



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport Plejecentret Solgaven

Reaktivt tilsyn 2021

Plejecentret Solgaven
Amerikavej 21B
9500 Hobro

CVR- nummer: 29189455 **P-nummer:** 1005593612 **SOR-ID:** 984771000016006

Dato for tilsynsbesøget: 11-05-2021 og 23-06-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2011-5960

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger til de faktuelle oplysninger i rapporten i form af beskrivelse af hvilke patienter der var på Plejecentret Solgaven ved tilsynet den 23. juni 2021. Der er oplyst, at grundet en yderst kompleks borger på de midlertidige pladser på Plejecentret Solgaven, med behov for fast vagt døgnet rundt, havde man i visitationen prioriteret at visitere patienter med behov for en midlertidig plads til akutpladserne på andet plejecenter i Mariagerfjord Kommune, før man visiterede nye patienter til de midlertidige pladser på Plejecentret Solgaven. Bemærkningen er indføjet i rapporten.

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

Vi har derfor den **10. august 2021** 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 blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet **den 11. maj og den 23. juni 2021** vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på Plejecentret Solgaven er baseret på de forhold, der blev gennemgået ved tilsynet den 11. maj 2021 og den 23. juni 2021.

Den 11. maj 2021 fremlagde ledelsen på Plejecentret Solgaven en fyldestgørende redegørelse for de beskrevne forhold i bekymringshenvendelserne.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at manglerne vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation omfatter alle målepunkter. Dokumentationen fremstod ikke overskuelig og systematisk i alle journaler, idet der var manglende entydighed i hvor den sundhedsfaglige dokumentation blev skrevet i journalerne. Instruksen for sundhedsfaglig dokumentation var fyldestgørende, og der var åbenlyst en utilstrækkelig implementering af procedurer for journalføring. Det er styrelsens vurdering, at den manglende entydighed

og overskuelighed i journalføringen udgør en risiko for patientsikkerheden i forhold til at sikre overblik og kontinuitet i pleje og behandling.

Det forhold, at de påviste mangler, der blev fundet i relation til den sundhedsfaglige dokumentation og patientrettigheder var gennemgående og vedrørte alle målepunkter betyder, at styrelsen vurderer, at lovgivningens krav ikke er opfyldt. Det må tillige tillægges en risiko for patientsikkerheden, at dokumentationen generelt ikke var opdateret og at der manglede det beskrevne grundlag til at sikre aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering.

Vi vurderer, at manglende patientrettigheder og sundhedsfaglig dokumentation samt ikke tilstrækkelig fyldestgørende behandlingsplaner rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

På baggrund af de fejl der blev konstateret i medicin håndteringen og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for medicin håndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad, hvilket 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 medicin håndtering, hvor undladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten. Endvidere har vi ved vurderingen lagt vægt på, at de påviste medicin håndteringsfejl omfattede manglende adrenalinberedskab til brug ved injektions og infusionsbehandling.

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

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

Krav

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

Målepunkt		Krav
2.	Journalgenne mgang med henblik på om den sundhedsfagli ge dokumentatio n er overskuelig, systematisk og føres i én journal	• Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal • Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i behandlingen

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 den sundhedsfaglige dokumentation som minimum indeholder en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand, pleje og behandling og skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand • Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand • Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	• 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
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinhåndtering, og at personalet følger denne
10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret	• Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke

	medicin og medicinliste	
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling	• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning • Behandlingsstedet skal sikre, at 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 • Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poserne. • 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 der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning • Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende • Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin • Behandlingsstedet skal sikre, at der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling
12.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	• 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

Styrelsen for Patientsikkerhed agter at udstede et påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde visse sundhedsfaglige krav, eventuelt inden for en fastsat frist. Se nærmere vedlagte høringsbrev.

2. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog bekymringshenvendelse vedrørende Plejecentret Solgaven. Vi har efterfølgende anmodet om en udtalelse fra Plejecentret Solgaven. Vi kan ikke alene på baggrund af den fremsendte udtalelse vurdere, om der er problemer af betydning for patientsikkerheden, hvorfor det vurderedes, at der var behov for et reaktivt tilsyn på behandlingsstedet. Bekymringshenvendelsen omhandlede medicinhåndtering, kateterpleje og pleje og behandling i forhold til ændringer i patienters tilstande.

Styrelsen påbegyndte tilsynsbesøget den 11. maj 2021, men vurderede i forlængelse heraf, at der var behov for yderligere oplysning af sagen i forhold til de midlertidige pladser, hvorfor tilsynet blev forlænget med en yderligere tilsynsbesøgsdag den 23. juni 2021. Tilsynsbesøget forløb således over to dage.

