



Udkast til tilsynsrapport Døgndøgplejen – Sygeplejen Stevns

Reaktivt tilsyn, 2019

Døgndøgplejen – Sygeplejen Stevns
Hovedgaden 46

4652 Hårlev

CVR- eller P-nummer: 1020529098

Dato for tilsynsbesøget: vælg dato – rubrikken slettes hvis der ikke er gennemført udgående tilsyn

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-4506/1

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Efter parthøringsperioden tilføjer Styrelsen for Patientsikkerhed en konklusion i denne rubrik.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 9.maj 2019 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

- Interview med ledelse og medarbejdere
- Journalgennemgang for tre patienter
- Gennemgang af medicinbeholdning for to patienter
- Gennemgang af instruks

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på at flere målepunkter er opfyldt, men at der stadig var mangler i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at behandlingsstedet havde arbejdet målrettet for at i mødekomme styrelsens påbud om at sikre forsvarlig medicinbehandling herunder håndtering af tvivl om ordination samt sikre tilstrækkelig journalføring.

Styrelsen har tillige lagt vægt på, at journalføringen endnu ikke var fyldestgørende, idet der manglede systematik og overskuelighed i den samlede dokumentation. Der var udarbejdet oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler om kontrol med behandlingsansvarlige læge, disse var dog ikke fyldestgørende i alle tre stikprøver. Det var svært at få et overblik over aktuelle pleje- og behandlingsforløb og evaluering og opfølgning på disse, og der var i enkelte stikprøver uoverensstemmelse mellem behandling, opfølgning og evaluering.

De mangler, der blev fundet i relation til journalføringen, var gennemgående i de tre journaler

Døgndøgplejen - Sygeplejen var overgået til et nyt journalsystem CURA. Det generelle indtryk var, at der var arbejdet konstruktivt med implementering af nyt journalsystem samt Fællessprog III samt opdatering af journalerne, og at der blev gjort en stor indsats for at opretholde en god dokumentationspraksis og dermed

sikre patientsikkerheden i Døgnglejen - Sygeplejen. Der var dog ikke udarbejdet en instruks for sundhedsfaglig dokumentation som understøttede denne praksis.

Styrelsen vurderer samlet, at der er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden, og hvor der stadig er behov for opfølgning på påbuddet af 8. august 2018. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor på nuværende tidspunkt ikke fundet grundlag for at ophæve påbuddet omhandlende at sikre tilstrækkelig journalføring.

Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

Der var 8 uopfyldte målepunkter vedrørende dokumentation og øvrige fund.

Der blev fundet flere mangler i forhold til en opdateret, systematisk og overskuelig sundhedsfaglige dokumentation.

Der var arbejdet med den sundhedsfaglige dokumentation, den var dog gennemgående mangelfuld og usystematisk, hvilket resulterede i manglende beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, manglende oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser samt manglende beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering.

Der manglede instruks for sundhedsfaglig dokumentation, og derved havde medarbejdere ikke ledelsen anvisning for, hvordan de skulle journalføre så de sikrede forsvarlig journalføring.

Mangelfuld journalføring, manglende systematik og manglende overblik rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden særlig i forhold til akut opståede situationer hvor hurtigt overblik er altafgørende.

Der var arbejdet målrettet med at sikre forsvarlig medicin håndtering, og der var blevet udarbejdet en instruks der præciserede samarbejdet mellem behandlende læger og kommunen/sygeplejerskerne vedrørende ordination og behandling med AK-behandling. Der blev i en stikprøve fundet uoverensstemmelse mellem aktuelt handelsnavn og medicinlisten. Grundet en systemteknisk fejl kunne det aktuelle handelsnavn ikke ændres på medicinlisten.

Styrelsen vurderer, at behandlingsstedet lever op til kravene vedrørende medicin håndtering.

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

Henstilling

- At præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 11)
- At det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten er i stand til at give et habilt samtykke til pleje og behandling, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende/værge (målepunkt 14a)

- Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold nævnt nedenfor er patientsikkerhedsmæssigt forsvarlige (målepunkt 16).

Krav

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

- Ledelsen kan redegøre for personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling, herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver (målepunkt 1).
- At formelle krav til journalføring er overholdt (målepunkt 2).
- At der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 6).
- At det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap (målepunkt 6).
- At den sundhedsfaglige dokumentation som minimum skal indeholde beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand (målepunkt 7).
- 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 (målepunkt 8).

Styrelsen for Patientsikkerhed agter at fastholde påbuddet indtil der ved et nyt tilsyn er påvist, at dette kan ophæves. Se nærmere vedlagte høringsbrev.

2. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 8 august 2018 et påbud til Døgnglejen – Sygeplejen Stevns med følgende indhold:

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.

2) at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder journalføring af patienters samtykkekompetence og informeret samtykke, i overensstemmelse med lovgivningen herom fra dags dato.

