikkerheden på behandlingsstedet kan styrelsen indhente og gennemgå forskelligt materiale. Det kan fx dreje sig om gennemgang af styrelsens egne sager ift. behandlingsstedet (tidligere klage- og tilsynssager) samt indhentning af journaler og instrukser. Derudover kan styrelsen have dialog med typisk ledelsen på behandlingsstedet i form af møder samt indhentning af udtalelser og redegørelser. Endelig vil styrelsen normalt gennemgå offentligt tilgængelige internetportaler m.m. for at indhente oplysninger vedr. behandlingsstedet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>4</sup>.

## Tilsynsbesøg

I mange reaktive tilsynssager gennemføres et tilsynsbesøg. Et reaktivt tilsynsbesøg kan være både varslet og uvarslet. Uvarslede tilsynsbesøg bruges kun, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed har brug for at danne sig et øjebliksbillede af situationen, eller hvis formålet med undersøgelsen ellers kan forspildes. De forhold, som undersøges under et reaktivt tilsynsbesøg, bliver fastlagt ud fra de konkrete omstændigheder.

Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, mod behørig legitimation og uden retskendelse adgang til at inspicere behandlingsstedet<sup>5</sup>. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>6</sup>.

## Afrapportering

Styrelsen udarbejder en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet. Rapporten omfatter hele tilsynet, herunder også den afdækning og indhentning af informationer, som kan ligge udover selve tilsynsbesøget. Hvis der gennemføres et tilsynsbesøg som led i tilsynet, får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering som afslutning på besøget. Hvis der er tale om et reaktivt tilsyn, omfatter rapporten alene det indhentede materiale.

Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for planlagte og reaktive tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b. Behandlingsstedet modtager efter tilsynet et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger.

Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Dertil skal der i henhold til henstillinger om handleplan eller krav med påbud fremsendes relevant materiale.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen handleplanen eller anden fremsendt dokumentation, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt man har indsendt materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt kravene. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

---

<sup>4</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

Derefter offentliggøres tilsynsrapporten på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#). Yderligere har behandlingsstedet pligt til at gøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside, og sørge for at den er umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet.<sup>7</sup>

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk<sup>8</sup>.

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende 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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de gennemgåede målepunkter. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan 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 Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.<sup>9</sup>

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 tilsynsbesøg<sup>10</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

---

<sup>7</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 26. juni 2018 § 24 stk. 2

<sup>8</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, og bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>10</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1