Fokus for tilsynet

Tilsynet blev udført ud fra det fulde målepunktssæt for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, sygeplejeklinikker, akutfunktioner og midlertidige pladser 2021. Der var særligt fokus for tilsyn på:

- Den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patientrettigheder, oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser, beskrivelse af patienters aktuelle og potentielle problemer samt den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering
- Håndtering af ændringer i patientens tilstand
- Den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinhåndtering
- Instrukser er implementeret og anvendes.

3. Fund

↑Tilbage til vurdering

Behandlingsstedets organisering

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

Journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2. <u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u>		X		Fund den 11-05-2021: Styrelsen for Patientsikkerhed vurderede i forhold til journalføringen, at den sundhedsfaglige dokumentation ikke fremstod overskuelig og systematisk i journalerne. Der var manglende entydighed i hvor den sundhedsfaglige dokumentation blev skrevet i journalerne, og medarbejderne havde dermed svært ved at fremfinde beskrivelser af aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering i den sundhedsfaglige dokumentation. Tillige manglede der sammenhæng i koblingen af tilstande og observationsnotater i journalen. Journalens opbygning understøttede derfor ikke systematik og overblik. Fund den 23-06-2021: Styrelsen for Patientsikkerhed vurderede ved tilsynet, at den sundhedsfaglige dokumentation ikke fremstod overskuelig og entydig idet der ikke var entydighed i hvor oplysninger skulle noteres. Dette var beskrevet i den kommunale instruks for sundhedsfaglig dokumentation, som dermed ikke blev fulgt.

3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X	Fund den 11-05-2021 I fire ud af fire journalgennemgange manglede der generelt opdatering og vurdering af patienternes aktuelle og potentielle problemer. Tillige var der spredte manglende beskrivelser af forskellige problemområder. Hos en patient manglede der vurdering af iværksat blodfortyndende behandling samt oplysninger om gigtsygdom. Hos en anden patient på de midlertidige pladser manglede der en generel opdatering og vurdering af de sygeplejefaglige problemområder, som bevirkede at det ikke var muligt at få et overblik over patientens aktuelle og potentielle problemer. Hos en tredje patient manglede der en fyldestgørende vurdering og plan i forhold til patientens diabetes samt en opdatering omkring patientens sygdomsindsigt og hukommelse. Hos en fjerde patient manglede der en vurdering af patientens lungesygdom. Hos de tre patienter på de faste plejehjemspladser kunne personalet redegøre for de beskrevne mangler. Hos patienten på den midlertidige plads kunne personalet ikke redegøre for de manglende vurderinger. Fund den 23-06-2021: I to ud af tre journalgennemgange var der mangler i den sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer. Hos en patient hvor der havde været anvendt væskeskema, var opfølgning på anvendelse af væskeskema ikke journalført. Personalet kunne redegøre for at patienten indtog meget lidt væske, men ikke for den manglende journalføring. Hos en anden patient manglede der oplysninger om patientens forløb og plan med en sprungen achillesene, som han var i behandling for. Der manglede opdatering af patientens diabetes, hvor tabletbehandling var afsluttet inden opholdet på de midlertidige pladser.
----	---	--	---	--

					Endelig manglede der oplysninger og baggrund for patientens ødemer i underbenene. Personalet kunne ikke redegøre for på hvilken baggrund der var iværksat behandling for ødemer.
4.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		Fund den 11-05-2021 I tre ud af fire journalgennemgange var der mangler i oversigten over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser. Eksempler herpå var manglende beskrivelse af gigtsygdom hos en patient. Hos en anden patient manglede der beskrevet, at patienten havde svær lungesygdom, tillige forelå der ikke en behandlingsplan med den ansvarlige læge. Hos en tredje patient på de midlertidige pladser manglede der en opdatering af oversigten efter en indlæggelse på sygehus og det fremgik ikke hvilke aftaler der var med de behandlingsansvarlige læger. Personalet kunne redegøre for manglerne hos patienterne på de faste plejehjemspladser, men ikke for patienten på de midlertidige pladser. Fund den 23-06-2021 I to ud af tre journaler var der fund i oversigten over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser. Hos en patient var sygdomme og funktionsnedsættelser beskrevet, men de indgik i et længere behandlingsresume, hvilket vanskeliggjorde at finde de relevante oplysninger. Hos en anden patient var ikke angivet hvilke aftaler der var med den behandlingsansvarlig læge i forbindelse med et brud på knæet. Personalet kunne redegøre for ovenstående.
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje</u>		X		Fund den 11-05-2021 I to ud af fire journalgennemgange var der mangler i opdatering af den sundhedsfaglige dokumentation