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserer i tilsynet på :

- at der på behandlingsstedet er en medicin håndtering, der ikke sikrer patientsikkerheden
- at der på behandlingsstedet er en journalføring der sikrer patientsikkerheden
- at der på behandlingsstedet er udarbejdet og instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger

3. Fund

↑ Tilbage til vurdering

Fund fra tilsynsbesøg d. 9. maj 2019

Ved tilsynet blev der anvendt 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		Ved interview og journalgennemgang fremgik det, at der ikke var beskrevet kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for brugen af eksterne leverandører – <i>De glade vikarer</i> . Det fremgik, at der ikke var en systematisk opfølgning på opgaver der var overdraget fra Døgnglejen – sygeplejen til ekstern leverandør. Sygeplejen understøttede ikke journalføringen når en opgave først var overdraget.
2:	<u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>		X		<p>Alle vikarer havde adgang til journalsystemet via en fælles kode, derved kunne man ikke se, hvem der havde udarbejdet journalnotaterne.</p> <p>Journalsystemet var fortsat under udvikling, og der var fortsat en del uafklaret i forhold til systematik og overskuelighed i den sundhedsfaglige dokumentation. Det var vanskeligt at orientere sig i og genfinde relevante oplysninger samt få et hurtigt overblik over en patients helbredssituation, aktuel pleje og behandling samt opfølgning herpå.</p> <p>Ved gennemgang af tre journaler kunne det konstateres, at der var udfordringer i at personalet ikke fik relateret de forskellige dele i journalen, hvorved der opstod manglende overblik over opfølgning og evaluering af den givne pleje og behandling. Dette var gennemgående i alle tre journaler.</p>

					Opfølgning og evaluering kunne dog overvejende findes i observationer som fremstod som fortløbende journalnotater.
--	--	--	--	--	--

Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3:	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme</u>	X			
4a:	<u>Gennemgang af instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Instruks opfylder krav</u>	X			
4b:	<u>Interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
5:	<u>Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge</u>	X			.
6:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		I en ud af tre stikprøver indeholdte den sundhedsfaglige dokumentation ikke en samlet oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, tillige manglede der beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som var indgået med de behandlingsansvarlige læger.
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		I en ud af tre stikprøver var beskrivelsen af de aktuelle og potentielle problemområder særdeles mangelfulde idet der ikke var en fyldestgørende beskrivelse af problemområderne blandt andet for en patient med kognitive funktionsnedsættelse, smerter og hjertesygdom. Der manglede oplysninger i "cirkulation og

					<p>respiration” om hjertesygdommen. Tillige var der ikke beskrevet noget om smerte trods det at patienten fik fast smertestilende behandling. Ligesom ”hud og slimhinder” heller ikke var beskrevet ved en patient der var i antikoagulerende behandling, og derved kunne have et potentielt problem.</p> <p>I tre ud af tre stikprøver forelå der ingen beskrivelser af ernæring og vægt, trods det at en patient havde KOL og derved var i risiko for at være undervægtig.</p> <p>I en stikprøve var der ved sammenhold af patienten medicinlister og beskrivelse af <i>patientens aktuelle og potentielle problemer</i> problemområder, der ikke var beskrevet.</p>
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver var den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering mangelfuld. I en stikprøve manglede der eksempelvis opfølgning og evaluering i forhold til patientens diabetes behandling samt en beskrivelse af opfølgning på en patient der fik voldsomme blodtryksfald.</p>

Medicin håndtering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9a: <u>Gennemgang af instruks for rammedelegation. Instruks opfylder krav</u>			X	
9b: <u>Interview om instruks for rammedelegation. Personalet kender og følger instruksen</u>			X	
10a: <u>Gennemgang af instruks for medicin håndtering. Instruks opfylder krav</u>	X			Der var udarbejdet en instruks, der præciserede samarbejdet mellem behandlende læger og kommunen/sygeplejerskerne vedrørende ordination og behandling med AK-behandling.

10b	<u>Interview om instruks for medicinhandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>I en ud af to stikprøver fremgik det aktuelle handelsnavn ikke på medicinlisten ej heller i feltet effektivering. I beholdningen var B1-vitamin og på den lokale medicinkort fremgik det, at patienten skulle have tablet Tiamin.</p> <p>Det aktuelle handelsnavn kunne ikke ændres i det lokale medicinkort, da det udvalgte journalsystem, CURA, ikke understøttede denne handling.</p> <p>Kommunen kunne berette, at CURA Systematic på nuværende tidspunkt ikke ønskede, at udbedre den systemtekniske fejl, der gjorde, at man ikke kunne få det aktuelle handelsnavn frem på det lokale medicinskema.</p>
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinhandling og medicinopbevaring</u>	X			
13:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	X			

Patientens retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14a		X		I en ud af tre stikprøver var patientens samtykke- og handlekompetencer ikke vurderet eller beskrevet.
14b	X			

	<u>retsstilling: informeret samtykke</u>				
--	--	--	--	--	--

Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15:	<u>Interview om behandlingsstedet har en procedure for hygiejne</u>	X			

Øvrige fund

Målepunkt		Ingen fund	Fund og kommentarer
16:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>		Der forelå ikke en revideret overordnet instruks med beskrivelse af, hvordan personalet skulle føre den sundhedsfaglige dokumentation. Der var en gammel instruks svarende til det tidligere journalsystem Care.

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 tilsyn¹. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder² dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden³, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Udover 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.

¹ 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.

² Se sundhedsloven § 213, stk. 2 og § 213 c

³ 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 journaloplysninger⁴.

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 behandlingsstedet⁵. 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 journaloplysninger⁶.

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.

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

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁶ 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.⁷

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk⁸.

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.⁹

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 tilsynsbesøg¹⁰, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

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

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

⁹ Se sundhedsloven § 215 b

¹⁰ Se sundhedsloven § 213, stk. 1