	<u>og behandling.</u> <u>opfølgning og evaluering</u>				vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Hos en patient var den sundhedsfaglige dokumentation ikke opdateret efter fjernelse af en PEG-sonde, der manglede mål for ernæringstilstand samt opdatering af sårbehandlingsplan efter amputation. Hos en anden patient på de midlertidige pladser manglede gennemgående opdatering af pleje og behandling i forhold til demens, amputation, væske og ernæring og kirurgiske sår. Hos patienter på de faste plejehjempladser kunne personalet redegøre for aktuel pleje og behandling. Hos patienten på de midlertidige pladser kunne personalet ikke redegøre for pleje og behandling samt den manglende journalføring. Fund den 23-06-2021 I tre ud af tre journalgennemgange var der mangler i opdatering af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Hos en patient manglede der opfølgning og evaluering af iværksat behandling for depression. Hos en anden patient var der ikke foretaget en opdatering i forhold til en tidligere sårbehandlingsplan. Hos en tredje patient manglede der plan og opfølgning for iværksat behandling for ødemer. Personalet kunne redegøre for manglerne men de var ikke journalført.
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			X	Tilsyn den 11-05 og 23-06-2021 Der blev ikke benyttet rammedelegation, og der var derfor ikke en skriftlig instruks for rammedelegation.

Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>	X			
8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		X		Fund den 11-05-2021 Der forefindes en kommunal udarbejdet instruks for medicinhåndtering, som styrelsen fandt tilstrækkelig. Det vurderes dog at instruksen ikke er implementeret tilstrækkelig, henset til de fund, der blev konstateret i målepunkt 10 og 11. Fund den 23-06-2021 Der forefindes en kommunal udarbejdet instruks for medicinhåndtering. Det vurderes at instruksen ikke er implementeret tilstrækkelig i forhold til håndtering og opbevaring af adrenalin.
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		Fund den 11-05-2021 I en ud af fire medicingennemgange manglede der aktuel handelsnavn på to præparater øjendråber og afføringsmidler.
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering</u>		X		Fund den 11-05-2021 Hos en patient ud af fire medicingennemgange fandtes den ordinerede medicin ikke i patientens medicinbeholdning. Af medicinlisten fremgik creme metronidazol, men tuben var ikke i beholdningen og personalet angav at patienten ikke var i behandling med cremen.

					I en ud af fire medicingennemgange var der uoverensstemmelse mellem antal tabletter, der skulle gives på bestemte klokkeslæt og medicinlisten. I en medicinbeholdning hos en patient på midlertidig plads, var der behov for medicinadministration otte gange daglig på faste klokkeslæt. Medicinen var dispenseret i to doseringsæsker, som angav administration af medicin morgen, middag, aften og nat. Det var ikke muligt at aflæse klokkeslæt for administration af medicin, som var klokken 7-8-9-12-14-18-20-22, på doseringsæskerne. Metoden med brug af de to doseringsæsker skaber usikkerhed for, om medicinen gives på rette tidspunkt. Hos en patient på midlertidig plads var der fund ved doseret pn medicin (tablet morfin) i pose. Der manglede dato for dispensering og udløbsdato. Medicinen blev kasseret under tilsynet. I en ud af fire medicingennemgange blev medicinen ikke opbevaret forsvarligt, idet der var fund af fem præparater, som ikke var mærket med patientens navn eller label fra apoteket. I to ud af fire medicingennemgange var aktuel medicin ikke adskilt fra ikke aktuel medicin. Hos en patient var der fund af blodfortyndende medicin (tablet Marevan) i den aktuelle beholdning, som var seponeret den 6. maj. Hos en patient på midlertidig plads var pauseret medicin og medicin medbragt fra hjemmet ikke adskilt fra aktuel medicin. Det drejede sig om medicin for mavesår, afføringsmidler, vitamindråber og smertestillende crem (Voltaren). I en ud af fire medicingennemgange var holdbarhedsdato for stix til brug for måling af blodsukker overskredet. Det drejede sig om fire æsker med overskredet holdbarhedsdato. I tre ud af fire medicingennemgange manglede der anbrudsdato på cremer, dråber og medicin med begrænset holdbarhed efter åbning. Der var fund af cremer til behandling af hudlidelser og
--	--	--	--	--	--

					svamp, insulin, øjendråber og afføringsmidler. Der var adrenalin til rådighed ved injektionsbehandling. Dog manglede der ved tilsynet start adrenalin i det ene af plejecentrets beholdning. Endvidere fandtes en forældet instruks for adrenalin behandlingen i begge beholdninger af adrenalin. Adrenalin var bestilt ved tilsynets start og blev set fremskaffet ved tilsynet samt instruks til behandling med adrenalin blev under tilsynet udskiftet. Fund den 23-06-2021 I en ud af tre medicingennemgange var den ordinerede medicin ikke i patientens medicinbeholdning. Det var drejede sig om injektion Prolia som gives for osteoporose. I en ud af tre medicingennemgange var medicinen ikke opbevaret forsvarligt idet der var fund af løse tabletter i en patients beholdning af ikke-aktuel medicin. Der var fund af tabletter for diabetes (tbl. metformin) og hjertemedicin (tbl. digoxin). Der var ikke adrenalin til rådighed ved injektions- eller infusionsbehandling, idet der var fund af Adrenalin DAK, hvor holdbarhedsdatoen var udløbet i januar 2020. Adrenalin DAK skal opbevares i køleskab. Adrenalinen blev opbevaret uden for køleskab. Adrenalin DAK produktet kan opbevares i højst 6 måneder ved stuetemperatur. Der blev ved tilsynet fremskaffet en ampul adrenalin, så der ved tilsynets afslutning var adrenalin til rådighed ved injektions- eller infusionsbehandling.
--	--	--	--	--	---

Patienters retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12. <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige</u>		X		Fund den 11-05-2021

	<u>dokumentation</u> <u>vedrørende patienters</u> <u>retsstilling</u>				I en ud af fire journalgennemgange manglede der opdatering af patientens habilitet. Patienten blev beskrevet med tydelige demenslignende symptomer, men var vurderet som habil. Personalet kunne redegøre for at patienten havde svære demenslignende symptomer. Fund den 23-06-2021 I to ud af tre journalgennemgange var det ikke vurderet om patienterne helt eller delvist havde evnen til at give et informeret samtykke. Personalt kunne redegøre for de to patienters habilitet, men det var ikke journalført.
--	---	--	--	--	--

Hygiejne

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

Øvrige fund

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

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

Oplysninger fra den 11-05-2021

- Plejecentret Solgaven var et kommunalt plejecenter i Hobro, Mariagerfjord kommune. Plejecentret havde 57 almene pladser fordelt på fire afdelinger. Den ene af afdelingerne var midlertidige pladser inklusiv akutpladser til i alt 10 patienter. Her var der delt ledelse. Det var akutteamet i kommunen, der leverede konsulentbistand til de midlertidige pladser. Ligesom på plejecentrets faste pladser, var der tilknyttet konsulentsygeplejersker fra hjemmesygeplejen 2-3 gange om ugen
- Plejecenter Solgaven blev ledet af plejecenterleder Morten Andersen, som havde været leder på stedet i siden 2019
- Der var samlet ansat ca. 80 medarbejdere. Der var ansat social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, administrativt personale, pedel og ca. 14 interne vikarer der ikke var sundhedsuddannet. Der var ikke ansat sygeplejersker på Plejecentret Solgaven. Der blev leveret 28 timers sygeplejetimer om ugen fra hjemmesygeplejen (konsulentsygeplejersker). Der var altid en social- og sundhedsassistent i dag- og aften vagt. I nattevagt var det muligt at kontakte akutteam eller hjemmesygeplejen ved behov. Plejecentret Solgaven leverede ikke selv personale til nattevagt. Nattevagter blev leveret af kommunalt team.
- Der blev beskrevet et godt samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje og det kommunale akut team, der blev tilkaldt ved behov
- Plejecentret Solgaven havde haft et øget forbrug af vikarer grundet covid situationen
- Plejecentret Solgaven havde i samarbejde med fast tilknyttet læge og medarbejderne fået undervisning i f.eks. diabetes, blodtryk og fald mm. den fast tilknyttede læge kom fast en gang om måneden
- Der var dagligt morgenmøde for alle, hvor medarbejderne blev fordelt i afdelingerne. Medarbejderne arbejdede fortrinsvis på en afdeling, men kunne hjælpe på tværs af alle afdelinger i huset. Herefter var der planlægning af dagens opgaver i hver afdeling samt overlap til nattevagten. Nattevagten var med til kort fælles morgenmøde
- På Plejecentret Solgaven blev anvendt journalsystemet Nexus og det var et samarbejde imellem konsulentsygeplejersken og social- og sundhedsassistenterne at holde journalen opdateret. Der var triagemøde for de tre afdelinger med faste beboere to gange om ugen. Her var fast dagorden og det blev aftalt hvem, der opdaterede journalen. Alle patienters journaler blev en gang årligt gennemgået af en sygeplejerske og kontaktpersonen

Supplerende oplysninger fra den 23-06-2021

- Siden tilsynet den 11-05-2021 var der grundet en yderst kompleks borger på de midlertidige pladser på Plejecenter Solgaven, med behov for fast vagt døgnet rundt, besluttet at visitere patienter med behov for en midlertidig plads til akutpladserne på andet plejecenter i Mariagerfjord Kommune, før man visiterede nye patienter til de midlertidige pladser på Plejecenter Solgaven. Ved tilsynet var der fire patienter på afdelingen.
- Leder af Plejecenter Solgaven var konstitueret centerleder Frank Johansen. Der var ansat en ny centerleder til 1. august 2021.

- Der var på de midlertidige pladser ansat 10 social- og sundhedsassistenter.
- Ledelsen på de midlertidige pladser var fordelt således:
 - Leder for social- og sundhedsassistenter i dagvagt og aftenvagt var plejecenterleder for Plejecentret Solgaven
 - Leder for sygeplejen Vest og akutsygeplejerskerne. Akutsygeplejerskerne varetog sygeplejefaglige opgaver på de midlertidige pladser. Akutsygeplejerskerne kom på afdelingen én gang i dagvagt og én gang i aftenvagt samt efter aftale.
 - Leder af nattevagtteam. Nattevagtteam var et team bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, som blev fordelt på kommunens plejecentre og i hjemmeplejen.
 - Leder for træning. Der var tilknyttet terapeuter som kom på de midlertidige pladser to gang ugentligt.

Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg efter bekymringshenvendelse modtaget den 23. februar 2021.

Til oplysning af sagen er anvendt følgende kilder:

- Varslet reaktivt tilsyn
- Interview med ledelse og personale
- Gennemgang af fire tilfældigt udvalgte patientjournaler den 11. maj 2021
- Gennemgang af fire tilfældigt udvalgte medicinbeholdninger den 11. maj 2021
- Gennemgang af tre tilfældigt udvalgte patientjournaler på midlertidig pladser den 23. juni 2021
- Gennemgang af tre tilfældigt udvalgte medicinbeholdninger på midlertidige pladser den 23. juni 2021

Afsluttende opsamling på fundene den 11. maj 2021 er givet til Plejecenterleder Morten Andersen og på fundene den 23. juni 2021 til følgende:

- Frank Johansen, konstitueret centerleder
- Annemette Thomsen, leder for sygeplejen Vest og akutteam
- Kristine Estrup, konsulent for Nexus
- En social- og sundhedsassistent
- To sygeplejersker fra akutteam

Tilsynsbesøget blev foretaget af:

- Jane Filtenborg Bjerregaard, Oversygeplejerske
- Mary-Ann Steenbryggen Christiansen, Oversygeplejerske

5. Bilag

Uddybning af målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen og ledelsens repræsentanter om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Der er fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.

Referencer:

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

Journalføring

2. Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har udarbejdet notatet
- 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. 530 af 24. maj 2018](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

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:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livs-stilsproblemer, 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. 530 af 24. maj 2018](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

4. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af kontrol af eksempelvis:

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- blodsuktermålinger
- 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:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)
- [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. 530 af 24. maj 2018](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

6. Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed efter rammedelegation.

Der er fokus på om:

- der foreligger skriftlig instruktion, når medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe
- rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører den delegerede virksomhed.

Referencer:

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

Faglige fokuspunkter

7. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

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

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

Referencer:

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

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

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

Der er fokus på at der af instruksen fremgår:

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

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

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling uden for sygehuse, VEJ nr. 9375 af 29. maj 2018](#)

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

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 enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn-medicin

Referencer:

- [Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinbeholdning 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 medicinbeholdning- 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 doseringsæsker/poser
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato

- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

Patients retsstilling

12. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patients retsstilling

Tilsynsførende interviewer det sundhedsfaglige personale og gennemgår journaler på udvalgte risikoområder i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes samtykke og hvordan det dokumenteres.

- Samtykke kompetence/handleevne:

Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykke kompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).

For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værger eller fremtidsfuldmægtigen give samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuldmagt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.

- **Informeret samtykke:**

Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)
- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)

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:

- [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](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2016](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2013](#)

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 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.

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 [Tilsyn med behandlingssteder](#). 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

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

anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

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](#) 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